

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL E
INSTITUCIONAL

**A “produção de autonomia e cidadania” em saúde mental:
problematizações e construções possíveis a partir de uma
pesquisa em associação**

Carolina Seibel Chassot

Porto Alegre, maio de 2017

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL E
INSTITUCIONAL

**A “produção de autonomia e cidadania” em saúde mental:
problematizações e construções possíveis a partir de uma
pesquisa em associação**

Carolina Seibel Chassot

*Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Psicologia Social e Institucional da Universi-
dade Federal do Rio Grande do Sul como requisito
para obtenção de título de Doutora em Psicologia
Social e Institucional.*

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Rosane de Azevedo Neves da Silva.

Linha de pesquisa: Clínica, Subjetividade e Política.

Porto Alegre, maio de 2017

CIP - Catalogação na Publicação

Chassot, Carolina Seibel

A "produção de autonomia e cidadania"~em saúde mental: problematizações e construções possíveis a partir de uma pesquisa em associação / Carolina Seibel Chassot. -- 2017.
204 f.

Orientadora: Rosane Azevedo Neves da Silva.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional, Porto Alegre, BR-RS, 2017.

1. cidadania. 2. autonomia. 3. usuário. 4. reforma psiquiátrica. 5. associação. I. Silva, Rosane Azevedo Neves da, orient. II. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

A “produção de autonomia e cidadania” em saúde mental:
problematizações e construções possíveis a partir de uma
pesquisa em associação

Carolina Seibel Chassot

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Eduardo Henrique Passos Pereira
Universidade Federal Fluminense

Prof^a. Dr^a. Sandra Djambolakdjian Torossian
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Prof^a. Dr^a. Analice de Lima Palombini
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

*Esta tese é dedicada à Associação Construção,
e às associações que construímos a cada dia.*

Agradecimentos

Primeiramente, agradeço à Rosane. Obrigada pelo olhar consistente e generoso, que tantas vezes me ajudou a encontrar o que era importante e potente no trabalho. Obrigada por me orientar sempre provocando a autoria e o pensamento, em uma relação onde experimentei diretamente o que era a autonomia como aqui a pensamos.

Ao Lucas, pelo apoio em cada momento destes quatro anos. Obrigada por aguentar tantos finais de semana escrevendo, viajando, e as reclamações sobre esta tese que parecia infinita. Foi com a alegria que encontro na vida contigo que consegui chegar ao fim! Obrigada pelo amor, muito mais infinito que a tese, pela parceria rara, e por sempre acreditar em mim.

Às amigas porto-alegrenses, que, perto ou longe, nunca se afastaram. Julia Bongiovanni, Julia Becker, Livia Zanchet, Vera Lucia Inácio, Tatiana Rheinheimer, Daniela Danieli, Silvia Reis, Mariana Pires: amigas, vocês são tão essenciais como o ar que respiro! Agradeço pelas grandes e pequenas ideias, pelas tantas risadas, pelos ouvidos para as angústias e pela parceria nas revoltas. Julia e Livia, obrigada também pela disponibilidade e pela leitura atenta aos rascunhos da tese - valeu pelas contribuições!

À minha família: pai, mãe, Sofi, Degas, pela tranquilidade de saber que vocês sempre estão comigo. Agradeço ao Bruninho, criança tão especial que nasceu no meio desta tese: obrigada por elevar o amor à potência mil!

Ao pessoal de Floripa, pela acolhida na construção de uma outra vida. Raquel, Felipe, Sarinha e Jana, por terem proporcionado a continuidade da amizade e da família; Aline, Chris, Mariana e Cleber, pelas muitas conversas em nossos maravilhosos encontros de terça; Tânia, Silvana e Virgínia, pela afetiva invenção de uma outra saúde mental (vocês me contagiam de energia e esperança!); Valéria, por me ajudar a segurar a onda; Cleuzi, minha dupla dinâmica, pela amizade e pela parceria no trabalho; a toda galera do CRAS da Barra, obrigada por concretizarem meu sonho de trabalhar realmente em equipe.

Aos membros das bancas de qualificação e defesa, Eduardo, Analice, Károl e Sandra: agradeço imensamente por aceitarem o convite, pela leitura cuidadosa e pelas (passadas ou futuras) contribuições. Muito me honra ter como interlocutores pesquisadores, professores e profissionais que tanto admiro.

Aos colegas pesquisantes: Pedro (obrigada pelo texto da Rolnik!), Gabriel, Paula, Robert, Mateus, Tanise, Tiago, Amanda, Julia, pelas reflexões que proporcionaram. Ao Luiz Artur, pelo tempo que dedicou ao meu projeto e pelas ótimas indicações.

Ao Psicodália, pela suspensão de tudo que pesava. À multidão anônima que não pára de ocupar as ruas, por ajudarem a suportar o cotidiano destes anos impensáveis. A todas amigas e amigos que resistem, e que seguem acreditando que a vida não tem preço: obrigada por serem tantos!

Finalmente, e mais importante, agradeço a todos e todas que construíram a Associação Construção: Rafa, Vera, Marcelino, Leandro, Sérgio, Léo, Amanda, Gilmar, Estela, Aline, Eva, Marianna, Kátia, Ana Paula, Sol, Clarice, Eliana, Jaque, Márcia, Bira, Ari, Deivisson, Adriane, Leila, Carmen Vera, Carlos, Greice, Giovanna, Tábata, Bruna, Monique, Lu, Marlon, Gabriel, Théo... Sem vocês, não haveria essa pesquisa. Agradeço por nossos caminhos terem se cruzado, e por termos feito algo juntos. Não foi pouco o que fizemos, e que muitos de vocês continuam fazendo e sustentando, mesmo frente a todas as dificuldades. Obrigada pela generosidade de vocês, expressa na convivência nas reuniões e atividades da Associação e em todas as nossas andanças por aí. Aprendi muito sobre o que é possível acontecer quando a gente se abre para estar com o outro. Espero que essa tese possa fazer jus ao que vocês produziram em mim, e ao que produzimos juntos. Já me desculpo antecipadamente se o olhar que eu ofereço aqui não for condizente com aquele que vocês tiveram das nossas experiências – é que não tem como a gente escrever sem ser do próprio lugar. Eu tentei, aqui, fazer passar um pouco de vocês, e espero que se encontrem um pouco por aqui. Fica o convite para, futuramente, se houver o desejo, escrevermos algo juntos sobre tudo isso! De qualquer forma, muito obrigada por tudo.

Cuidado, rapaz, tens a cabeça cheia de fantasmas, tens obsessões a mais! Imaginas coisas grandiosas e inventas todo um mundo de deuses à tua disposição, um reino de espíritos que te chama, um ideal que te acena. Tens uma ideia fixa!

E não penses que estou brincando ou falando por metáforas quando considero os homens presos a esta ideia superior (de fato, quase toda a humanidade, porque a maior parte é deste tipo) como verdadeiros loucos, loucos de manicômio. O que é afinal isso de uma “ideia fixa”? É uma ideia à qual uma pessoa se subjugou. Se reconhecerdes nessa ideia fixa um sinal de loucura, meteis o escravo dela num manicômio. Mas não serão também “ideias fixas” a verdade da fé de que se não duvida, a majestade – por exemplo, do povo – em que não se pode tocar (e quem o fizer comete crime de lesa-majestade), a virtude, contra a qual o censor não deixará passar nem uma palavra, para que a moralidade permaneça intacta, etc.? (...)

Encontramos nós apenas gente possessa do demônio, ou será que vêm ao nosso encontro outro tipo de possessos, obcecados pelo bem, pela virtude, a moralidade, a lei ou outro qualquer “princípio”? As possessões diabólicas não são as únicas. (...) Possessos são aqueles que se fixam nas suas opiniões.

Max Stirner (2004)

*De repente
O velho tinha desaparecido.
O novo surgira como que por encanto.
Apagou-se completamente da memória todo o conhecimento.
Não existia mais, enfim, nenhum condicionamento.
O edifício que albergava as antigas ideias
E os velhos preconceitos,
Desabara com toda sua estrutura,
Sem ficar pedra sobre pedra.
Baixada a poeira,
Após sua passagem,
Nas areias escaldantes do deserto de minha mente,
Ficam somente as marcas dos teus pés;
No entanto,
Em seguida,
Em cada pegada crescia uma flor.
Minha alma silenciosa desapareceu num clarão.
Transfigurado,
Observei extasiado,
Um deserto desolador
Transformar-se
Num imenso jardim em flor.*

Sérgio Roberto Duarte de Medeiros

Resumo

Esta tese toma como problema a “produção de cidadania e autonomia do usuário de saúde mental”. Esta formulação, bastante recorrente mas pouco discutida dentro do campo da saúde mental, é tomada como uma espécie de “missão” da reforma psiquiátrica. Cidadania e autonomia, nesta formulação, apresentam-se como algo a ser produzido *no* “usuário”, seja em serviços de saúde, em espaços políticos, em associações de saúde mental. Esta noção é estranhada, primeiramente, a partir do contraste estabelecido entre um movimento social estrangeiro – o movimento britânico de sobreviventes – e o lugar do “usuário de saúde mental” dentro da reforma psiquiátrica. Colocando estas duas realidades lado a lado, procuramos evidenciar que, sob os ideais pouco discutidos de cidadania e autonomia, encontram-se práticas que muitas vezes reforçam a tutela e o silenciamento da experiência dos “usuários”. As associações de saúde mental emergem no campo problemático como entidades onde cidadania e autonomia ocupam um lugar central, visto que acumulam demandas de inclusão social, defesa de direitos, geração de renda e autonomização dos “usuários”. A aposta metodológica na pesquisa-intervenção possibilitou que participássemos diretamente da constituição de uma associação de saúde mental, a Associação Construção. Explicitou-se então o caráter paradoxal da proposta de produzir cidadania e autonomia, visto que a sobrecarga de demandas e a fragilidade do contexto social em que se inserem as associações fazem com que elas se vejam facilmente aprisionadas em relações verticais. Algo que experimentamos no processo, mesmo em meio a tentativas de imprimir horizontalidade às relações, de produzir autonomia e cidadania. A partir desta experiência inicial, propusemos um novo dispositivo dentro da associação que pudesse modificar as relações de saber/poder entre “usuários” e profissionais. Os associados foram convidados a compartilhar a atividade de pesquisa, em um aprofundamento da dimensão participativa da pesquisa-intervenção. Nesta pesquisa, realizada ao longo de um ano, um saber distinto se produz a partir do agenciamento entre saberes, perturbando identidades, transversalizando o coletivo. A experiência de pesquisar permitiu reconfigurar o problema da tese, colocando a questão da autonomia e da cidadania de outra forma. Não mais algo a ser produzido *no* “usuário”, mas em uma perspectiva micropolítica, na qual só se tornam possíveis como exercícios realizados *entre* os sujeitos envolvidos, em uma relação de afetação mútua e de invenção – ou seja, em *associação*.

Palavras-chave: cidadania, autonomia, usuário, reforma psiquiátrica, associação.

Abstract

This thesis takes as a problem the “production of citizenship and autonomy of the mental health service user”. This formulation, quite recurrent but not very oftenly discussed within the field of mental health, is taken as a kind of “mission” of the brazilian psychiatric reform. Citizenship and autonomy are interrogated and investigated to emerge as something to be produced from an external, instrumental action. The central argument of the thesis is that what we call autonomy and citizenship are nothing more than exercises, than relationships. We propose to think of citizenship and autonomy in a micropolitical perspective, in which they only become possible *between* the subjects involved, in their *association*, that is, in a relationship of mutual affectation and invention. From the contrast between the British survivor movement and the place of “mental health service users” within the psychiatric reform, we try to show that under the ideals of citizenship and autonomy may be hidden practices that reinforce the tutoring and silencing of the “user” experience. Mental health associations in Brazil, usually composed of “users”, professionals and family members, receive demands for social inclusion, advocacy, income generation, and empowerment of the “users”, making them relevant places to research this problem. The methodological tool of intervention-research allowed the researcher to participate in the constitution of a mental health association, called Associação Construção. In this experience, it became possible to recognize diverse forces that cross the problematic field, explaining the paradoxical character of the aforementioned mission. The overload of demands and the fragility of the social context in which the associations are inserted make them easily trapped in vertical relations, something that was experienced by the researcher, despite attempts to achieve horizontality. From this initial experience, the associates were invited to conduct a participatory research. Deepening the participatory dimension of intervention- research was thought as a device, as something that could modify the relationships that had been established within the group, increasing its coefficient of transversality. From the participatory research experience, displacements were produced that allowed to rethink the figures of citizenship and autonomy, from its micropolitical dimension.

Keywords: citizenship, autonomy, service user, psychiatric reform, association.

Sumário

| | |
|---|-----------|
| Introdução | 3 |
| Da política narrativa | 6 |
| 1 Esboço de um campo problemático | 10 |
| 1.1 Experiência “primeira”: um movimento de sobreviventes | 10 |
| Pesquisando o movimento e seus efeitos | 15 |
| 1.2 A reforma psiquiátrica entre a desinstitucionalização e o manejo da cidadania | 21 |
| O surgimento da luta antimanicomial | 23 |
| Que atenção psicossocial? | 25 |
| Produzir a cidadania e autonomia do “usuário” | 29 |
| 1.3 Tensões em torno da questão do “usuário” | 34 |
| 2 Histórias de associações: habitando os paradoxos da cidadania e da au- | |
| tonomia | 41 |
| 2.1 Sobre fazeres associados | 43 |
| Entre dependência e autonomia | 48 |
| 2.2 A construção de uma associação | 52 |
| O difícil caminho da geração de renda | 58 |
| Experimentando a luta por direitos | 62 |
| Uma associação conduzida por “usuários”? | 65 |
| 3 De ideias fixas e bandeiras: cidadania e autonomia na saúde mental | 73 |
| 3.1 Somos gregos, somos modernos? | 74 |
| Uma cidadania do avesso? | 79 |
| 3.2 A loucura e o paradoxo da inclusão | 82 |
| 4 Pesquisar em associação | 94 |
| 4.1 Um mal-entendido promissor | 96 |
| 4.2 Uma máquina de fazer perguntas | 98 |
| Tu valorizas mais o “ser”ou o “ter”? | 100 |
| Te consideras “usuário” ou “paciente”? | 101 |
| Já pensaste em ser psicólogo? | 104 |

| | | |
|----------|--|------------|
| 4.3 | Um time de entrevistadores | 107 |
| 4.4 | Discutir os dados e divulgar os resultados – ou o filho de burro que nunca nasce | 111 |
| 5 | A produção de conhecimento como dispositivo | 121 |
| 5.1 | Pesquisar-intervir: análise de um campo minado de implicações | 122 |
| 5.2 | A participação na pesquisa-intervenção | 128 |
| 5.3 | A pesquisa como dispositivo | 133 |
| | Construções provisórias sobre cidadania, autonomia e saúde mental a partir da micropolítica | 146 |
| | Referências Bibliográficas | 163 |
| | Apêndices | 177 |
| A | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido 1 | 178 |
| B | Questionário / Roteiro de entrevista | 183 |
| C | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido 2 | 190 |
| D | Panfleto com resultados da pesquisa | 193 |

Introdução

Esta tese tem como ponto de partida um retorno. Ela se inicia com a minha volta ao Brasil, após alguns anos morando, estudando e pesquisando em diferentes países da Europa. Foram dois anos e meio de itinerância pelo tal “primeiro mundo”, aquele que tanto referenciamos quando nos deparamos com as durezas de nossa realidade tupiniquim. Ao descer os dois anacrônicos degraus que ainda nos separam imaginariamente (e que poderiam ser mil!), eu me encontrava de volta àquilo que realmente sentia como um lar.

Esse retorno ao Brasil possibilitou que eu estranhasse a familiaridade das coisas. Eu reencontrava e reconhecia com alegria algumas singularidades brasileiras que antes eram quase invisíveis, como uma paisagem que se torna cada vez mais nítida à medida que aumentamos seu contraste. Por este olhar desacostumado, percebia mais o sorriso fácil das gentes, a fluidez e sonoridade da língua-mãe, os problemas urbanos, a aspereza da vida. Enxergava com mais clareza nossa impressionante capacidade de conviver com os legados mais sombrios, tocando a vida com uma leveza que era ao mesmo tempo bela e estranha, especialmente quando confrontada com o peso do cotidiano.

Através da minha pesquisa de mestrado, eu havia conhecido diversos militantes do “movimento britânico de sobreviventes” (*survivor movement*) ou de “usuários de saúde mental”. O encontro com aquelas pessoas e suas histórias incríveis tinha exercido em mim um efeito semelhante à utilização de um sistema de transporte eficiente, ou à sensação de segurança ao caminhar por uma rua deserta à noite. Um contato que colocava a questão: por que não aqui?

Pesquisar este movimento social de “usuários” foi uma escolha ligada ao meu percurso profissional e aos campos em que eu encontrava filiação. A graduação em Psicologia na UFRGS havia me aproximado das políticas públicas. Nos estágios, desenvolvi meu interesse pelo SUS e pela participação popular na política de saúde: havia trabalhado na formação de um conselho local de saúde e frequentado conselhos distritais e municipais. Seguiu-se a residência em saúde coletiva, onde se fortaleceu minha identificação como trabalhadora do SUS, meu laço com os princípios da reforma sanitária, da defesa do SUS como política participativa e democrática. Na residência, pesquisei novamente o controle social em saúde. Fiz também um percurso por serviços de saúde mental, especialmente em dois serviços residenciais terapêuticos em Porto Alegre (um durante a graduação e outro como residente). Fiz um estágio na rede de saúde mental de Belo Horizonte, onde

conheci o Fórum Mineiro de Saúde Mental e da ASUSAM, associação de “usuários de saúde mental” de Belo Horizonte. Também vivi os festejos contagiantes do 18 de maio belorizontino, e participei da marcha dos usuários a Brasília pela reforma psiquiátrica, ocorrida em 2009.

A vivência estrangeira desnaturalizou, para mim, a atuação dos “usuários de saúde mental” brasileiros. Seja nos serviços de saúde mental, no controle social, na luta antimanicomial, via-os quase sempre atrelados aos profissionais de saúde, com um discurso muito semelhante, sem uma ação política independente. Os “sobreviventes” britânicos, por outro lado, pareciam agir de forma muito mais *autônoma*, muito mais reivindicativa, questionadora, e haviam conquistado um espaço político que aqui não se abria. Se antes parecia natural que a impossibilidade desta atuação mais “autônoma” fosse decorrência das trajetórias de institucionalização, dos efeitos colaterais dos medicamentos, da intensidade dos sintomas e do sofrimento, isso se tornava mais incerto à medida que eu conhecia pessoas com experiências de vida muito semelhantes, mas com atuações sociais e políticas bastante distintas.

O encontro com os “sobreviventes” na Inglaterra trouxe um estranhamento que recolocou, para mim, a questão da *cidadania e autonomia do “usuário de saúde mental”*. Essa expressão, tão recorrente no meio da reforma psiquiátrica, da militância do movimento antimanicomial, da prática da atenção psicossocial, foi se configurando, a partir da experiência estrangeira, como algo que merecia ser investigado. Por que parecíamos estar tão mais próximos da dependência, da tutela, da subordinação, mesmo quando partíamos de nossas intenções mais libertadoras? Que atravessamentos históricos, sociais, institucionais poderiam explicar nossas dificuldades em *produzir* essa cidadania e essa autonomia?

Várias pesquisas nacionais já sinalizavam estas contradições, apontando para a dificuldade dos trabalhadores de saúde mental se desvincularem de lógicas manicomiais, estranhas à reforma psiquiátrica. Geralmente terminavam por sugerir a qualificação da formação profissional como forma de lidar com o problema: os trabalhadores precisariam se aproximar mais dos princípios da reforma, para assim estabelecerem relações mais horizontais e democráticas. Se atuassem mais de acordo com estes princípios, estimulariam o protagonismo, a participação, o empoderamento, a inclusão social dos “usuários”, promovendo a ampla mudança social almejada para nosso país.

Esse discurso, que havia me formado, me subjetivado, também era o que me impelia a pesquisar mais a fundo este tema. Intimamente, eu me questionava: será que poderíamos produzir esta cidadania e autonomia que tanto almejávamos, e que o “primeiro mundo” parecia demonstrar como possível?

Escolher a pesquisa-intervenção como inspiração metodológica foi a ousadia principal desta tese. Isso porque, a partir desta decisão inicial, tudo se modificou. A pesquisa-intervenção obrigou-me a mergulhar em meu campo problemático de corpo inteiro, aceitando a inseparabilidade entre pesquisadora e “objeto” de pesquisa. Na pesquisa-intervenção,

dizem, pesquisadora e campo de pesquisa se produzem mutuamente. Isso pode parecer uma metáfora ou uma falácia pós-moderna, mas se trata de algo literal, que se experimenta ao longo do processo de pesquisa. A separação é radicalmente abolida, com tudo o que isso implica.

A pesquisa-intervenção inviabiliza, assim, a realização de uma crítica distanciada. Pelo contrário, ela torna necessário um constante olhar para as próprias práticas, uma constante análise das forças invisíveis que também atravessam quem pesquisa. Por isso, as implicações se multiplicam ao longo deste texto. Foi um processo de fazer e desfazer, de idas e vindas, ao longo do qual muito se modificou, inclusive nós, os envolvidos; inclusive eu, pesquisadora, psicóloga, profissional. Também o problema se modifica várias e várias vezes, em um processo quase convulsivo, de reviravoltas febris, desconfortáveis, que o fazem revelar mais e mais facetas, provando ser muito mais complexo e desafiante do que parecia ser inicialmente.

Nesta pesquisa-intervenção, constituímos junto com muitos outros colegas, amigos, “usuários”, aquilo que se tornou a Associação Construção. Também com eles e elas, nos aventuramos a fazer uma pesquisa com outros “usuários” da região de Porto Alegre. Foram mais de três anos de trabalho conjunto, onde muito se passou. Esta tese procura dar uma forma escrita a tudo isso, a partir de um olhar necessariamente singular, parcial, de alguém que muito esteve envolvida com o processo. Nossa única bússola era o problema que nos provoca – uma bússola um tanto louca, porque não se mantém fixa e estável. Nosso norte às vezes se assemelhava a um fantasma, evaporando sempre que nos aproximávamos dele com intenção de capturá-lo em sua forma final.

A cidadania e a autonomia pareciam se localizar, inicialmente, *no* “usuário”. Elas pareciam ser algo que precisava ser resgatado, produzido, *dentro* destes sujeitos que “usam” serviços de saúde mental, em suas mentes, seus grupos, suas associações, seus movimentos. Aos profissionais, parecia caber a tarefa de *produzi-las*. Foram forças que passaram por mim, e que procuramos analisar e interrogar como pistas do que se passa com nosso problema.

Felizmente, o processo nos levou para muito mais longe do que imaginávamos, forçando a reconfiguração da pergunta que pedia pela autonomia, pela cidadania. Ali onde se tentava produzi-las, elas não estavam. Sempre que tentávamos empoderar o outro, o poder se enrijecia. Foi preciso inventar novas formas de intervir, de conviver, de estar *em associação*, para que algo novo pudesse se produzir. Este algo novo, no entanto, não se localizava mais *no* “usuário”, mas *entre* nós. Foi preciso deslocar a pergunta, para se interrogar sobre o que se passava em nossa *relação*.

Fazermos uma pesquisa juntos foi uma forma de enfrentar a questão da autonomia e da cidadania de outro lugar. De entendê-las mais como uma experimentação do que como um estado a ser alcançado. Mergulhar no jogo de forças e exercê-las ali, no momento presente, em atos contínuos, em constantes tensões e paradoxos. Assumi-las como exercícios

éticos, estéticos, políticos, clínicos, descolando-as do ideais que invariavelmente nos assolam. Desistir das “ideias fixas” para embarcar em “ideias móveis”, aceitando correr o risco de não saber onde se vai chegar – ou melhor, tendo a certeza de que não se sabe onde se vai chegar, e que só assim é possível se aproximar de uma autonomia, de uma liberdade, de uma democracia ou cidadania que já nada guardam de semelhança com nossas utopias modernas.

O argumento central da tese é de que aquilo que chamamos de autonomia e de cidadania não são mais do que exercícios, do que relações. Assim, a cidadania e a autonomia não podem ser tarefa de reabilitadores, não podem ser algo que se possui ou não se possui, não podem ser crivos de avaliação. Não podemos lamentar sua ausência no Brasil, enquanto exaltamos sua presença em outros lugares. Só podemos encontrar algo que se assemelhe a elas quando descentramos o olhar do usuário, do sujeito, do indivíduo, do cidadão autônomo, para uma *relação*, a qual compomos necessariamente. Algo que acontece entre.

Escrever esta tese, fazer esta pesquisa, é preciso dizer, foi um processo difícil, desgastante, carregado de um *pathos* que precisou ser diferenciado da culpa e da sensação de ter fracassado em algo. Para além de identificar erros e acertos, tratou-se de reconhecer em nós as forças que nos levam a agir de determinadas formas, a reproduzir certos discursos, certas práticas. Foi preciso reconhecer e desnaturalizar as formas que nos orientavam, e que buscávamos apaixonadamente reproduzir. Só assim, depois de suspendê-las, pudemos tomar o pulso fraco da micropolítica, dos pequenos gestos que exigem atenção, abertura, paciência, bom humor, leveza. Mais do que reproduzir um “mundo primeiro”, precisamos nos indianizar, nos descolonizar, enlouquecer um bom tanto, para descobrir onde estava a potência da autonomia e da cidadania micropolíticas.

Ao final, entendemos que a cidadania e autonomia não passam tanto por fundar Associações, mas por estar em associação, por associar-se. E que produzir não é algo que se assemelhe a uma linha de produção, onde se molda algo em função de um modelo, mas a uma produção-usina: produção de conexões, de agenciamentos, de proliferações. Nesta produção, não há intervenções estritamente técnicas. Se falamos de relações, é porque não há separação completa entre eu e o outro, entre o profissional e o usuário. E não há, portanto, privilegiados que se dispensam de pensar os seus lugares, que apenas indicam caminhos a serem percorridos, que agem sobre o outro. Não há libertadores e libertados, há apenas o exercício constante da liberdade como prática refletida de poder.

Da política narrativa

Escrever é difícil porque requer escolhas constantes: a cada linha, a cada palavra, uma escolha. Falar de mim? Falar de nós? Falar de algo impessoal, que *se* passa? As opções linguísticas são poucas para expressar estes deslocamentos entre eu, nós e aquilo que se passa, o plano pré-individual que se descobre. Nossa opção foi por circular entre estes registros. Seremos às vezes nós - quando estivermos em grupo, mas também quando se

tratar de um coletivo de forças que passa momentaneamente por mim¹. Outras vezes, no texto, voltarei a ser eu, utilizando a primeira pessoa do singular. Isso quando perceber que a singularidade tomou a forma de indivíduo, e que isso precisa ser explicitado. Às vezes estarão no texto coisas que se passam entre, ou coisas que agem – simplesmente porque é preciso reconhecer que as coisas se passam e as coisas também agem!

Não há como prometer uma precisão nestes limites. Faremos o melhor para escrever atentas a essas mudanças de intenção, mas deslizes serão inevitáveis, já que estamos falando de algo bastante sutil².

Na escrita, também é preciso lidar com o gênero das coisas. Tentaremos não dar a supremacia ao masculino, presumindo que nem tudo que é mais de um seja homem ou macho. Por isso figuram no texto pesquisadoras, psicólogas, loucas, intercaladas com pesquisadores, psicólogos e loucos. Evitaremos o uso do “X” como marcador indiferenciado. Embora seja uma solução generosa, seu uso em um texto longo como esse pode torná-lo pouco amigável à leitura.

Evitaremos, sempre que possível, o uso de iniciais maiúsculas. Com a exceção de nomes próprios, títulos de obras, inícios de frases, optaremos pelas letras minúsculas. Isso porque queremos ressaltar o caráter minúsculo daquilo que designamos. Falaremos da reforma psiquiátrica e não da Reforma Psiquiátrica, por exemplo, porque não a entendemos como uma entidade sempre idêntica a si mesma, mas como um movimento heterogêneo que está sempre diferindo e se transformando. As letras maiúsculas têm o poder de elevar as palavras ao universo das categorias ideais, justamente aquilo que aprendemos a evitar em nossa pesquisa.

Outro aspecto importante desta escrita foi decidir como lidar com nosso “objeto” inicial, o “usuário de saúde mental”. Esse termo, tão difundido na saúde mental brasileira, era inicialmente um termo natural, que usávamos indiscriminadamente seguindo as tendências nacionais. Ao longo da pesquisa, contudo, ele foi se tornando cada vez mais estranho e questionável. A identidade que ele pretende demarcar foi se desfazendo e ao mesmo tempo se multiplicando, proliferando. Para usar este termo, tão central a essa investigação, optamos por trazê-lo sempre entre aspas. Essas incômodas suspensões do texto visam provocar justamente o incômodo, o estranhamento necessário para que o termo perca sua naturalidade. Optamos também por manter o termo em sua versão genérica masculina, apesar do risco de fazer submergir todas as “usuárias” que precisávamos também designar. Esta opção se justifica porque queremos marcar a dimensão categórica do termo, sua falta de concretude e precisão ao se aplicar ao cotidiano. Se falamos de “usuários” é para marcar

¹Por exemplo, quando escrevi há pouco que foi “nossa opção circular por estes registros”, o uso do plural é uma forma de sinalizar que minha opção não diz respeito apenas a uma escolha pessoal, mas a uma forma de pensar a escrita que deve a muitos outros, e que reconhece a autoria como algo que não é individual.

²Podemos ficar aprisionadas em um modo de escrita por várias páginas, por exemplo, apenas por força do hábito.

sua generalidade, e o uso do masculino intensifica a padronização da designação.

Na estruturação do texto, os capítulos se dispõem da seguinte forma. Iniciamos o texto trazendo essa experiência “primeira” que foi o contato com o movimento britânico de “usuários” e sobreviventes, e caracterizamos este movimento que é em grande parte desconhecido do público brasileiro. Em seguida, desenvolveremos a proposta da reforma psiquiátrica, da atenção psicossocial e da luta antimanicomial no Brasil, procurando dar relevo principalmente ao lugar ocupado pelo “usuário” no processo brasileiro.

No capítulo 2, nos concentramos nas histórias de associações de saúde mental. Primeiramente, mapeamos o que fazem as associações brasileiras, identificando alguns de seus dilemas e paradoxos. Em seguida, passamos à experiência de nosso campo de pesquisa-intervenção, em sua etapa inicial que envolveu a constituição de uma associação de saúde mental em Porto Alegre. Nossa experiência evidenciou uma série de armadilhas que dizem respeito às demandas endereçadas às associações no contexto da reforma psiquiátrica, especialmente quando consideramos a realidade brasileira em toda sua complexidade. Já apareço, como pesquisadora, profundamente implicada com as questões que se colocam no cotidiano da associação. A análise destas implicações produz questões que ajudam a repensar o campo problemático, desdobrando-o em complexidades que à primeira vista não se revelam.

O capítulo 3 é dedicado a revisar a cidadania e a autonomia como conceitos, tanto em suas formulações mais genéricas quanto em sua aplicação ao campo da psiquiatria e da “saúde mental”. Procuramos retomar algumas conceitualizações mais clássicas mas também confrontá-las com investigações que fraturam sua suposta unidade, aprofundando o aspecto paradoxal destes conceitos e das tentativas de intervir sobre estas instâncias através de certas práticas de subjetivação.

Nestes três primeiros capítulos, portanto, delineamos aquilo que compõe o campo problemático da tese. Mapeamos práticas e discursos que muitas vezes se contradizem, e que por isso mesmo revelam aspectos dissonantes, geralmente invisibilizados em formulações genéricas, palavras de ordem, ideais e bandeiras. Apontamos estes paradoxos não apenas naquilo que está fora ou longe de nós mas também em nossas próprias práticas, evidenciadas no trabalho de constituir a associação. Na elaboração deste campo problemático, nosso foco se direciona às diferentes formas de se falar e praticar a “produção da cidadania e autonomia do usuário”.

O capítulo 4 acompanha o processo de realizar uma pesquisa juntamente com os colegas da Associação Construção. Momento em que nossa pesquisa-intervenção aprofunda sua dimensão participativa, quando convidamos outros para compartilharem conosco a tarefa de pesquisar e produzir conhecimento. Longe de eliminar os paradoxos, este processo experimental nos possibilitou habitá-los desconfortavelmente, sustentando a tensão como um exercício constante de alteridade. Trazemos em detalhe vários momentos significativos deste processo de pesquisa, acompanhando aquilo que produziram em nosso coletivo.

No capítulo 5 explicitamos nossas estratégias metodológicas. De forma contrária à maioria das escritas acadêmicas, que costumam trazer esta discussão no início do trabalho, a inversão decorre de uma proposta de primeiramente operar com o problema, de fazer funcionar as ferramentas metodológicas. Isso porque entendemos que elas não precedem a estruturação do problema, mas são dele indissociáveis. Assim, neste capítulo retomamos os elementos deste já traçado plano, para podermos falar mais detidamente sobre como a participação em pesquisas pode ser pensada como um dispositivo da pesquisa-intervenção. Também elaboramos neste momento mais alguns aspectos a respeito de nossas implicações, analisando que pistas estas puderam nos fornecer sobre o problema de pesquisa.

Elaboramos ainda algumas notas finais onde costuramos as reflexões de nosso processo de pesquisa-intervenção com mais algumas pistas teóricas, recorrendo ao pensamento de algumas autoras e autores para situar cidadania, autonomia, loucura, alteridade e diferença a partir de uma dimensão micropolítica.

Convidamos, assim, nossa prezada leitora ou leitor a nos acompanharem ao longo das próximas páginas, compartilhando o percurso que, em quatro anos de doutorado, pudemos realizar. Não prometemos grandes revelações ou descobertas, nem a elaboração de novas teorias ou fatos científicos. Mas esperamos que as cambalhotas de nosso indomável problema possam despertar interesse suficiente para que fiquem conosco até o final.

Capítulo 1

Esboço de um campo problemático

Você foi o primeiro a nos ensinar – tanto em seus livros quanto no domínio da prática – algo de fundamental: a indignidade de falar pelos outros.

Gilles Deleuze, em conversa com Michel Foucault (2007, p.72).

Neste capítulo, colocamos lado a lado a conhecida história do movimento brasileiro de reforma psiquiátrica e a menos conhecida história de um movimento estrangeiro, o movimento britânico de sobreviventes. Fazemos isso com uma intenção semelhante àquela dos artistas plásticos, que usam o contraste para explicitar diferenças, evidenciar equilíbrios e desequilíbrios, produzir ritmos e pulsações. O contraste pode expor a precariedade dos arranjos, a instabilidade das coisas - ele cria tensões no plano visual e afetivo. Aqui, pretendemos estabelecer um contraponto como forma de sinalizar, à leitora ou leitor brasileiro, a existência de um insuspeitado campo de possibilidades.

Procuramos destacar o lugar dos “usuários de saúde mental” dentro do panorama social, político e assistencial brasileiro, a partir deste contraste com uma realidade estrangeira que nos fez estranhar primeiramente o que conhecíamos. A existência de um processo de organização “autônoma” de “usuários” em outros lugares desnaturaliza sua ausência aqui, e nos possibilita interrogar um pouco mais como se desenvolvem as relações entre “usuários”, “profissionais” e “familiares” no processo da reforma psiquiátrica.

1.1 Experiência “primeira”: um movimento de sobreviventes

A história da psiquiatria é marcada por controvérsias e turbulências, mas nem sempre foi comum haver manifestações de reprovação da parte de pacientes psiquiátricos, dos chamados “loucos” ou daqueles que hoje chamamos de “usuários”.

Na Inglaterra, existem registros esparsos de protestos de pacientes e ex-pacientes psiquiátricos a respeito das condições de tratamento nos hospitais antes dos anos 1960. Alguns datam do século XVIII e XIX, como a obra de Urbane Metcalf, que publicou em 1818 *The Interior of Bethlehem Hospital*, onde narrava as crueldades infligidas aos pacientes e a corrupção dentro do primeiro manicômio da história, no qual havia sido internado (Porter, 1981, 2002). Há também o relato de John Perceval, filho de um ex-Primeiro Ministro britânico, que foi internado em duas instituições para loucos. Após ser libertado, relatou sua indignação em *A Narrative of the Treatment Received by a Gentleman, During a State of Mental Derangement*, publicado em 1838, no qual denuncia ter sido tratado de forma não apropriada a um homem de alta classe. Perceval relata com surpresa como, a partir do momento que foi declarado louco, suas objeções ou preferências deixaram de ser atendidas, e seu consentimento tornou-se subitamente desnecessário para qualquer intervenção sobre seu corpo, sendo tratado como um “móvel ou uma estátua de madeira, incapaz de desejo, vontade ou julgamento” (Porter, 2002, p.160). Posteriormente, Perceval criou uma das primeiras associações de ex-pacientes psiquiátricos, o *Alleged Lunatics’ Friends Society*, ou a Sociedade de Amigos dos Supostos Lunáticos, que alertava para os perigos de internação injusta de pessoas sãs em hospícios (Porter, 2002).

Foi, entretanto, apenas na segunda metade do século XX que a existência da instituição manicomial passou a ser alvo de problematizações mais profundas em relação ao seu papel na sociedade, e que os pacientes começaram a integrar o coro de vozes que se erguiam contra o manicômio.

O movimento dos direitos civis nos anos 50 e 60 foi importante na mudança do contexto político e social, colocando em questão desigualdades que até então eram tomadas como naturais, como aquelas de raça e gênero. O movimento de antipsiquiatria, em contato direto com a contracultura sessentista, abriu as portas para os pacientes psiquiátricos passarem a ter um espaço na cena política na Inglaterra. Ronald Laing e David Cooper causaram uma pequena convulsão social no âmbito da psiquiatria inglesa, afirmando que as supostas “doenças mentais” não passavam de rótulos opressores para manter a ordem social e familiar vigente. Experimentavam com terapias alternativas diversas em sua comunidade terapêutica Kingsley Hall. Entre os leitores e seguidores de Laing e Cooper encontrava-se um grande número de pacientes psiquiátricos, que se identificavam com a visão da loucura apresentada por eles e compartilhavam suas críticas à violência do tratamento psiquiátrico, vivenciadas por eles em primeira mão (Crossley, 2006).

Foi em um clima de experimentação e ruptura com práticas estabelecidas na psiquiatria que o primeiro grupo britânico liderado por pacientes se organizou, em 1969. Seu nome, *People Not Psychiatry (PNP)*, revela sua aspiração simples, mas poderosa: compor uma rede de suporte para pessoas em sofrimento mental, de forma a evitar que o sistema psiquiátrico fosse o único recurso disponível. A PNP foi fundada por Michael Barnett, um paciente que frequentava Kingsley Hall e o círculo antipsiquiátrico. Era uma organização

mista, composta por pacientes e todo tipo de simpatizantes, que chegou a ter 10 mil membros. A PNP aliou-se a outros grupos de contracultura como os *squatters*, sem-teto que ocupavam imóveis abandonados. Compartilhando sua luta pela habitação e do direito à cidade, a PNP ocupou alguns imóveis que se tornam *crash pads* - casas ou apartamentos autogeridos que serviam como lugares de acolhimento para quem estivesse em crise ou sofrimento grave (Crossley, 2006).

A estratégia descentralizada e auto-gestionária da PNP, de proposta mais anarquista, contrastava com outro grupo do mesmo período que também se destacou na história do movimento britânico de “usuários”, o *Mental Patients Union (MPU)*, de discurso marxista. O MPU surgiu a partir de uma greve em 1971, em um hospital-dia progressista que estava sob ameaça de retornar a um modelo mais conservador³. A partir da agitação política dentro do hospital, um dos pacientes, Eric Irwin, resolveu criar um “sindicato de pacientes mentais”, ou o MPU, junto com outros dois pacientes e três profissionais do hospital. Em seu manifesto inicial, contextualizam a luta dos pacientes como um aspecto da luta de classes, relacionando sofrimento psíquico ao trabalho alienado e desemprego. As alianças, no caso do MPU, não se forjaram diretamente com os redutos intelectualizados da contracultura, mas com grupos sindicalistas, feministas, negros, movimento de desempregados, presidiários, e o partido socialista. Sua atuação era menos focada na mútua ajuda e na construção de alternativas de cuidado, e mais voltada para a militância política: o MPU protestava contra práticas comuns como tratamento involuntário e eletrochoque, oferecia assessoria jurídica gratuita para pacientes, publicava panfletos instrutivos sobre medicamentos psiquiátricos e outros assuntos de interesse dos pacientes (Crossley, 2006).

O *Survivors Speak Out (SSO)* foi outra importante organização do movimento. Criada em 1985, era um grupo mais moderado politicamente, propondo-se a “dar voz” aos “usuários” que participassem do grupo, representando suas visões e interesses. Seu nome, no entanto, deixa clara sua posição crítica em relação ao sistema psiquiátrico vigente. Não se tratava de uma organização de “pacientes”, mas de “sobreviventes”, com as conotações de orgulho e poder que o termo carrega. Para o SSO, ser um “sobrevivente” significava tanto sobreviver a experiências de vida difíceis, que levaram a pessoa a adentrar o sistema psiquiátrico, quanto sobreviver ao próprio sistema, que ao invés de tratar, corrói a autoconfiança e dignidade daqueles que passam por ele. O SSO foi um marco por sua relevância e capacidade de expandir e capilarizar o movimento. Uma de suas ações envolvia a venda de *self-advocacy action packs*: kits vendidos a preços módicos que continham informações práticas para auxiliar grupos locais de sobreviventes a se constituírem e se manterem. Eles

³O Paddington Day Hospital era um hospital-dia que inicialmente operava segundo o modelo ambulatorial tradicional, mas que havia se transformado em uma comunidade terapêutica progressista devido à influência da antipsiquiatria, da psicanálise e dos movimentos intelectuais e políticos dos anos 1960. Sob a ameaça de fechamento feita pelo grupo gestor do hospital que pretendia instituir novamente os modelos de tratamento convencionais, profissionais e pacientes do hospital uniram-se em uma greve geral, defendendo o modelo progressista (Crossley, 2006).

também foram importantes na divulgação de propostas e ações dos grupos locais, como os cartões de crise⁴, nos quais o sobrevivente planejava antecipadamente suas preferências de tratamento para momentos de crise (Crossley, 2006; Group, s d).

Ao longo dos anos 1990 e 2000, os grupos se multiplicaram de forma exponencial, devido não apenas ao estímulo de organizações nacionais como o SSO mas também devido a mudanças no Sistema Nacional de Saúde britânico (NHS). Isso se deve principalmente ao fato que, a partir de 1990, o NHS passou a operar em um sistema misto público/privado, no qual a avaliação dos “usuários” (*users* ou, mais comumente *service users*) passa a ser essencial. Neste modelo, idealizado pelo governo Thatcher mas implementado por Tony Blair, o “usuário” se equipara ao consumidor ou cliente, e sua possibilidade de escolha é considerada vital para criar competitividade, melhorar a qualidade e baixar o preço dos serviços, prestados por entidades privadas (Clarke, 2007). O termo “usuário” entra em cena neste contexto, motivo pelo qual também é rejeitado por certos setores do movimento de “sobreviventes”. Ser um “usuário” equipara-se ao sentido do consumidor, da entrada em uma relação voluntária, que envolve uma escolha individual. Os “sobreviventes” rejeitam isso pois denunciam justamente as situações onde não há escolha, onde a entrada em relações terapêuticas é feita à revelia do sujeito.

Mesmo com um sentido controverso, a reforma de 1990 teve efeitos impulsionadores para os “sobreviventes”, justamente porque tornou obrigatório o envolvimento dos “usuários” na avaliação e planejamento de ações de saúde no sistema público, incluindo os “usuários” de serviços de saúde mental. Assim, instituíram-se espaços formais para os “usuários” influenciarem diretamente a produção de cuidados em saúde mental, semelhantes aos nossos conselhos de saúde, o que aumentou significativamente o poder de negociação dos “usuários”. Como apontou Crossley (2006), tornou-se tão óbvio que o “usuário” deveria estar incluído no debate em saúde mental quanto era antes óbvio que ele não pertencia a esse debate. A participação do “usuário” passou a ser algo disseminado, não apenas no sistema público mas também em organizações filantrópicas, em pesquisas, e virtualmente em qualquer espaço de discussão da saúde mental.

Outro aspecto relevante da participação de “usuários” (e diferente do que ocorre no Brasil) é que esse tipo de envolvimento é, muitas vezes, remunerado. Os “usuários” passaram a exercer funções profissionais diversas, como consultores, conselheiros, pesquisadores, facilitadores, gestores ou avaliadores. Criou-se, pela primeira vez, um mercado para o saber experiencial dos “usuários”, onde ter uma experiência de sofrimento psíquico, identificar-se como usuário de serviços de saúde mental ou fazer parte de alguma organização do movimento de “usuários” pode se tornar uma forma de obter ganhos financeiros e pessoais importantes. Isso é algo extremamente relevante em termos do acesso ao trabalho e ao emprego, além de ter efeitos importantes em termos de reconhecimento, valoriza-

⁴Atribui-se a ideia do cartão de crise a um pequeno grupo chamado International Self-Advocacy Alliance, mas o SSO teve papel importante em divulgar amplamente a estratégia.

ção e expansão da organização dos “usuários de saúde mental”, um grupo historicamente submetido a altas taxas de desemprego.

No entanto, esta incorporação de ativistas ao governo ou a outras organizações fez com que diversos deles abandonassem a militância, o protesto e a crítica. A agenda do movimento tornou-se, a partir de então, mais pautada pelas demandas do sistema e menos pelas demandas dos grupos de “usuários”, e o movimento perdeu, em função disso, parte de sua capacidade combativa, criatividade e inventividade (Crossley, 2006; Pilgrim, 2012; Barnes & Bowl, 2001). As políticas consumeristas⁵ têm, portanto, papel paradoxal sobre o movimento: fortalecem-no enfraquecendo-o; aumentam sua influência, mas, de certa forma, capturam-no. Ao mesmo tempo em que sua criação é um reflexo da bem-sucedida militância dos “usuários”, que se afirmam enquanto sujeitos capazes de escolher e decidir sobre seus caminhos, também amplifica sua institucionalização, enlaçando os militantes ao governo e ao sistema de saúde pela via da profissionalização.

Os abalos econômicos de 2008 mudaram significativamente o panorama do movimento. Encolheram as fontes de financiamento, impactando as ações de várias organizações de “usuários” de saúde mental, especialmente aquelas mais voltadas para a prestação de serviços de apoio e suporte mútuos, entre as quais várias fecharam as portas. O momento político atual mudou a agenda das organizações atuantes, cujas ações tiveram que se voltar menos para o aprimoramento dos serviços em direção ao respeito aos “usuários”, e mais para reverter ou estancar a perda de direitos sociais associada à “crise”. É possível que o caminho de maior institucionalização do movimento seja modificado à medida que o financiamento diminui e tensões entre organizações e governo se acirram.

Isso não significa, no entanto, que o movimento tenha perdido seu viés mais radical e combativo. Em 1999 por exemplo surgiu o grupo Mad Pride. Inspirado nas paradas de orgulho LGBT, foi formado por quatro auto-proclamados “loucos” que já haviam participado de outras organizações do movimento, mas que sentiam falta de um ativismo mais radical. Sua marca eram protestos bem-humorados e irreverentes; organizavam shows de rock e punk, em uma proposta de celebração da “cultura louca” que em nada lembrava os grupos anteriores do movimento. Seu movimento inspirou uma série de movimentos de “Orgulho Louco” em diversos lugares no mundo (Abraham, 2016; Crossley, 2006), inclusive no Rio Grande do Sul⁶.

O movimento de “usuários” e sobreviventes segue bastante ativo no Reino Unido, com organizações nacionais e diversos grupos locais (destacam-se atualmente as redes nacionais National Service Users Network(NSUN) e Hearing Voices Network⁷).

⁵A expressão inglesa *consumerism* se refere a políticas neoliberais que reconfiguram o cidadão enquanto consumidor, e que defendem o princípio de organização do sistema público de maneira análoga ao mercado.

⁶Na cidade de Alegrete, comemora-se a Parada do Orgulho Louco desde 2010, compondo já o calendário oficial de eventos do Estado

⁷Criada em 1988 a partir do encontro, em Trieste, de alguns ativistas do movimento britânico de pacientes com Marius Romme, psiquiatra holandês que estava pesquisando as experiências de ouvir vozes e as diferentes formas de lidar com essa experiência que não envolviam sua medicalização. A partir

Seu impacto direto sobre políticas e serviços é muito difícil de avaliar, pois ele faz parte de um jogo de forças muito mais amplo⁸. No entanto, parece ser possível afirmar que, a partir de sua organização e militância, os “usuários” e sobreviventes conquistaram o direito de falar em seu próprio nome. Eles desestabilizaram um campo de forças e alianças do qual não faziam parte, a não ser como objetos de um cuidado e um saber, e afirmaram sua capacidade de compreender e falar de suas próprias experiências. Com isso, construíram um outro lugar social possível, a partir do qual uma pessoa com diagnóstico psiquiátrico pode trabalhar, pesquisar, coordenar grupos, prestar cuidado em saúde mental, treinar profissionais de saúde, avaliar serviços, organizar eventos, enfim, saber qual cuidado quer para si e para os outros que compartilham sua posição peculiar.

Pesquisando o movimento e seus efeitos

Em 2010, logo depois de concluir a residência multiprofissional em saúde coletiva, fui para Portugal e França fazer um mestrado em políticas de saúde e bem-estar social⁹. Tive a oportunidade de vivenciar outras línguas, outros sotaques, outra vida acadêmica, outras questões sociais. Era o auge da crise econômica na Europa, e o Brasil era visto pelos gringos com olhos invejosos. Éramos ainda o Brasil que crescia, que estava diminuindo a pobreza e quase alcançava o pleno emprego. Enquanto isso, países da Europa se viam ameaçados pelo banco mundial e o FMI, lugar que conhecíamos muito bem e que acreditávamos ter superado para sempre.

O mestrado exigia que eu escolhesse um tema de pesquisa dentro da área da saúde. Retomei meus percursos pela saúde coletiva e saúde mental, sempre interessada na participação popular e no controle social na saúde. Lembrei-me então dos escritos de Eduardo Mourão Vasconcelos, a respeito do movimento britânico de “usuários de saúde mental” ou “sobreviventes” (Vasconcelos, 2003). Psicólogo atuante no movimento antimanicomial, professor e pesquisador na Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Vasconcelos relata ter ficado muito impressionado com as potencialidades da organização dos “usuários” nos

desse encontro, um grupo de Manchester resolveu estruturar uma rede de pessoas que ouvem vozes e se auxiliam mutuamente na criação de estratégias inovadoras para lidar e dar sentido a essa experiência, desafiando os modelos explicativos da psiquiatria. A rede existe até hoje, composta por uma série de grupos locais autônomos que promove ajuda mútua para pessoas que ouvem vozes desenvolverem suas próprias compreensões da experiência.

⁸Neste jogo, os “usuários” são, ainda e certamente, o lado mais fraco. Suas organizações recebem financiamentos ínfimos, os resultados de suas pesquisas são consideradas evidências fracas, sua presença nos espaços decisórios é muitas vezes apenas formal, seu poder nas relações terapêuticas ainda é muito restrito. Pessoas com sofrimento psíquico seguem sendo vítimas de internações compulsórias, de preconceito, de exclusão do mercado de trabalho – dificuldades que se sobrepõem à carga já pesada de seu sofrimento.

⁹O mestrado chamava-se PhoenixEM Dynamics of Health and Welfare, e fazia parte do programa de mobilidade Erasmus Mundus. As universidades envolvidas no consórcio eram a Universidade de Évora (Portugal), a École des Hautes Études en Sciences Sociales (França), a Universidade de Linköping (Suécia) e a Universidade Autônoma de Barcelona (Espanha). Meu percurso acadêmico envolveu períodos de estudo nas duas primeiras, Universidade de Évora e EHESP, como foco na história do estado de bem-estar social, sociologia e antropologia da saúde.

países anglo-saxões ou do norte da Europa:

Resolvi fazer minha pesquisa sobre este movimento social, curiosa por conhecê-lo mais de perto. Entrevistei doze participantes do movimento, em diferentes cidades da Inglaterra. Entre meus entrevistados, havia líderes nacionais com anos de trajetória e outros de atuação local, com pouco tempo de ativismo. Minha pesquisa ocupou-se de investigar como a participação neste movimento havia modificado sua experiência pessoal. Minha formação dentro da saúde coletiva, da reforma psiquiátrica, da psicologia social, me levavam a pensar que um engajamento social em um movimento deste tipo deveriam ter impactos importantes para aquilo que se vivenciava como loucura, doença mental ou simplesmente sofrimento.

Uma das entrevistas que realizei foi com Rose¹⁰. Após uma brevíssima troca de e-mails, um metrô e um trem, eu me encontrava no subúrbio de Londres procurando por sua casa em meio a vários outros sobrados idênticos. Era agosto de 2011, estávamos em pleno verão inglês (ou aquilo que os ingleses conhecem como verão). Rose me recebeu efusivamente. Falava rápido, com um sotaque forte, e eu fazia muito esforço para entendê-la. Ela trabalhava como consultora de assuntos de “usuários”. Me contou que naquela ocasião estava pesquisando a eficácia de um serviço de *advocacy*, ou de defesa de direitos, destinado a garantir que os pacientes internados em um hospital fossem ouvidos e respeitados. Rose tinha muito mais experiência como pesquisadora do que eu, que estava ali para entrevistá-la. Além de já ter trabalhado em várias pesquisas, algumas de grande porte, ela estava também escrevendo um livro sobre assuntos espirituais, e fazia massagens terapêuticas nas horas vagas. Como se não bastasse, havia fundado e coordenava uma entidade de suporte a pessoas com problemas de saúde mental, voltada especialmente para mulheres e negros. Rose também era mulher, negra e “usuária”. Ela havia sido hospitalizada diversas vezes, ocasiões em que havia recebido eletrochoques. Devido a maus tratos ocorridos durante crises psicóticas, ela havia perdido a guarda de seus filhos. Em um dos episódios foi detida, e acabou passando um tempo na prisão. Rose me falou o seguinte, em um momento da entrevista:

Conversar com outras pessoas, especialmente mulheres, que passaram por sofrimento mental, ajudá-las em suas vidas, representá-las nos tribunais, nos locais onde trabalham, acompanhá-las ao médico ou simplesmente ouvir suas histórias me fez descobrir que eu não estava sozinha. Que essa não era uma causa perdida e que podemos lutar juntas. Eu comecei a entender as coisas de outra forma. Não era apenas o fato de que eu estive doente, que eu tive experiências traumáticas, mas que eu faço parte de algo maior. Percebi que o que eu passei tem a ver com racismo, com a luta dos negros, dos imigrantes, das mulheres. Depois disso eu nunca mais vou parar de falar! Eu falo sobre

¹⁰Nome fictício.

Deus, sobre minhas experiências em saúde mental, eu falo sobre tudo, porque é terapêutico e também porque... me empodera! Me dá poder. Eu recuperei o meu poder. As pessoas não entendem o que é ter uma doença mental, elas não sabem o que é ser “eu”. Eu tinha vergonha. É difícil para alguém que teve uma doença mental voltar à sociedade, encarar as pessoas. Só você mesmo sabe o que é isso, o que você passou, o que você fez. Você foi presa, foi trancada em hospitais psiquiátricos, e daí tem que retornar à sociedade, encarar as pessoas, aceitar isso. Quando você volta para casa, ou para onde quer que te coloquem, a sua vida não é mais sua! Você não pode fazer nada! Se você disser “não” a alguma coisa, você não é um paciente colaborativo. Você fica pisando em ovos o tempo todo. Agora eu tenho controle da minha vida, ninguém me diz o que fazer. Se eu não quero trabalhar, eu não vou trabalhar, se eu não quero fazer nada eu não faço nada, se eu quiser eu faço e pronto. Eu sou uma lutadora, eu não sou submissa e obediente, e é por isso que eu estou onde estou hoje.

Sua história era forte, singular. No entanto, algo de sua narrativa se repetia nas histórias dos outros onze entrevistados. Em minha dissertação (Chassot, 2012; Chassot & Mendes, 2015) argumentei que este movimento, dedicado a modificar a realidade social dos “usuários”, tinha um efeito de transformar a experiência pessoal daqueles “usuários” ou “sobreviventes” que dele participavam. Depois de sistematizar as transcrições das entrevistas em uma análise temática simples, identifiquei que a participação no movimento tinha três efeitos principais.

Primeiro, provocava uma mudança no sentido atribuído ao sofrimento psíquico, que era ressignificado - de algo difícil e sofrido, o processo de adoecimento, tratamento e recuperação passava a ser reconhecido como algo que poderia ter um valor positivo também, porque havia gerado um saber. Em todos seus altos e baixos, sua história ganhava um sentido, uma utilidade para outras pessoas.

Em segundo lugar, aderir ao movimento de “usuários” significava também acessar uma rede de pertencimento. Essa rede se diferenciava por ser uma rede composta por “pares” (*peers*), pessoas com experiências semelhantes, onde as dores, o sofrimento, a indignação poderiam ser compartilhadas sem medo de causar horror ou estranhamento. As entrevistadas e entrevistados relatavam terem se sentido acolhidos pelos outros “usuários”, e encontrado apoio.

Terceiro, uma transformação identitária. Na militância, na ajuda mútua, no ativismo, na participação, eles se reconfiguravam como lutadores, e não mais como vítimas. O estigma que antes era internalizado e aceito era problematizado dentro do movimento, e tornava-se indignação, resistência, motivo para luta social. De maneira geral, ao encontrarem nos grupos de “usuários” um grande acolhimento, um espaço de convivência, de ressignificação da experiência, de apoio e de luta política, o estigma do doente mental - de alguém que é perigoso, inútil, vitimizado, eternamente doente - era questionado. De uma

verdade naturalizada, transformava-se em uma forma evidente de discriminação - algo a ser combatido, ao invés de aceito.

As participantes também falavam da importância de conhecer, dentro dos grupos de “usuários”, outras pessoas com história de sofrimento mental grave que eram líderes, trabalhadores, pesquisadoras, palestrantes, coordenadoras de entidades, escritores, artistas. Eles e elas assumiam estes lugares sem negar suas trajetórias, seu sofrimento, seus diagnósticos ou sintomas. Muito pelo contrário, pois era a experiência que lhes autorizava, muitas vezes, a ocuparem estes lugares especiais. Assim, o movimento se retroalimentava, promovia mudança social e era amplificado pela própria mudança que havia promovido.

De fato, não apenas o movimento tinha tido um impacto para aquelas pessoas que entrevistei e a forma como viviam e lidavam com seus problemas de saúde mental, mas também teve um impacto importante sobre mim, ao conhecê-lo. Minha trajetória foi semelhante àquela narrada por Eduardo Vasconcelos:

Logo que voltei da Inglaterra, em 1992, engajei-me novamente no processo brasileiro de reforma psiquiátrica, que a época já estava fortemente influenciado pela experiência italiana (...). Entretanto, naquele país também latino e de forte estrutura e vínculos familiares, muito similar ao Brasil, não havia um movimento de “usuários” ativo. Acima de tudo, o contato com o perfil autonomista deste movimento nos países do norte da Europa já tinha deixado suas marcas profundas em mim, de certa forma re-interpelando minha vivência junto aos movimentos sociais de base dos anos 70. Senti então que estava claramente diante de um desafio, ou de uma verdadeira “aposta”: mesmo reconhecendo as profundas diferenças culturais entre a sociedade marcadamente hierárquica brasileira e a cultura autonomista da Europa do Norte, seria possível visualizar no Brasil um movimento de “usuários” e familiares que pudesse, mesmo que apenas no médio e longo prazo, ter um perfil um pouco mais independente e autônomo em relação aos profissionais e serviços? Considero que minha militância no campo da saúde mental desde então assumiu essa aposta como um de seus componentes mais fortes (Vasconcelos, 2003, p.15).

Conhecer o movimento também fez com que eu me perguntasse sobre as possibilidades de algo semelhante acontecer no Brasil. Ao mesmo tempo em que me instigava a continuar pesquisando o tema, desta vez na realidade brasileira, também me provocava a intervir, fomentar este tipo de organização no Brasil de alguma forma.

Conhecer e conversar com as doze pessoas que entrevistei para a pesquisa me ajudou a vislumbrar que os “usuários de saúde mental” não só eram capazes de se organizar por conta própria, mas que, naquele país, eles haviam combatido o poder psiquiátrico, o estigma da doença mental e proposto alternativas de cuidado de uma forma singular, a partir de sua experiência, de uma maneira sem precedentes por aqui. Através deles,

conheci um movimento de fortes relações com outros movimentos de resistência popular e da contracultura, capaz de assumir uma postura bastante combativa, pouco interessada em compromissos ou meio-termos. Mesmo que recentemente o movimento tenha sido, em certa medida, capturado por políticas que reconfiguram o sobrevivente como o “usuário” (entendido naquele contexto como algo muito próximo do consumidor), ocorre também um processo de valorização cada vez maior do saber do “usuário” que levou o movimento para níveis nunca antes imaginados de influência.

Este processo encontra paralelo em outros países, especialmente nos Estados Unidos, Canadá, Nova Zelândia, e alguns países do Norte da Europa (com destaque para a Holanda), onde se desenvolveram grupos e organizações de “usuários, sobreviventes ou consumidores”¹¹. Foi também a partir destes grupos que passou a se problematizar alguns conceitos e pressupostos típicos da psiquiatria e da “saúde mental”, dando origem ao que hoje tem sido chamado de movimento de *recovery*¹².

A noção de “*recovery*” surge nos anos 80, introduzida por relatos pessoais de “usuários” a respeito de suas trajetórias de adoecimento, transformação e recriação de um sentido para a vida. O texto de Patricia Deegan é comumente citado como pioneiro, no qual ela narra o que seria, no seu ponto de vista, a “experiência vivida da reabilitação” (Deegan, 1988). Deegan refere que, enquanto a reabilitação seria algo que os profissionais de saúde fazem, o processo de “*recovery*” seria aquilo que as pessoas com problemas de saúde mental fazem, conforme aceitam, compreendem suas dificuldades e recriam sentidos para sua vida. Ela aponta que a reabilitação não é um processo passivo (não se pode simplesmente reabilitar alguém), mas algo que exige uma participação bastante ativa da pessoa. Todos os dias, ela precisava lutar contra a exaustão causada pelos medicamentos e levantar da cama, superar seu medo de sair de casa, de pegar um ônibus, de participar de grupos ou terapia. Deegan problematiza que este processo pessoal raramente figura nos textos acadêmicos, embora seja a parte mais importante de qualquer tratamento.

Embora hoje não seja infrequente abordar o processo de “*recovery*” a partir de um modelo biomédico ou psicossocial, conceitualizando-o como diminuição de sintomas ou como aquisição de habilidades sociais, a visão apresentada pelos grupos de “usuários” distingue-se radicalmente destas noções. Ela é crítica em relação às intervenções profissionais, que são deslocadas do centro do cuidado. O que se torna primordial é a jornada pessoal do sujeito, o “sobrevivente”, que envolve a superação da estigmatização, da rejeição social, dos efeitos iatrogênicos de diagnósticos, internações e medicamentos (Pilgrim, 2008). Nesta perspectiva do “*recovery*”, há uma tradução dos termos técnicos para termos cotidianos,

¹¹Este último termo mais comumente utilizado nos Estados Unidos.

¹²Há uma discussão a respeito da tradução deste conceito, que ora se traduz como recuperação, por vezes como restabelecimento ou superação. Atualmente se tem optado por manter a palavra em inglês, pois considera-se que os termos brasileiros não captam o sentido mais complexo da palavra em inglês. Pessoalmente, entendo que as limitações da palavra recuperação em português também se estendem ao inglês, e que ambas são equivalentes. Contudo, como o termo está se estabelecendo dessa forma, optei por mantê-lo em inglês de forma a garantir que seja identificado.

em um processo de reapropriação da experiência. Não se fala em depressão, recaída, adesão ao tratamento, mas em tristeza, fundo do poço e esperança.

Nos países citados, muitos serviços têm procurado se transformar em serviços orientados para “recovery”, na busca de superar não apenas o paradigma biomédico mas também uma proposta de reabilitação psicossocial adaptacionista, que mantém o desequilíbrio de poder entre os profissionais e usuários, o enfoque nas limitações e dificuldades das pessoas e o estímulo à dependência (Duarte, 2012). Assim, o “recovery” emerge da experiência dos usuários para modificar as práticas profissionais de forma significativa – primeira, e mais fortemente, nos Estados Unidos, espalhando-se para outros países anglo-saxões e mais recentemente ganhando espaço significativo em países como Itália e Portugal.

É importante destacar, nesta perspectiva da reorientação de serviços para “recovery”, a importância de grupos e atividades organizadas por *peers*, ou aquilo que é normalmente chamado de *peer support* - apoio ou suporte de pares. Os “pares” são pessoas com experiências de vida semelhantes (quem aqui chamaríamos de “usuários” ou “ex-usuários” de saúde mental), que, a partir de sua experiência, desenvolvem atividades específicas de cuidado, apoio e suporte. Podem atuar em serviços tradicionais ou alternativos, em funções variadas como na recepção e acolhimento de novos membros, no suporte direto à crise, na facilitação de grupos, na inserção comunitária, no desenvolvimento de novas abordagens de cuidado ou na coordenação de serviços.

Geralmente os *peers* passam por processos de formação, sendo capacitados para atuar em ações de cuidado e suporte. Um exemplo é o *Howie the Harp Advocacy Center*, em Nova Iorque. Neste centro, os “usuários” aprendem ferramentas de autocuidado, conhecem a rede de saúde mental, familiarizam-se com alguns conceitos básicos das ciências *psi* e outros como “recovery”, apoio mútuo e defesa de direitos. Fazem estágios e depois disso podem ser contratados na rede de atenção à saúde para desempenhar o trabalho de *peers*.

Há um movimento recente no Brasil de introduzir os debates associados ao “recovery” em nosso país, vide o “1º Colóquio Internacional em Recovery (Restabelecimento): Vivências e Práticas” que ocorreu em maio de 2016 em São Paulo, com participantes dos Estados Unidos, Itália, Finlândia, além de vários atores importantes da reforma psiquiátrica brasileira. O debate que ocorreu neste Colóquio (no qual estive presente) aponta para um interesse da parte dos brasileiros neste conceito e nas práticas a ele associadas, especialmente no sentido de que ele poderia alavancar uma nova fase da reforma psiquiátrica (Costa, 2017). Neste colóquio havia “usuários” presentes em todas as mesas, trazendo seus depoimentos, experiências, muitas vezes de maneira brilhante e com grande efeito sobre a plateia. O que se discute é que as práticas de cuidado no Brasil precisariam ser novamente transformadas, de forma a possibilitar que o “usuário” esteja mais envolvido em seu próprio cuidado, no cuidado de outros, e que seu conhecimento seja valorizado e reconhecido.

Mas estamos nos adiantando. Para falar do Brasil, precisamos retornar um pouco ao

passado, para compreender como certos acontecimentos deixaram marcas que até hoje sentimos em nossas formas de agir e pensar em relação aos “usuários”.

1.2 A reforma psiquiátrica entre a desinstitucionalização e o manejo da cidadania

Eram os anos 80. Embora o cheiro dos porões ainda estivesse fresco na memória, as promessas da democracia renovavam as esperanças no futuro. Uma efervescência política e social que parecia ter estado latente durante décadas finalmente conseguia forcejar saídas. Anunciava-se a retomada do Estado pelos civis, a restituição do voto, a instituição de mecanismos participativos, a reconfiguração das políticas públicas.

Na área da saúde, o INAMPS era terra arrasada. Ações fragmentadas, atendimento privatizado e de má qualidade, evasão de recursos em esquemas fraudulentos evidenciavam um modelo falido, que não atendia às mínimas necessidades da população. Quem trabalhava no grande parque manicomial brasileiro não se encontrava em situação melhor. Pelo contrário: além da penúria experimentada na saúde pública, ainda era preciso lidar com os efeitos da instituição total, em tudo aquilo de perverso que ela carrega.

As primeiras faíscas da reforma psiquiátrica são geralmente identificadas no ano de 1978, quando trabalhadoras e trabalhadores de hospitais geridos pela Dinsam no Rio de Janeiro¹³ denunciaram graves irregularidades naqueles hospitais. Foi um movimento local, mas que se alastrou para outros estados do território nacional. As denúncias e reivindicações de profissionais de saúde mental de vários cantos do país passaram a fazer coro às críticas de profissionais de saúde, docentes e intelectuais, apelidados/as de “sanitaristas”, que se mobilizavam para operar uma completa guinada na saúde pública no Brasil, com a criação do Sistema Único de Saúde¹⁴. Nascia assim um outro movimento contestatório, que seria batizado de Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) (Amarante, 1995).

O MTSM se assemelhava mais a uma agenda comum, a uma pauta compartilhada por uma série de organizações e sujeitos¹⁵ do que a uma organização concreta. Estas pautas eram elaboradas, discutidas e divulgadas em encontros, congressos e fóruns. Muitos destes encontros ocorriam pela ocupação incisiva de espaços tradicionais, como congressos

¹³Dinsam era a a Divisão Nacional de Saúde Mental, do Ministério da Saúde, órgão que gerenciava a assistência psiquiátrica no Brasil. No Rio de Janeiro, era responsável pela gestão de quatro grande hospitais psiquiátricos.

¹⁴Parte do alastramento da reforma psiquiátrica pelo território nacional deve-se ao apoio de entidades sanitaristas como o Movimento de Renovação Médica - REME e o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde - CEBES.

¹⁵Além dos já citados CEBES e REME, destacam-se o Sindicato dos Psicólogos, o Sindicato de Enfermeiros e o Sindicato dos Assistentes Sociais (Maia & Fernandes, 2000), a Associação Brasileira de Psiquiatria - ABP, a Rede de Alternativas à Psiquiatria, o Instituto Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições - IBRAPSI, os Conselhos Profissionais (CRMs, CFM, CRPs, CFP, CREFITO, os antigos CRAS e CFAS - hoje CRESS e CFESS), entre outros (Amarante, 1995).

profissionais, pelos audaciosos integrantes do movimento¹⁶

Foi portanto através de intensas disputas, inseridas em um cenário mais amplo de abertura política, que o movimento foi conquistando espaços decisórios e de gestão. Em pouco menos de uma década, o MTSM já encontrava-se “fortemente instalado no aparelho de Estado” (Amarante, 1995, p.69). Trabalhadoras e trabalhadores da saúde e da saúde mental experimentavam assim possibilidades de mudança em seu cotidiano de trabalho, vislumbrando liberdades até então insuspeitadas para quem havia vivido décadas de ditadura militar. Silvio Yasui (2006) relembra este período com entusiasmo:

Aqueles eram tempos diferentes. Um governo estadual eleito democraticamente, um sanitarista como Secretário da Saúde. Vários profissionais recém-contratados, imbuídos do espírito de trabalhar para mudar e transformar. O clima de mudança e participação estava presente, e muito, na cena brasileira naqueles anos. (...) A lembrança mais viva que trago na memória daqueles anos é a excitação pela possibilidade concreta de mudar a história: do lugar que trabalhava, de minha cidade, de meu estado, de meu país. Aquilo que antes era sonho, parecia próximo, real e concreto (p.9).

Essa atmosfera de otimismo que caracteriza o Brasil dos anos 80 marcou os movimentos sociais desta época, tanto quanto a subjetividade dos trabalhadores e trabalhadoras que deles participaram. Havia pouca dúvida a respeito do potencial da luta política, da democracia e da participação popular. O futuro anunciava-se promissor, carregado da possibilidade de se efetivar uma justiça social plena, atrelada à extensão da cidadania para todos os brasileiros. A Constituição de 88, constituição “cidadã”, está imbuída deste sonho. Ao mesmo tempo, esta ampliação da *cidadania* no Brasil ocorre em um momento histórico de desconstrução do Estado de Bem-Estar Social no mundo, em plena era Thatcher-Reagan, do avanço do neoliberalismo e de sua proposta de estado mínimo (basta lembrar que quem assinou a lei do SUS foi Fernando Collor!). É em meio a estas contradições que o Brasil vai tentar reconstruir sua democracia.

No contexto da reforma sanitária e da constituição do SUS, a participação da comunidade foi pensada como dimensão estratégica de democratização do sistema. O dito “controle social” foi inventado na tentativa de garantir a sustentabilidade do sistema frente ao contexto adverso em que surge, tornando o SUS uma das primeiras políticas participativas da república pós-ditadura. Procurava-se garantir, pela via jurídica, que o Estado

¹⁶Uma ocupação importante ocorreu durante a 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental, que, conforme narrado por Ana Pitta (2011), “não teve a participação da sociedade civil, trabalhadores, usuários e famílias na sua organização porque à época isso não se cogitava. Tudo centralmente organizado, com grande esforço de setores contra hegemônicos do governo e uma grande sede de participação social dos diversos segmentos de base interessados. Não deu outra: ali se exercitou uma tomada de poder pela sociedade civil. Perverteu-se o estabelecido. Todo o Programa da Conferência, organizada como se fora um Congresso Psiquiátrico, cai por terra para dar lugar a uma assembleia popular conduzida por uma mesa diretora escolhida pela maioria (p.4584)”.

permanecesse permeável às demandas sociais através de mecanismos como conferências e conselhos, assegurados pelas leis 8.080 e 8.142 de 1990 como instâncias de gestão participativa. Assim, o “usuário do SUS” ganha seus primeiros contornos como alguém que não apenas utiliza o sistema de saúde, mas que também exerce sua cidadania através da participação política, contribuindo na construção do SUS e na fiscalização do sistema, com voto paritário ao lado de trabalhadores e gestores.

O surgimento da luta antimanicomial

O MTSM, ao longo dos anos 80, desenvolve principalmente pautas trabalhistas (relativas a salários, diminuição da jornada) e democratizantes (críticas ao autoritarismo das instituições e denúncias sobre a arbitrariedade da gestão). Em afinidade com os sanitaristas, os trabalhadores do movimento também reivindicavam que os serviços tivessem um caráter público, o que fez com que ganhassem inimigos poderosos entre os empresários do setor hospitalar, acostumados a décadas de convênios lucrativos com o governo. Somou-se a esta pauta uma perspectiva humanista, de denúncia do uso de eletrochoques, torturas, demanda de melhoria da assistência e da infraestrutura. Gradualmente a pauta também incorpora a necessidade de rever o modelo centrado no hospital, de forma a prestar uma assistência comunitária. Leitos em hospitais gerais, hospitais-dia e lares protegidos começam a ser discutidos e operacionalizados. Não há, no entanto, uma problematização mais ampla do manicômio e do papel social da Psiquiatria (Amarante, 1995).

Pensadores do calibre de Franco Basaglia, Michel Foucault, Ronald Laing, Felix Guattari, Erving Goffmann e Robert Castel estiveram no Brasil entre o final dos anos 70 e início dos anos 80, promovendo algo que Ana Pitta (2011) caracterizou como “missões ético-políticas cativantes” (p.4582). Suas provocações foram importantes para propor novas questões aos trabalhadores, que passam a repensar suas próprias práticas enquanto profissionais do sistema psiquiátrico. O que se coloca em questão, por influência da obra destes autores e da própria dinâmica de autoanálise que se produz no movimento, é que a violência produzida pelo manicômio não poderia ser contida com reformas superficiais ou técnicas, mas apenas com uma ruptura radical em relação ao próprio mandato social da Psiquiatria.

Este processo originou uma vertente mais radical do movimento de reforma psiquiátrica, que se autodenominou de *movimento da luta antimanicomial*. A guinada em direção à luta antimanicomial representou para o movimento uma “inflexão (...) que o radicaliza e o impele para além das fronteiras que demarcaram e formaram os pilares do saber psiquiátrico da própria constituição da psiquiatria” (Barreto, 2005, p.25).

A luta antimanicomial teve seu marco histórico no ano de 1987, devido à realização do II Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental, que ficou conhecido como “Congresso de Bauru”. Este congresso é considerado um marco por dois motivos bastante distintos e significativos para o campo problemático que estamos aqui procurando mapear.

Em primeiro lugar, porque foi naquela ocasião em que se conseguiu, pela primeira vez, um consenso a respeito da radicalidade necessária ao projeto de reforma psiquiátrica. Entendeu-se então que o objetivo do movimento não deveria ser a humanização do asilo ou a sua complementação com serviços ambulatoriais ou comunitários, mas sim promover uma mudança cultural profunda, questionando os sentidos da prática psiquiátrica, seus pressupostos básicos, e recusando o manicômio em todas as suas formas. Foi nesta ocasião que o movimento adotou o lema “por uma sociedade sem manicômios”, e que passou a se falar em *desinstitucionalização*.

Na perspectiva da Psiquiatria Democrática Italiana, o conceito de desinstitucionalização coloca em questão o circuito institucional que define a “doença mental” como problema a ser resolvido. Mais do que fechar manicômios, trata-se de desmontar o conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos que constroem a doença como problema, ao mesmo tempo em que se oferecem como solução científica, racional. A desinstitucionalização, nesta perspectiva, faz uma crítica à instituição psiquiátrica que não se equipara à sua organização emblemática (o hospital psiquiátrico) e que, portanto, não se confunde com desospitalização (Rotelli et al., 2001). Ela aponta ainda para a necessidade de colocar em questão as relações de poder que se estabelecem a partir do saber psiquiátrico, mas que se expandem para além deste, atravessando a sociedade de maneira geral. Segundo Rotelli, “o objetivo prioritário da desinstitucionalização é transformar as relações de poder entre instituição e os sujeitos e, em primeiro lugar, os pacientes” (p.32).

Assim, trabalhadoras e trabalhadores da saúde mental se veem obrigados a olhar para seu próprio trabalho como reprodutor de um sistema violento e excludente, e a repensar de forma completa sua atuação profissional. Trata-se de uma mudança extremamente significativa pois envolve a problematização das próprias práticas profissionais, do aparato institucional que, em última instância, sustentava a identidade destes profissionais. Sérgio Alarcon (2005) caracterizou este processo como:

um processo contra-discursivo que, ultrapassando as lutas propriamente militantes hostis à ditadura em particular, voltou-se sobre si mesmo e tomou-se como objeto num processo destinado a avaliar os limites de suas próprias condutas, cujo cotidiano se mostrava insuportável. (...) A reforma psiquiátrica no Brasil realizou aquilo que Foucault (2001) coloca como a experiência trágica, isto é, a experiência da descoberta dos próprios limites (p.256).

Uma experiência corajosa de colocar em suspensão as próprias certezas profissionais e se propor a reinventar as próprias práticas de trabalho.

Em resumo, trata-se de um movimento que, apesar de seu caráter inicialmente trabalhista e até mesmo corporativista, sustentado por um discurso humanitário e bastante reformista, em certo ponto se tornou capaz de problematizar o paradigma psiquiátrico de forma radical. Um movimento que colocou em questão a própria instituição psiquiátrica,

e que concluiu pela necessidade (bastante desconfortável) de repensar todo seu arsenal de práticas e os saberes que as balizavam.

O segundo motivo pelo qual o Congresso de Bauru é considerado um marco deve-se ao fato de que neste encontro estabeleceu-se, pela primeira vez, uma aliança entre o movimento de trabalhadoras e trabalhadores, “os usuários” de serviços e seus familiares. O processo de radicalização do movimento no sentido de uma maior autoanálise e auto-crítica das próprias práticas dos trabalhadores levou-o também a uma modificação das relações de poder entre trabalhadores e pacientes. Assim, passou a fazer parte intrínseca do movimento o estímulo à organização política dos “usuários”.

No Congresso de Bauru estavam presentes duas associações de saúde mental: a SO-SINTRA (Sociedade de Serviços Gerais para a Integração pelo Trabalho) e a Associação Loucos Pela Vida, de Franco da Rocha, SP (Amarante, 1995), ambas entidades mistas constituídas por “usuários”, trabalhadores e familiares. Neste ponto é que deixa-se de falar de um movimento de trabalhadores para se falar no movimento da reforma psiquiátrica ou do movimento da luta antimanicomial como algo ampliado, composto pelos três “segmentos”.

Paulo Amarante observa que a expressão “usuário” passa a ser utilizada na saúde mental neste período, em substituição a louco, doente mental ou cliente, consideradas restritivas e inadequadas (Amarante, 1995). O surgimento dessa nova figura do “usuário” como um novo ator político é possibilitado por diversos fatores. Primeiramente, o “*usuário de saúde mental*” está associado ao “usuário do SUS”, figura de cidadania e participação. No entanto, ele também carrega as idiossincrasias e atravessamentos da loucura, da doença mental, da institucionalização no manicômio.

Que atenção psicossocial?

Através do avanço da reforma psiquiátrica e do movimento antimanicomial, foi nascendo uma proposta de cuidado alternativa à psiquiatria tradicional, batizada no Brasil de “atenção psicossocial”. Os primeiros Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) são criados ainda no final dos anos 80, como experiências piloto que permitiram avançar para uma reorientação do sistema de saúde mental no território nacional¹⁷. Com sanitaristas e defensores da reforma psiquiátrica ocupando a Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde, mesmo enquanto o projeto de lei proposto pelo deputado Paulo Delgado tramitava no Congresso Nacional – enfrentando ferrenha oposição do setor hospitalar –, algumas portarias foram gradualmente redire-

¹⁷Em 1987, foi criado Centro de Atenção Psicossocial Luís Cerqueira, em São Paulo, tido como o primeiro CAPS do Brasil. Propunha-se como uma primeira experiência de cuidado intensivo extra-hospitalar, lançando mão de estratégias clínicas diversificadas e articuladas com o espaço da cidade. Dois anos depois ocorre a intervenção na Casa de Saúde Anchieta, em Santos, 1989. Foi a primeira intervenção em um manicômio no Brasil, que foi sendo desativado e substituído por uma rede de NAPS, serviços com funcionamento 24h (Campos, 2000).

cionando os recursos para a atenção extra-hospitalar¹⁸. Assim, ao longo dos anos 90, a passagem das aspirações da reforma para o interior do Estado efetivou-se em larga escala. A reforma tornou-se “política pública consentida” (Pitta, 2011), e avançou significativamente mesmo em meio a um contexto político-econômico adverso. Isso se refletiu em uma diminuição importante do parque manicomial, com o fechamento de hospitais e de leitos significativamente já naquela década (Tenório, 2002). Em 2001, quando se finaliza o árduo trâmite do projeto de lei de Paulo Delgado e a Lei 10.216 é aprovada, o redirecionamento do modelo assistencial, que já estava em curso, adquiriu velocidade intensa¹⁹.

Todo este processo, obviamente bastante complexo para ser sintetizado em um parágrafo (foram mais de 20 anos de intensas mudanças em todo cenário nacional), deixou como legado um panorama assistencial no Brasil bastante distinto. Além da expansão vertiginosa dos CAPS e redução dos leitos em hospitais psiquiátricos, a chamada RAPS (Rede de Atenção Psicossocial) foi sendo construída a partir de diversos gêneros de serviços, como os Serviços Residenciais Terapêuticos, os leitos de saúde mental em Hospitais Gerais, o Programa De Volta para Casa, as estratégias de geração de renda, equipes de Consultório na Rua, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família, entre outros. Esta rede de serviços espalhada pelo Brasil configura os pontos onde se pretende efetivar o novo modelo através de um outro cuidado, de uma outra visão para o tratamento psiquiátrico, uma outra relação com “o usuário” enquanto sujeito em sofrimento.

Mas o que distingue este tipo de tratamento do anterior, manicomial? O que caracteriza o cuidado na “atenção psicossocial” ou na “saúde mental”²⁰?

O cuidado da “atenção psicossocial” construiu-se primeiramente a partir da negação do modelo anterior, o modelo manicomial ou da psiquiatria tradicional, para ir gradualmente construindo, inventando um outro modelo. A atenção psicossocial ou a saúde mental não é definida por uma única lógica ou proposta de cuidado, mas é atravessada por lógicas múltiplas, que se conjugam de formas distintas em arranjos locais, alguns mais coerentes e outros menos. Gastão Wagner Campos (2008) entende que esta conjunção se dá, de maneira geral, de formas bastante precárias. O sanitarista critica a falta de consistência da reforma psiquiátrica em termos de dar diretrizes técnicas mais específicas.

¹⁸As portarias 189/91 e 224/92 permitiram a transformação dos NAPS e CAPS em política pública, estabelecendo suas diretrizes e linhas de financiamento. Também colocaram restrições ao funcionamento dos hospitais psiquiátricos, ampliando por exemplo a necessidade de recursos humanos e exigindo a implementação de atividades terapêuticas diversas. A aprovação de leis estaduais em cenários locais mais favoráveis foram garantindo o respaldo legal ao lado das portarias. O Rio Grande do Sul foi pioneiro, aprovando em 1992 a Lei 9.716, que dispõe sobre a reforma psiquiátrica.

¹⁹Assegurada pela lei e impulsionada pela entrada do PT no governo federal, o processo de reorientação do modelo se intensificou entre 2002 e 2015, nas gestões de dois membros atuantes no movimento da reforma psiquiátrica, Pedro Gabriel Delgado (2001-2010) e Roberto Tykanori (2010-2015) na Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas.

²⁰Tenório (2002) aponta que o conceito de “atenção psicossocial” foi trazido em substituição ao conceito de “saúde mental”, o qual era por vezes mal visto por sua associação à proposta preventivista da Psiquiatria comunitária norte-americana. Apesar desta diferenciação inicial, o que se disseminou no Brasil foi o uso de ambos os termos de forma indiscriminada, forma que optamos por utilizar neste texto.

De início [*na reforma psiquiátrica*], foi muito forte a perspectiva basagliana casada com o pensamento da Saúde Coletiva, bastante centrado na determinação social do processo saúde e doença. A crítica à biomedicina e ao conceito tradicional de saúde e de doença também foi muito forte no movimento. Entretanto, ao organizarem-se os novos serviços (...) os profissionais foram obrigados a se socorrer de seus conceitos e modos de fazer clínica ou reabilitação tradicional. Em consequência, observa-se, hoje, nestes serviços, certa babel epistemológica: psicanálise misturada com psicofarmacologia psiquiátrica, abordagem sistêmica encoberta sob o rótulo de reabilitação psicossocial, e por aí vamos. Para complicar esse quadro já bastante complexo, parece haver uma hegemonia da psiquiatria positivista/organicista na Universidade (...) e em órgãos de fomento, com uma inequívoca predominância de estudos psicofarmacológicos e um abandono da dimensão de terapêuticas dinâmicas (Campos, 2008, p.98/99).

Para Campos, a política de saúde mental no Brasil não constrói um referencial epistemológico coerente. Sua unidade se dá somente a partir de um conjunto de “valores”, especialmente a construção da autonomia, da cidadania e a garantia dos direitos “do usuário”.

De forma semelhante, a chamada *reabilitação psicossocial* foi adotada no contexto da reforma psiquiátrica brasileira como uma espécie de paradigma orientador da “atenção psicossocial”. No entanto, a proposta de reabilitação também abriga muitas concepções, práticas e interpretações diferentes (Pitta, 1996), que nem sempre são claramente diferenciadas, ou então reunidas de maneira coerente.

De maneira mais geral, a proposta de reabilitação se caracteriza por tomar a questão da reinserção ou da inclusão social como algo essencial para o tratamento, rompendo com o modelo médico curativo. Ela envolve

o processo de facilitar ao indivíduo com limitações, a restauração, no melhor nível possível de autonomia do exercício de suas funções na comunidade. (...) O processo enfatizaria as partes mais sadias e a totalidade de potenciais do indivíduo, mediante uma abordagem compreensiva e um suporte vocacional, residencial, social, recreativo” (Pitta, 1996, p.19).

O papel de quem reabilita é, portanto, restabelecer uma autonomia funcional, dando suporte para sustentar as interações sociais da pessoa que está sendo reabilitada. Envolve uma atitude estratégica frente ao cuidado, com a procura de maximizar as oportunidades e minimizar o efeito desabilitante e cronificante das doenças.

Um estudo sobre diferentes experiências de reabilitação psicossocial no Brasil identificou três grandes modelos epistêmicos dentro da reabilitação psicossocial: os modelos

psicoeducativos, os modelos sociopolíticos ou críticos e os modelos de orientação clínica (Guerra, 2004). Estes não poderiam ser mais díspares. Enquanto os primeiros têm uma perspectiva eminentemente adaptacionista, os segundos voltam-se para a missão de realizar uma ampla mudança social. Enquanto uns pretendem adaptar o indivíduo à sociedade, outros propõem a necessidade de modificar a sociedade de forma a se tornar mais inclusiva.

Muitas vezes, dentro da proposta de reabilitação psicossocial no Brasil, a corrente crítica é conjugada a visões psicoeducativas e funcionalistas, compondo a “babel epistemológica” identificada por Gastão Campos. Em um artigo sobre o tema, por exemplo, encontramos que a reabilitação é um processo de normalização, de retorno a uma situação anterior à instalação da doença. A autora critica os modelos reabilitadores adaptacionistas, mas aponta “déficits de ego que desempenham um papel crítico na inabilidade das pessoas com doenças mentais crônicas para funcionarem efetivamente e manterem o emprego”(p.168). Embora defenda um modelo centrado no restabelecimento da cidadania, no aumento da inserção social através de cooperativas e empresas sociais, também relaciona cidadania com qualidade de vida e empreendedorismo, afirmando: “Fazer as pessoas tornarem-se empreendedoras e sujeitos da própria história deverá se constituir, por excelência, num compromisso primordial assumido pelos reabilitadores”(Hirdes, 2009, p.172).

Uma corrente influente da reabilitação psicossocial crítica no Brasil é a vertente italiana representada por Benedetto Saraceno. Ele procura diferenciar-se de visões adaptacionistas, como os modelos de treinamento de habilidades e psicoeducativos (Saraceno, 1999) que também se chamam de reabilitação psicossocial. Como contraponto, Saraceno sugere que a reabilitação não é um processo para adaptar os fracos ao jogo dos fortes, mas sim um processo que busca mudar as regras do jogo, permitindo que quem não é forte possa conviver, estar na cena onde os fortes estão. Chama isso de “renunciar ao mito da autonomia” (Saraceno, 1996b, p.51), no sentido de romper com perspectivas que centram a reabilitação na capacitação do indivíduo para fazer parte da sociedade.

A principal questão, para Saraceno, é a possibilidade do sujeito fazer trocas em seus ambientes sociais. Chama esta possibilidade de “contratualidade”. Podemos ser desabilitados, ou seja, destituídos de habilidades por falta de poder contratual. Se o manicômio é o “lugar zero da troca” (Rotelli, 2001, p.61), Saraceno propõe que muitos pacientes psiquiátricos têm um nível de contratualidade que tende a zero - seja porque não têm casa, não têm rede social, não têm informação (1996a). Para Saraceno, a ênfase principal do processo de reabilitação psicossocial está na reconstrução da “plena cidadania”. Ele afirmou: “Não necessitamos de esquizofrênicos pintores, necessitamos de esquizofrênicos cidadãos; não necessitamos que façam cinzeiros, necessitamos que exerçam a cidadania” (Saraceno, 1996a).

Encontramos uma definição muito interessante de autonomia em um curto texto de Roberto Tykanori Kinoshita (1996), no qual define a autonomia como:

a capacidade de um indivíduo gerar normas, ordens para sua vida, conforme

as diversas situações que enfrente. Assim não se trata de confundir autonomia com auto-suficiência nem com independência. Dependentes somos todos; a questão dos usuários é antes uma questão quantitativa: dependem excessivamente de apenas poucas relações / coisas. Esta situação de dependência restrita / restritiva é que diminui sua autonomia. Somos mais autônomos quanto mais dependentes de tantas mais coisas pudermos ser, pois isto amplia nossas possibilidades de estabelecer novas normas, novos ordenamentos pra vida (p.57).

Tykanori resgata o conceito de autonomia dentro da reabilitação psicossocial, rerepresentando-o em uma formulação que foi bastante influente. A partir de sua visão, temos uma ideia de autonomia que não se assemelha à autossuficiência, mas à proliferação das dependências, das relações.

Produzir a cidadania e autonomia do “usuário”

Mais do que apontar inconsistências teóricas na obra da referida autora, o artigo anterior exemplifica algo que é amplamente disseminado, embora nem sempre tão evidente. O que diversas pesquisas sobre a realidade dos serviços de atenção psicossocial no Brasil têm demonstrado é que a proposta mais radical da reforma psiquiátrica, promovida especialmente pelo conceito de desinstitucionalização, pela visão crítica da reabilitação psicossocial, por aspectos mais instituintes deste movimento, conjuga-se com práticas adaptacionistas, de treinamento, de gestão da vida em seus mais ínfimos detalhes.

Em parte isso se deve à reforma psiquiátrica ter se instituído em uma rede pública de serviços espalhada por todo território nacional, fazendo com que precise invariavelmente se haver com o mandato social de controle da periculosidade e de tudo aquilo que representa a loucura, um mandato que jamais se descola das práticas psiquiátricas ou em “saúde mental”. A proposta crítica da reforma se entrecruza com uma infinidade de outras formas de tratar, compreender e olhar para a loucura em suas múltiplas expressões, e muitas delas, contraditoriamente, encontram abrigo naquele objetivo bastante vago que a reforma propõe como cerne do cuidado: a produção da cidadania e da autonomia do “usuário”.

A pesquisa de Alex Alverga (Alverga, 2004; Alverga & Dimenstein, 2006) ilustra muito bem a contradição entre um discurso de libertação e práticas restritivas. Ele resgata uma foto encontrada no arquivo de um CAPS, a qual reproduzimos abaixo:



Imagem 1: Desfile de 18 de maio. Fonte: Alverga (2004).

A foto é de um desfile em defesa da reforma psiquiátrica. Algumas pessoas carregam uma faixa onde está escrito “Loucura maior é o preconceito”. Logo atrás da faixa, está o cortejo de “usuários”, todos contidos por uma corda que restringe seu caminhar. Alverga problematiza a tensão entre a reprodução de ideais da reforma e as práticas que vêm na sua esteira, tensão condensada de forma singular naquela cena. O cordão de isolamento evidencia a circunscrição prévia do espaço permitido para a circulação da loucura, de forma que não se torne ameaçadora ou perigosa. Ao mesmo tempo, a faixa e o próprio desfile defendem a movimentação no espaço público como estratégia de inclusão e cidadania.

A foto apresenta de forma exemplar uma tensão que Alverga localizou também em observações cotidianas em um CAPS de Natal. Enormes listas de espera para atendimento, critérios de inclusão restritivos, divisão das mesas do refeitório, cozinha exclusiva para uso dos “técnicos” e projetos de “inserção social” que se restringiam ao espaço do serviço são algumas das características identificadas (Alverga, 2004; Alverga & Dimenstein, 2006). O autor questiona:

A perspectiva da ressocialização ou reabilitação alcança o que a desinstitucionalização aponta? Ou a idéia de reabilitação traz em si concepções ligadas à institucionalização da loucura, à norma, à razão, ao sujeito autônomo, à identidade e cidadania, enfim, promessas lançadas na constituição das sociedades modernas que destoam do desinstitucionalizar? (Alverga & Dimenstein, 2006, p.303).

Para ampliar o questionamento trazido por Alverga, vejamos uma pesquisa etnográfica

realizada por Lecy Sartori (2010; 2011) em um CAPS de Campinas. Trata-se de uma instituição onde psicanálise e psiquiatria tradicional se combinam sem muitos conflitos, como se fossem naturalmente complementares. Neste CAPS, a pesquisadora identificou que os profissionais de saúde mental exerciam uma forma específica de *manejo da cidadania*. O que se buscava alcançar era uma versão da cidadania que seria obtida simultaneamente por meio da independência pessoal e da inserção social. Para isso, as profissionais do serviço buscavam conciliar o ensino de habilidades sociais, a estabilização dos sintomas psiquiátricos e a ativação dos “usuários” na co-responsabilização por seu tratamento.

Em termos práticos, manejar a cidadania envolvia ensinar e dar suporte para a realização de atividades necessárias para a vida na cidade, como pegar ônibus ou usar um caixa eletrônico. Também passava pela obtenção de benefícios sociais para garantir a sobrevivência material dos usuários (auxílio-doença, passe livre, cesta básica, entre outros), os quais estão muitas vezes atrelados ao diagnóstico psiquiátrico e ao atestado de incapacidade laboral. No entanto, trabalhar também tinha seu lugar no tratamento, geralmente sem o objetivo específico de garantir o sustento (que é dado pelos benefícios), mas de promover a ressocialização, diminuir sintomas e oferecer um lugar social reconhecido frente à família e à sociedade.

A crise, o sofrimento intenso, era visto como aquilo que acaba com a autonomia e com a liberdade do cidadão. Assim, os sintomas situavam-se no centro da atividade de cuidado, sendo entendidos como constitutivos, estruturantes da psique do paciente. Os médicos ocupavam um lugar importante neste aspecto, e a medicação era complementada por uma escuta vigilante, que permeia todos os espaços possíveis - não somente o consultório, mas o momento de se alimentar, de assistir televisão, de ir à padaria. Uma escuta também utilizada para promover sua adesão ao tratamento, e convencê-lo a tomar uma postura ativa no mesmo. A questão não é da ordem da interdição, como no manicômio, mas do convencimento, da aliança, do vínculo, da negociação, gerando um “aparato técnico de produção de sujeitos cidadãos” (Sartori, 2010, p.57).

"O usuário" é concebido de forma ativa. Tanto ele quanto seus familiares são envolvidos no cuidado. Sua cooperação é crucial, e eles são co-responsáveis no tratamento. A equipe estimula que “o usuário” participe de conselhos e assembleias, como algo que também compõe esta cidadania. É importante que ele seja ativo, e que sua subjetividade seja escutada. No entanto, o direcionamento final das decisões é sempre dado pelo saber técnico-científico, que instrumentaliza a relação para obter os objetivos esperados: a independência e a inserção social (Sartori, 2010, 2011).

Outra pesquisa que complementa este cenário é aquela realizada por Rafael Figueiró, também em Centros de Atenção Psicossocial (dois CAPS II), em município não identificado. O pesquisador observou que as decisões eram invariavelmente tomadas por técnicos, em um sistema vertical, de estrutura rígida que não permitia aos usuários refletirem sobre seus cotidianos e tratamentos. Este esquema é produzido e reproduzido pelas concepções e

práticas terapêuticas da equipe, e tem como efeitos não apenas a *heterogestão do cotidiano* dos usuários do CAPS, mas também o não-estabelecimento de uma rede de relações entre os próprios usuários, que estão sempre reportados aos técnicos (Figueiró, 2009; Figueiró & Dimenstein, 2010).

A equipe utilizava os projetos terapêuticos individuais como ferramentas de trabalho – de acordo com as diretrizes do CAPS e da reabilitação psicossocial. No entanto, ao invés de estes projetos servirem como dispositivos de cuidado singular, eles serviam como justificativa para práticas bastante autoritárias e arbitrarias. As decisões eram tomadas em nome de uma clínica fugidia, sem critérios claros, opaca aos usuários, que reificava o saber técnico como algo incompreensível e inquestionável. Como exemplo, cita a decisão da equipe de separar, através da mudança dos horários de atendimento, dois usuários que estavam estabelecendo fortes laços de amizade, garantindo que eles não mais se encontrariam. Para os autores, este tipo de ação souo como uma decisão política de enfraquecer o coletivo, travestida de decisão técnica e que por isso não poderia ser questionada pelos “usuários”, não-detentores daquele saber. Estava definido claramente quem cuida de quem, de forma a não se estabelecerem relações de cuidado e suporte entre os “usuários”. (Figueiró, 2009; Figueiró & Dimenstein, 2010).

Ceres Arejano, Maria Padilha e Gelson de Albuquerque (2003) realizaram outro estudo com conclusões similares. Pesquisaram um serviço de moradia temporária para pessoas com transtornos mentais, em Porto Alegre, conhecido como Pensão Pública Protegida Nova Vida. Por se tratar de um serviço de moradia, a proximidade entre técnicos e moradores era considerada problemática pela equipe. Os profissionais entrevistados defendiam por exemplo o uso do uniforme, a colocação clara de “limites” entre profissionais e usuários, de forma a evitar que os papéis se confundissem, o que supostamente geraria um funcionamento excessivamente permissivo.

As autoras verificaram que, neste serviço, ações corretivas eram muitas vezes justificadas pela equipe como tendo um caráter terapêutico. Um exemplo é a troca do café cafeinado por descafeinado, decisão tomada pelos técnicos, que chegam a associar o café descafeinado à reforma psiquiátrica. As autoras refletem que a divisão entre o saber técnico e político é uma estratégia que ajuda a sustentar a hegemonia dos trabalhadores de saúde mental nas relações de poder com os usuários. Apontam como característica do trabalho em saúde mental exceder consideravelmente o limite tradicional do setor saúde, à medida que a vida se coloca em questão, em todas as suas dimensões. Do banho ao café, tudo pode ser tomado como terapêutico, o que distribui o domínio técnico, ao menos virtualmente, sobre qualquer aspecto da vida (Arejano et al., 2003).

Alice Oliveira e Neiry Alessi (2005) relataram momentos observados em serviços de saúde mental para problematizar a forma como conceitos de autonomia, cidadania e socialização se apresentam no cotidiano da atenção à saúde. Um dos fragmentos trazidos pelas autoras refere-se a um momento de preparação de um lanche no serviço. A equipe

apontava qual “usuário” do serviço iria preparar a pipoca, o suco, fazer a limpeza, e de que forma cada atividade deveria ser feita. Qualquer infração era repreendida. Na hora de servir, é colocada uma mesa separando a copa da sala, de forma a evitar que os usuários entrassem na cozinha. Cada um pega seu lanche e todos se dirigem à sala, onde comem em silêncio.

A cena é interpretada pelas autoras como a persistência de um modelo manicomial de cuidado, em serviços supostamente substitutivos ao manicômio. O momento de preparação do suco, ao invés de ser um momento de troca e sociabilidade, era convertido em treinamento e divisão de tarefas minuciosamente controladas. Os “usuários”, por sua vez, têm uma postura de gratidão pelo atendimento recebido. Sentem-se agradecidos por ter um espaço para passar o dia, por receberem gratuitamente remédios, injeções, consultas. São raros os momentos de crítica e não-concordância, e, quando ocorrem, são abafados. De forma semelhante, a equipe também tem uma estrutura hierárquica, com relações claras de submissão, estando o médico no topo da pirâmide. Mesmo assim, a cidadania era um elemento importante de seu discurso: a equipe apontava como é preciso tratar o paciente como um ser humano e não como diagnóstico, conhecer suas condições de vida, ajudá-lo a obter benefícios sociais e vê-lo como um “igual” (Oliveira & Alessi, 2005).

Bruno Emerich, Rosana Onocko Campos e Eduardo Passos (2014) analisaram dados de grupos focais e entrevistas conduzidas pela pesquisa da Gestão Autônoma da Medicação. Visavam analisar a perspectiva de “usuários” e gestores de serviços de Campinas, Novo Hamburgo e Rio de Janeiro a respeito dos direitos dos “usuários”. Identificaram como comum a prática de não informar os “usuários” a respeito dos medicamentos que utilizavam, assim como de não envolvê-los na elaboração de seus projetos terapêuticos. Também problematizam o distanciamento entre “usuários” e profissionais, reforçado por uma linguagem técnica que não pode ser acessada pelos “usuários”. O diagnóstico psiquiátrico se situa como um marcador de acesso a determinados direitos, sendo necessário para obtenção de benefícios sociais, acesso a medicamentos gratuitos, passe livre de ônibus, entre outros. Estas práticas reforçam o lugar do saber técnico e aprisionam o “usuário” em um circuito em que o adoecimento é a passagem para garantir o mínimo de condições de vida.

Argumentam ainda que, embora a reforma psiquiátrica tenha procurado abolir as instituições totais, certas formas de *práticas totais* persistem nos serviços de atenção psicossocial, produzindo formas de controle sobre os “usuários” do sistema. Estas práticas totais reproduzem sua ausência política no cotidiano, uma vez que não participam das decisões que dizem respeito à suas vidas. Também referem-se a uma normalização dos processos da vida, uma universalização das formas de agir, pensar e sentir. Apontam a necessidade de as equipes estarem sempre colocando suas práticas em análise, de forma a evitar a reprodução destas práticas totais escondidas sob supostas práticas libertárias. O biopoder se insinua nestas práticas de gestão da vida, operando um controle distinto

daquele típico do manicômio (Emerich et al., 2014).

O que estas pesquisas locais parecem apontar é que o aspecto “total” da instituição psiquiátrica se diluiu no cotidiano da reforma psiquiátrica, à medida que os aspectos instituintes do movimento foram se cristalizando em formas rígidas. Não nos referimos apenas a uma espécie de contaminação das práticas da reforma psiquiátrica por concepções manicomiais, policialescas, controladoras. Até porque, quando se faz este tipo de leitura, normalmente se localiza a solução na formação profissional, afirmando que ela precisa estar mais afinada com os princípios da reforma, de maneira a não reproduzir o modo que a antecedeu e ao qual se contrapõe. Consideramos esta uma solução simplista, que localiza o problema apenas na falta de um refinamento técnico ou crítico do saber profissional.

Entendemos, pelo contrário, que os dilemas, os paradoxos, são inevitáveis quando se está atuando na dimensão micropolítica. Não há conciliação simples entre a loucura, o sofrimento intenso, o adoecimento, o desvio de comportamento, e a sociedade em que vivemos e que compomos com nossas ações - uma sociedade que é complexa, mas que possui facetas extremamente competitivas, preconceituosas e desiguais. Neste sentido, a proposta de produzir a cidadania e a autonomia “do usuário” se coloca como ponto central da clínica, do tratamento, sem que haja um esforço de se entender que tipo de “missão” é essa que é dada às equipes de saúde mental. Que cidadania é essa que se quer produzir? Que autonomia? Que inclusão social? Através de quais operações? O que é aceitável, ético, na realização desta missão? Qual o papel do “usuário” neste processo? Mesmo impensados, estes ideais orientam as ações de cuidado – e talvez, sejam seus únicos orientadores! As equipes buscam recursos, saberes, técnicas, ferramentas para dar conta de produzir estes estados almejados, da forma que podem, e, no caminho, muitas derivações perigosas se produzem.

1.3 Tensões em torno da questão do “usuário”

Afirmamos anteriormente que o surgimento do movimento da luta antimanicomial está relacionado à ampliação do movimento de trabalhadoras e trabalhadores para um movimento misto, conjugado com “usuários” e familiares. Ao contrário do que ocorre em outros países, não ocorre no Brasil a autonomização dos “usuários” em um movimento incômodo e combativo. No entanto, é geralmente com positividade que se fala desta aliança, vista como algo que legitima o movimento em sua heterogeneidade e abertura à “loucura”.

A transformação da luta antimanicomial em um movimento “misto” envolveu uma aliança peculiar, entre um movimento forte de profissionais e umas poucas associações incipientes, ainda bastante fragilizadas na sua atuação. As pessoas que carregavam a forte marca da loucura e da institucionalização de longo prazo agregaram-se a um movimento preexistente e já bastante organizado, em uma clara assimetria que vai marcar o processo brasileiro e se constituir futuramente em um problema importante para o movimento

antimanicomial.

É interessante trazer à tona certas dissidências, de forma a evidenciar que esta aliança, geralmente tomada de forma natural, na realidade encontra-se permeada por tensões e diferenças que nem sempre encontram visibilidade. Dar visibilidade a isto nos ajuda a compreender a relação de forças entre “usuários”, familiares e profissionais, algo que interessa a esta tese. Procuramos assim ir deslizando de uma perspectiva em que os “usuários” são ora uma categoria que se coloca com interesses idênticos aos dos profissionais (como uma espécie de anexo do movimento), ora são objetos de sua intervenção, para podermos pensar nos “usuários” como categoria também heterogênea, que comporta interesses diversos e muitas vezes distintos daqueles que são preponderantes no movimento.

Tomemos o marco inicial: o Congresso de Bauru. Membros da SOSINTRA, associação presente neste histórico encontro, afirmaram sentir, à época, que era um movimento verticalizado e dominado por profissionais (Souza, 1999). Marcus Vinícius de Oliveira da Silva (2003), psicólogo, professor da UFBA, militante da luta antimanicomial assassinado tragicamente em 2016, descreveu também o momento político do Congresso de Bauru:

Apesar da presença entre nós, naquele evento, de delegações de “pacientes” (...), a perspectiva de protagonização política que ele apontava estava mais centrada na figura de um movimento dos profissionais, com sua cultura política tradicional de esquerda, aberta a laços poéticos não elitistas, e ainda fortemente marcada por alguns traços corporativos e sindicais (...) o olhar predominante que podíamos dirigir aos nossos futuros “usuários”, naquele momento, se impregnava de uma certa leitura profissional (p.91-92).

Em 1993, no encontro de Salvador, o movimento da luta antimanicomial realizou a primeira plenária exclusiva de “usuários” e familiares. Passaram a se realizar encontros nacionais exclusivos para “usuários” e familiares dentro do movimento, e estes começam a se organizar paralelamente ao movimento, como uma “espécie de sub-quadro”(Silva, 2003, p.102). Ao lado disso, ponderava Marcus Vinícius, uma regra consensual foi se estabelecendo: de que o papel de trabalhadoras e trabalhadores no movimento seria meramente de assessorar “usuários” e familiares. No entanto, os limites desse assessoramento eram objeto frequente de discussão:

a tonalidade confusa e acusatória que se estabelece nesses momentos deixa sempre vir à tona uma série de elementos recalcados, de ressentimentos que dizem respeito às ambiguidades dessas identidades fragilmente constituídas, numa trama política que supervaloriza as representações e os reconhecimentos, que faz reivindicações de direitos, que denuncia contradições relativas à luta de classes, ao mesmo tempo em que agrega elementos de desinformação, de confusão política e, porque não dizer, de confusão mental (Silva, 2003, p.103).

O que seriam estes elementos recalcados, estes ressentimentos que Marcus Vinícius apontou? Estariam relacionados ao próprio silenciamento da diferença e da desigualdade de poder? O fato é que os ânimos se acirraram, e a disputa ganhou ares de racha no interior do movimento. Por um lado, “usuários” e familiares tornavam-se mais críticos, exigindo maior espaço dentro do movimento. Alguns reivindicavam estratégias de “discriminação positiva”, como maior peso nas votações, reserva de assentos em espaços decisórios, argumentando que, por constituírem o segmento politicamente mais frágil, mereceriam que suas necessidades fossem priorizadas dentro do movimento. Uma reivindicação legítima, mas que também podia servir de apoio a interesses pessoais que estavam em jogo, envolvendo a conquista de cargos em espaços de representação e os benefícios a eles associados.

Energia cada vez mais intensamente nos fóruns do movimento as disputas de poder “nas quais os técnicos são colocados como elementos perturbadores da liderança usuária, sendo, por isso, sistematicamente questionados” (Silva, 2003, p.107)). Ainda segundo Marcus Vinícius, a loucura era um complicador a mais em alguns momentos: a desconfiança entre os segmentos podia ser remetida à paranoia, ao delírio, seja como estratégia dos técnicos para rebater as acusações vividas como injustas, ou como efeitos reais das dificuldades psíquicas dos “usuários”. Ele afirma a necessidade de ser avaliada, em cada momento, a disponibilidade psíquica do sujeito para participar no movimento, pois alguns poderiam não estar suficientemente equilibrados para participar de espaços políticos como este movimento.

No V Encontro Nacional do Movimento da Luta Antimanicomial que ocorreu em 2001 em Miguel Pereira, Rio de Janeiro, houve a efetiva separação do movimento nacional em duas frentes distintas: a Renila (Rede Internúcleos da Luta Antimanicomial) e o MNLA (Movimento Nacional da Luta Antimanicomial). Discorrer sobre os motivos da divisão do movimento é algo difícil, pois ao mesmo tempo que há uma profusão de versões distintas, há também um paradoxal silêncio em torno do assunto, revelando talvez a dimensão de trauma que este racha adquiriu dentro do movimento. As fontes são unânimes em dizer que o estopim da separação teve a ver com graves agressões e discussões no Encontro, mas seus motivos são menos claros.

Há indícios de que um dos motivos da separação do movimento dizia respeito ao papel do “usuário” dentro do movimento. Paula Grunpeter (2008) entrevistou militantes do movimento antimanicomial em Pernambuco a respeito desta questão:

foi criando um jogo de usuário contra técnico. Paralelo a isso começou a haver encontros só de usuários. (...) E nesse encontro lá do Rio, a coisa já estava super acirrada: quem é contra usuário e quem é a favor do usuário (p.120).

Segundo Vasconcelos (2014), “um princípio sempre muito repetido dentro do movimento antimanicomial brasileiro é o de estímulo à participação mais ativa dos usuários e familiares. Entretanto, foram exatamente as divergências relativas a este tema que aca-

baram levando à divisão do movimento em 2001, entre o MNLA e a RENILA (Rede Internúcleos)” (p.3).

Milton Freire Pereira (2003), “usuário” e importante militante do movimento nacional, relata um dos ápices da tensão dentro do movimento:

No VI Encontro todos pareceram esquecer que um dos princípios do movimento de usuários é o de poder contar com aliados, sejam eles técnicos ou tutores de outros movimentos sociais. Simplesmente expulsaram os técnicos do auditório onde se realizava a plenária. Estava em disputa a representação de usuários e familiares para Comissão Nacional de Saúde Mental. Tenho certeza de que esse erro político causou ressentimentos e também mostrou que um movimento, antes tão desprezado em seu início, agora se tornava disputado pelo desejo de “participação e autonomia”(p. 81-82).

Ele se refere então ao VI Encontro Nacional das Entidades de Usuários e Familiares, realizado em 2000, na qual os técnicos foram expulsos da plenária, mesmo não tendo poder de voto, para não influenciar a eleição para representantes da Comissão (Martins, 2003). No ano seguinte, a tensão transferiu-se para o já referido encontro em Miguel Pereira, cuja plenária final transformou-se em uma verdadeira arena de combate. Segundo Ana Marta Lobosque, psiquiatra, militante e também presente naquele encontro, as questões polêmicas diziam respeito ao modo de funcionamento do movimento (formação da executiva nacional, escolha de delegados, espaçamento dos encontros). Relatou ela: “tudo que a política é capaz de mostrar em termos de paranoia e selvageria ali se manifestou” (p.22). Um enorme tumulto impediu a finalização da plenária, e uma boa parte das delegações se retirou em protesto. Estas viriam constituir, dois anos depois, a Rede Internúcleos (Renila) (Lobosque, 2003).

Para Vasconcelos (2004; 2014), o movimento da luta antimanicomial enfrenta atualmente um desafio de conciliar duas necessidades e objetivos muitas vezes contraditórios, que passaram a ser encarnados nas duas alas do movimento. A Renila teria priorizado ter uma liderança central mais organizada e politizada, com acesso a meios institucionais e recursos financeiros, capaz de efetuar a partir de cima a mobilização para lutar na sociedade e no aparelho de estado. Também teria mantido uma posição universalista de união entre os segmentos, a partir da leitura que a autonomização dos usuários e familiares implicaria um aumento das fragilidades frente à oposição, dispersão de recursos e maior isolamento político. Ao passo que o MNLA, afirma Vasconcelos, enveredou por uma outra trajetória, marcada por

um trabalho de base mais amplo, realizando as lutas de forma a respeitar as limitações de consciência política e de protagonismo de seus membros na base, mesmo que isso signifique diminuir a sua eficácia política nas lutas no aparelho do estado; oportunizar a gradual autonomização do movimento de usuários e

familiares, reconhecendo suas particularidades e defendendo uma postura de discriminação positiva dentro do movimento (Vasconcelos, 2014, s/p).

Em 2014 participei, como representante da Associação Construção, do X Encontro Nacional do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial e do XI Encontro Nacional de Usuários e Familiares do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, realizados em Niterói, Rio de Janeiro. Nossa delegação gaúcha chegou ao encontro já em um momento “quente”: a votação do regimento dos encontros. As tensões se intensificaram no momento de decidir como se daria a eleição da representação do MNLA na Comissão Intersetorial de Saúde Mental (CISM) do Conselho Nacional de Saúde.

Já estava definido que a representação deveria ser proveniente da categoria “usuário”, ao passo que o vice deveria ser um “familiar”. Isso já havia ficado decidido em encontros anteriores, e parecia consensual. Fazia parte da política de “discriminação positiva” que o MNLA havia adotado, e que diferenciava as duas alas do movimento. O que estava causando polêmica é que alguns “usuários” e familiares reivindicavam que apenas seus segmentos deveriam votar na escolha dos representantes. Uma outra parte da assembleia se posicionava contra, dizia que o direito ao voto deveria incluir profissionais e estudantes (que, por sinal, eram maioria no plenário). Discursos inflamados nos microfones argumentavam a favor de ambas posições. Um “usuário” era um dos mais proeminentes. Ele afirmava: “nós somos os protagonistas, vocês são apenas espectadores do circo de horror que é o nosso sofrimento!”. Apesar destes discursos, eventualmente a proposta do voto geral venceu.

O que esteve colocado ao longo de todo o encontro foi a questão de um maior protagonismo dos “usuários” e familiares dentro do MNLA. Ou seja, mesmo depois da divisão do movimento, esta questão continuava tensionando a corrente do movimento antimanicomial em que os “usuários” teriam ganho mais espaço e autonomia (o MNLA). Havia diversos “usuários” e familiares que tinham uma posição mais conciliadora, e que não defendiam a maior autonomização como prioridade. Ao mesmo tempo, havia “usuários” e familiares, especialmente do sudeste (Rio de Janeiro e São Paulo), que faziam enfrentamento às posições dos profissionais a respeito de diversos pontos, pautando o movimento em direções específicas.

Embora no Brasil prevaleça a ideia de uma tranquila união entre “usuários” e profissionais dentro do movimento da reforma psiquiátrica e da luta antimanicomial, a relação entre estas duas categorias ou segmentos não é necessariamente simples, dado que os interesses, as formas de atuação, as agendas nem sempre são idênticas ou mesmo semelhantes. A disparidade de poder é evidente, e eventualmente explode em uma busca por maior autonomização dos “usuários” e familiares, que reivindicam espaço em um movimento claramente dominado por profissionais. Questões identitárias se colocam dentro do movimento, à medida que as diferenças entre os segmentos ora se acirram ora se diluem. Assim, conforme nos aproximamos da questão, vamos percebendo que a resistência dos

“usuários” se faz sentir de forma política, no Brasil, embora seja frequentemente invisibilizada, e tenha que ser procurada em escassos relatos de militantes ou vivências pessoais. Isso não significa que haja uma tendência “separatista”, nem mesmo que esta deva ser fomentada em nome da autonomia dos “usuários”. Significa, sim, que estamos apenas começando a abrir um campo problemático que se mostra recheado de contradições.

...

Procuramos elaborar, neste capítulo, um contraste entre a experiência estrangeira do movimento de sobreviventes com o lugar do “usuário de saúde mental” no amplo campo da reforma psiquiátrica brasileira²¹.

Descobrimos, no movimento britânico de sobreviventes, possibilidades de atuação dos “usuários de saúde mental” que foram muito além daquilo que esperávamos ou imaginávamos. Um movimento no qual a experiência na relação com o poder psiquiátrico encontra expressão na primeira pessoa, sem a necessidade de intermediários. Enquanto os sobreviventes falam em nome próprio, no Brasil os “usuários” pouco aparecem na cena pública, a não ser na conjunção com um movimento no qual os profissionais têm dominância. Dentro do movimento antimanicomial essa aparentemente tranquila aliança entre “usuários, familiares e trabalhadores” revela dissidências internas que levam inclusive à divisão do movimento, quando hierarquias implícitas passam a ser problematizadas pelos próprios “usuários”.

A foto do cortejo de 18 de maio que reproduzimos (Foto 1) condensa muito do panorama que procuramos delinear até aqui, através de outras pesquisas e experiências. Vemos, na foto, os “usuários” contidos, mesmo tendo à frente palavras de ordem de liberdade. Dentro da atenção psicossocial, percebemos que estas dimensões se entrecruzam, e a “produção da cidadania e da autonomia do usuário” aparece como uma missão confiada às equipes, algo que elas precisam inventar como fazer em seus cotidianos. A falta de uma discussão mais aprofundada sobre concepções de cidadania e autonomia contribui para que esta missão engendre práticas díspares, muitas vezes conflitantes em seus sentidos éticos, em suas concepções de sujeito, em suas relações de poder. Pretende-se produzir esta cidadania e autonomia muitas vezes à revelia dos “usuários”, sem envolvê-los ativamente em seu cuidado, ou então ativando seu engajamento e empreendedorismo de forma instrumental, para atingir fins estabelecidos por critérios técnicos.

²¹Geralmente se fala da reforma psiquiátrica como um objeto único, quase sólido, quando na verdade se compõe de uma enorme heterogeneidade. Entendemos por reforma psiquiátrica tanto o movimento social que está na sua origem (o movimento de trabalhadores, que se transmuta em movimento antimanicomial mas que não se resume a ele, ou a suas organizações formais) quanto seus efeitos nas políticas públicas (a reorientação do cuidado em direção à atenção psicossocial, a instituição dos serviços da rede de atenção psicossocial). A reforma psiquiátrica é um campo absolutamente heterogêneo, composto por milhares de trabalhadores, “usuários” e familiares ligados à “saúde mental”, atravessado por diferentes propostas políticas e técnicas.

Esperamos que o contraste entre a experiência “primeira” que tivemos e a trajetória brasileira tenha permitido dar visibilidade a algumas questões que antes não se apresentavam de maneira tão clara. Certamente, comparações deste tipo têm seus riscos. O mais grave é o de idealizarmos aquilo que está distante, na comparação com o que está próximo e que por isso revela mais de suas contradições. A grama mais verde do vizinho pode ofuscar as especificidades do solo, do clima, da vegetação de nosso próprio quintal. Assumimos e nomeamos este risco quando falamos de uma experiência “primeira”, porque remetendo a um “primeiro mundo” que segue fascinando nossas mentes colonizadas. Essa experiência “primeira”, no entanto, faz-se necessária porque permite elaborar os primeiros contornos de nosso problema, e evidenciar o que está muitas vezes invisibilizado em nossa realidade local.

Mais recentemente, este panorama nacional tem sido problematizado por autores que, também influenciados por experiências “primeiras”, têm questionado os rumos da reforma psiquiátrica brasileira, especialmente no que toca às relações de poder entre profissionais e “usuários”. Fala-se cada vez mais em protagonismo, em autonomia, em “recovery”, em “ajuda mútua”, “suporte de pares”, em empoderamento dos “usuários”. Este discurso emergente, no qual nos situamos (ao menos inicialmente ou parcialmente), aponta as dimensões conflitivas que ficam invisibilizadas no cuidado em saúde mental, resgata a importância da experiência e do saber do “usuário”, critica a restrição da atenção a uma dimensão técnica e pouco politizada. Nesse sentido, as associações de saúde mental passam a ser recuperadas como espaços onde este protagonismo pode ser desenvolvido, estimulado, no sentido que possam ser entidades de organização e mobilização autônoma dos próprios “usuários”. Abordaremos algumas dessas questões no capítulo seguinte.

Capítulo 2

Histórias de associações: habitando os paradoxos da cidadania e da autonomia

*É indispensável dar ao
epiléptico, para mantê-lo
resignado, a ilusão de liberdade.*

Juliano Moreira, 1905

*Tentamos inventar outra clínica,
insólita, que produza efeitos de
subjetivação cidadã.*

Antônio Lancetti, 1997

Aqui no Brasil, não há praticamente organizações feitas só por “usuários”, ou mesmo um discurso específico que se apresente a partir deste lugar. Nossas mobilizações políticas se dão em organizações de trabalhadores ou em “associações de saúde mental”, as organizações típicas onde encontramos mais atuantes os “usuários” brasileiros.

Este tipo de associação se proliferou a partir do próprio movimento da reforma psiquiátrica e dos serviços de saúde mental, com objetivos e formas de atuação específicas, que consideramos importante acompanhar e descrever. Nosso argumento é que as associações de saúde mental funcionam, na maior parte das vezes, como os espaços onde se procura “produzir a cidadania e autonomia do usuário”. Elas podem até ser entendidas como o local onde esta *missão* adquire sua maior relevância – são, de certa forma, o espaço por excelência onde a cidadania e da autonomia devem ser “produzidas”.

Quando falamos de uma *associação*, em sua acepção cotidiana, geralmente pensamos em um pequeno grupo de cidadãos que se une para buscar um fim comum. O exemplo típico são as associações de moradores de um determinado bairro, que reivindicam junto a prefeituras ou câmara de vereadores melhorias para sua localidade.

Do ponto de vista legal (como estabelecido pelo Código Civil), qualquer grupo de pessoas que queira se organizar para qualquer fim “não econômico” poderá constituir uma associação, uma fundação, uma igreja ou um partido político. Destas quatro figuras jurídicas, a associação é aquela menos bem-definida e por isso mais amplamente utilizada. Assim, a maior parte das atividades “não-comerciais” da sociedade civil é realizada por associações.

Ganança (2006), que pesquisou as estatísticas das associações no Brasil, identificou que: 25% das associações dedicavam-se a atividades religiosas, 13% a atividades culturais ou recreativas e 8% eram organizações filantrópicas. Muitas destas associações são entidades de grande porte, como universidades, hospitais e caridades, que obtêm financiamentos e verbas a partir da terceirização de políticas públicas e sociais. No lado menos economicamente pujante do universo associativo, estão as associações de moradores (13%) e as ditas “associações de defesa de direitos de grupos e minorias” (2%) (Ganança, 2006).

Devido à amplitude da categoria associação, as pequenas associações têm muitas dificuldades em se manter no Brasil. Isso porque o formato de associação não é juridicamente pensado para dar suporte a pequenos grupos, devido à grande carga burocrática que pesa sobre estas entidades. Criar e manter uma associação é algo juridicamente complexo e nem sempre barato, o que privilegia grandes organizações que utilizam o formato de associação para escapar dos tributos aos quais estão submetidas as empresas e cooperativas (Ganança, 2006). Por aí já começam alguns dos problemas enfrentados pelas associações de saúde mental, em geral constituídas por pequenos grupos com poucos recursos e grandes expectativas.

O crescimento no número de associações em saúde mental se deu no país especialmente a partir dos anos 90 e 2000. Neste período, o Brasil experimenta também um aumento expressivo no número de associações de maneira geral, embora sejamos considerados um país com um baixo nível de associativismo. Este crescimento está ligado a diversos fatores, mas principalmente dois: primeiro, a criação dos conselhos de políticas públicas – milhares em todo país – que estimularam a formalização e a criação de novas entidades; segundo, a terceirização de políticas públicas através de OSCIPs e entidades filantrópicas diversas, geralmente formalizadas como “associações” (Ganança, 2006). É também o período no qual se estrutura o SUS, o controle social, a rede de serviços de saúde mental (especialmente CAPS) e os núcleos do movimento antimanicomial, políticas que direta ou indiretamente fomentam a constituição das associações de saúde mental.

As associações de saúde mental são criadas para responder a interesses diversos. Do ponto de vista do “usuário”, fazer parte de uma associação pode dar legitimidade em uma negociação com um coordenador de CAPS, secretário de saúde ou prefeito. Pode dar acesso a cadeiras de conselhos de saúde e de outras políticas setoriais. Pode ser uma plataforma para acessar atividades de lazer, promover festas, passeios, viagens, encontros. Pode ser algo que se torne necessário para formalizar certas atividades de geração de

renda.

As funções e objetivos compartilhados pelas associações envolvem principalmente a luta política de defesa de direitos e a inclusão social, através da geração de renda, da convivência comunitária, do lazer, do apoio mútuo. Elas estabelecem relações complexas com os serviços de saúde mental no qual muitas vezes têm origem, sendo criadas como “extensões” dos serviços, complementando as ações que por diversos motivos por eles não são desempenhadas.

Infelizmente, é difícil saber o que fazem as associações de saúde mental do Brasil, e também qual o papel dos “usuários” dentro delas. São ações locais pouco registradas, narradas, de pouca visibilidade. Revisaremos a seguir algumas pesquisas a respeito deste universo, no intuito de dar à leitora ou leitor uma ideia de como se organizam, o que fazem e quais os dilemas que enfrentam.

2.1 Sobre fazeres associados

Um dos pesquisadores brasileiros que tem se ocupado deste assunto é Eduardo Vasconcelos. Em sua perspectiva de empoderamento dos “usuários”, as associações ocupam lugar determinante. Ele traçou um perfil de suas formas de organização e ações, através de dados levantados por um questionário enviado a 107 associações de saúde mental no Brasil (Vasconcelos, 2007, 2008, 2009).

Vasconcelos (2007) identificou seis tipos de associações de saúde mental: 1) os grupos de 12 passos (da tradição dos Alcoólicos Anônimos); 2) os Centros de Valorização da Vida (CVVs); 3) os núcleos do movimento antimanicomial; 4) as ONGs (entidades mais profissionalizadas, prestadoras de serviços) e as associações de “usuários, familiares e ‘amigos’”, ou associações “mistas”, 5) vinculadas ou 6) não vinculadas a serviços de saúde mental. Dentre todas estas, o tipo mais comum são as associações mistas vinculadas a serviços de saúde mental (5). De maneira geral, o “perfil típico” da associação de saúde mental identificado por Vasconcelos é:

uma associação mista, composta por “usuários”, familiares, e técnicos, fundada depois de 1992, criada a partir de e ligada a um CAPS, com um funcionamento central baseado em plantão ou atendimento regular por técnico do CAPS e membro da associação, com uma reunião quinzenal ou mensal, cobrando uma contribuição financeira quase simbólica (2 a 5 reais), apoiando a reforma psiquiátrica, expressando sua missão em termos da defesa dos direitos do usuário e familiar, e desenvolvendo pelo menos alguma oficina, projeto ou atividade de trabalho e geração de renda (Vasconcelos, 2009, s/p).

Algumas associações têm como papel principal a *luta política*, geralmente em defesa da reforma psiquiátrica, da luta antimanicomial e dos direitos dos “usuários”. Um bom

exemplo é a SOSINTRA (Sociedade de Serviços Gerais para a Integração pelo Trabalho), que foi a primeira associação de saúde mental fundada no Brasil, em 1979 no Rio de Janeiro. Ela configurou-se primeiramente como uma associação de familiares, e passou a incluir “usuários” apenas no final dos anos 80. Sua proposta inicial era de apoio mútuo entre familiares, voltada para o objetivo de aglutiná-los e envolvê-los no tratamento, nos moldes das terapias de família ou grupos de auto-ajuda (Amarante, 1995). Apesar de suas restritas ambições iniciais, a SOSINTRA tornou-se a primeira associação que assumiu e militou pela causa da reforma psiquiátrica e da luta antimanicomial no Brasil²².

Para essa mudança, segundo Amarante (1995), foi fundamental a criação do SUS como um sistema efetivado através da participação popular. A partir dessa abertura, a SOSINTRA tomou assento em instâncias de controle social, e passou a promover debates regulares com familiares, técnicos, pacientes e com a comunidade em geral. Segundo Vasconcelos (2008), “seus associados familiares, bem como a única usuária associada na época, Graça Fernandes, estavam entre as raras lideranças no país a assumirem uma identidade aberta e uma militância explícita no campo da saúde mental em escala nacional, ainda nos anos 1980” (p.109). Graça Fernandes foi a primeira “usuária” de serviços de saúde mental a participar como delegada de uma conferência nacional, na I Conferência Nacional de Saúde Mental, representando a SOSINTRA (Pereira, 2003).

Outra entidade pioneira e importante na militância política e luta antimanicomial foi a Associação dos Parentes e Amigos da Colônia Juliano Moreira (APACOJUM), do Rio de Janeiro, criada por familiares de internos da colônia em 1992. A primeira e também atual²³ presidente da APACOJUM foi Iracema Polidoro²⁴. A partir de 1993 ela engajou-se na militância do movimento antimanicomial, da qual viria a tornar-se uma das líderes mais proeminentes (Souza, 1999).

A APACOJUM teve um papel importante em reivindicações junto à Colônia e à prefeitura municipal. Através de articulação política e pressão sobre membros do legislativo

²²A SOSINTRA teve papel importante na defesa do PL 3.657/89, proposto pelo deputado Paulo Delgado (PT-MG), que viria a tornar-se mais tarde a Lei 10.216, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica. Ela foi uma das protagonistas de uma verdadeira guerra. O maior opositor ao projeto foi a Federação Brasileira de Hospitais (FBH), que mobilizou familiares de pacientes de clínicas psiquiátricas particulares do Rio de Janeiro. Alertados pelas equipes das clínicas a respeito dos “perigos” da nova lei, uniram-se pelo medo da desassistência e do fechamento destes espaços, posicionando-se contra o projeto. Estes familiares, com apoio da FBH, criaram a Associação de Familiares de Doentes Mentais (AFDM) com o objetivo declarado de combater o PL Paulo Delgado. A primeira AFDM foi fundada no Rio de Janeiro em 1991, mas espalhou-se em outras cidades do Brasil, tornando-se uma associação nacional abertamente contra o movimento antimanicomial. A SOSINTRA, como entidade que agregava familiares e alguns “usuários”, contrapôs a AFDM nesta disputa, fazendo a defesa da proposta da reforma psiquiátrica (Amarante, 1995, 1997; Vianna et al., 2006; Diaz, 2008).

²³Informação de 2014.

²⁴Em meados dos anos 70, Iracema recebeu um telefonema da Colônia informando que uma tia, que a família dava por morta, estava lá internada. O marido dessa tia a havia abandonado no hospital, dizendo à família que ela havia falecido. Iracema começou a ocupar-se de seu cuidado, frequentando o hospital, e se sensibilizou ao conhecer a dureza do universo manicomial, tão insuspeitado quanto a existência da tia. Levava bolos e doces à parente e aos demais internos do hospital.

e executivo, obtiveram o passe livre municipal e uma bolsa municipal de incentivo à desospitalização, assim como melhorias para a própria associação e moradores da Colônia (obtenção de verbas e insumos para passeios, etc.). A partir de 1999 a APACOJUM estabeleceu um convênio com o município para gerenciar financeiramente alguns residenciais terapêuticos (Diaz, 2008).

Outro exemplo de associação voltada principalmente para a luta por direitos é a ASUSAM (Associação dos Usuários de Serviços de Saúde Mental de Minas Gerais), uma das poucas associações brasileiras cuja diretoria é composta exclusivamente por “usuários”. Fundada em 1994, a entidade tem como ponto de apoio o Fórum Mineiro de Saúde Mental, que é uma entidade bastante forte, na defesa da luta antimanicomial em Minas Gerais. Assim como o Fórum Mineiro, é uma entidade filiada à Renila (Rede Internúcleos da Luta Antimanicomial). Fazem parte do controle social (Conselho Municipal de Saúde, Comissão da Reforma Psiquiátrica do CMS, Conferências de Saúde Mental), e através destes canais de participação colaboram na fiscalização dos serviços, realizando por exemplo vistorias em hospitais psiquiátricos. Também costumam fazer assembleias e reuniões itinerantes nos serviços substitutivos de BH e interior. Fazem palestras sobre os direitos e deveres das pessoas portadoras de sofrimento mental. Realizam também algumas atividades de apoio mútuo, como “visitas de solidariedade”. Em 2005, realizaram um protesto no Congresso Brasileiro de Psiquiatria, contra o uso de eletrochoques, psicocirurgia e uso abusivo de medicamento (Ferreira et al., 2008).

Há uma outra associação com o nome parecido, a ASUSAM de Recife, cuja trajetória foi narrada por Paula Grunpeter (2008). Ela foi criada em 1993, a partir do Hospital-Dia Espaço Azul (hoje CAPS), e foi constituída por “usuários” e familiares, com apoio dos técnicos, os quais não tinham direito a voto ou a participar da diretoria. A proposta era que os profissionais fossem apenas consultores, com a tarefa de auxiliar em contatos, articulações, apoiar a formalização da entidade e a elaboração do estatuto.

As principais reivindicações da ASUSAM envolviam o passe livre no transporte e o acesso à medicação. No entanto, em determinado momento a Associação paralisou suas atividades, supostamente devido a dificuldades dos “usuários” em sustentar a associação devido a recorrentes crises, gerando alta rotatividade entre os membros. Mais tarde, em Recife alguns destes militantes formaram o Núcleo de Luta Antimanicomial em Pernambuco, no qual os “usuários” chegaram a ter um protagonismo importante, que se esvaziou por diversos motivos. Um deles foi o assassinato de um usuário dentro de um CAPS. Os técnicos não problematizaram o assassinato do usuário, talvez por medo de que isso fragilizasse a luta antimanicomial, expondo os problemas que ocorriam dentro dos serviços substitutivos que eles tanto tentavam defender. Os questionamentos dos “usuários” foram minimizados, e estes acabaram se retirando gradualmente do espaço. A autora também encontrou outros motivos para a falta de participação dos “usuários”, como a vergonha, a dificuldade de falar de igual para igual com os técnicos, a sensação de não ser ouvido,

de não compreender a linguagem. Um usuário apontou que os técnicos, ao mesmo tempo que estimulavam a participação do usuário, não davam atenção para aquilo que eles falavam. Os horários das reuniões (noturnas) também favoreciam os profissionais e não os “usuários”. Estes demonstraram descontentamento com a falta de efeitos práticos do movimento – fazem-se muitas reuniões, organizam-se manifestações a favor da reforma, no 18 de maio, mas não se avança no fechamento de hospitais, por exemplo (Grunpeter, 2008).

De maneira geral, as associações de perfil mais político costumam atuar no controle social, ocupando cadeiras nos conselhos e conferências de saúde como representantes do segmento “usuário”. Neste papel, desempenham ações de fiscalização bastante importantes para garantir a responsividade dos agentes públicos em relação aos interesses dos associados. Também tendem a reivindicar a criação de direitos sociais especiais para os “usuários”, como o passe livre no transporte público. Estes direitos inserem-se em uma proposta de discriminação positiva que são importantes para minimizar os efeitos da desigualdade social que incide fortemente sobre os “usuários de saúde mental”, já que estes geralmente não têm uma inserção fácil no mercado de trabalho capitalista, competitivo e centrado no desempenho. Por outro lado, estas políticas também têm efeitos de aprisionar os “usuários” em uma categoria que carrega a marca da incapacidade e da deficiência. Essas associações também se inserem diretamente no movimento da luta antimanicomial, atravessadas por tensões entre “usuários” e profissionais muito parecidas àquelas que mapeamos anteriormente.

Outra função das associações de saúde mental é a chamada *inclusão social*, especialmente a inclusão produtiva pela geração de renda e trabalho. É importante apontar que a figura jurídica ideal para as iniciativas de geração de renda é a cooperativa, mas a maioria das iniciativas na área de saúde mental opta pelo formato da associação. Isso porque as cooperativas não apenas pagam impostos bem mais altos do que as associações, impedindo muitas vezes a estruturação de grupos com baixo capital, mas também configuram um vínculo trabalhista, o que as torna atualmente incompatíveis com o recebimento de benefícios assistenciais e previdenciários, muitas vezes a única fonte de renda dos “usuários de saúde mental”. As associações, no entanto, embora possam exercer atividades comerciais e contratar funcionários, são legalmente impedidas de distribuir lucro entre os seus associados. Assim, a maioria das associações que se dedica à geração de renda acaba atuando na informalidade.

Efetivamente, a geração de renda nas associações de saúde mental na maioria das vezes é ínfima. A Repart – Associação de Usuários e Familiares Recuperação para o Trabalho, por exemplo, foi criada em 1993 em Joinville-SC com a proposta ser um espaço de trabalho e geração de renda para os “usuários” de saúde mental da cidade. A principal atividade desenvolvida pela associação era a montagem dos chamados “chicotinhos”, peças eletrônicas que fazem parte da engrenagem elétrica de motocicletas. Eles confeccionavam também mosaicos, tapetes com retalhos de tecido e tinham atividades de alfabetização. A

remuneração era considerada “simbólica”, variando entre 1 a 10 reais por mês, conforme os dias trabalhados (Andrade, 2012).

A Enlourescer, de Blumenau-SC desenvolve um trabalho de economia solidária que é considerado destaque nacional, apoiado pela Incubadora Tecnológica de Cooperativas Populares da FURB. No entanto, também gera uma renda ainda muito pequena para os usuários:

o dinheiro que entra é muito pouco, deveria ser mais para que eu pudesse ajudar mais em casa. Às vezes durante o mês todo a gente ganha R\$30,00 que não dá nem para pagar a água. Eu sei que é só um complemento da nossa renda, mas deveria ser mais (Associado da Enlourescer, citado por Silva, 2010, p.34).

Segundo a própria autora (Silva, 2010), “a geração de trabalho e renda não visa o lucro e sim a união, a força, a solidariedade, o bem-estar dos associados, valorizando e respeitando a vida, ou seja, o ser humano”(p.19). Quando conversei pessoalmente com os membros da Enlourescer e da ITCP/FURB, também se evidenciou para mim este discurso de que muito mais importante do que o dinheiro são os efeitos terapêuticos do trabalho e a inclusão social que proporciona.

Vemos aí diversos atravessamentos. Há o legado do trabalho terapêutico. Mente vazia, oficina do diabo – o ditado que é frequentemente citado para falar da necessidade de “se ocupar” para não adoecer. Há a visão do trabalho (e não necessariamente da remuneração pelo trabalho) como fonte de reconhecimento, de integração social, de autoestima. No Brasil e em muitos lugares do mundo, é bem melhor ser um trabalhador que ganha pouco ou quase nada, do que ser vagabundo ou desempregado. Há também leituras que priorizam a criação de espaços de trocas grupais, de trabalho criativo, como práticas com efeitos terapêuticos e de reabilitação psicossocial. Nesse sentido, abandona-se o dinheiro como objetivo último do trabalho para focar-se na produção de saúde, objetivo primeiro. A renda é relegada pois sabe-se o que é preciso sacrificar em nome dela. Adaptar o empreendimento às exigências do mercado pode significar, na maioria das vezes, sobretrabalho, padronização, hierarquização – justamente o que se quer combater com um trabalho mais horizontal e solidário. Em meio a tudo isso, há as necessidades prementes da vida e a inquietação dos “usuários”, que nem sempre se conformam com as aspirações de geração de renda mais modesta.

É preciso assinalar que existem associações que atingem seus objetivos de gerar renda a partir da economia solidária, como a Suricato, de Belo Horizonte. Com quatro núcleos de produção (marcenaria, mosaico, costura e culinária) e uma equipe de vendas, a Suricato tornou-se um empreendimento solidário bem-sucedido, expondo seus produtos em uma loja própria no coração de Belo Horizonte. Os “usuários” participam ativamente de todo o processo de criação dos produtos, confecção e comercialização. A Suricato, no entanto,

conta com um forte aparato institucional provido pela Prefeitura de Belo Horizonte, que contrata profissionais, paga aluguéis, compra materiais. A maioria dos empreendimentos solidários não conta com este tipo de suporte. Como resultado, têm uma baixa capacidade de produção e investimento. Por este motivo, o artesanato (geralmente confeccionado a partir de materiais reciclados ou de baixíssimo custo) é o nicho em que se inserem a grande maioria das iniciativas de economia solidária, ao menos na área de saúde mental.

Entre dependência e autonomia

Eduardo Vasconcelos (2007) analisa que, na maioria das associações brasileiras, principalmente daquelas constituídas a partir de serviços da rede, há uma excessiva dependência em relação aos serviços e aos profissionais. Essa dependência pode ser uma fase transitória do processo de constituição da associação. Nesses casos, a associação pode conseguir adquirir uma independência posterior. Em outras situações, no entanto, este perfil de dependência dos profissionais se prolonga, o que pode ocorrer até mesmo devido a um “viés paternalista, clientelista, assistencialista, ou mesmo centralizador, autoritário” (p.198) por parte dos envolvidos.

Letícia Lucas (2007) investigou o cotidiano de uma associação em Mogi das Cruzes. A associação utilizava um espaço cedido dentro de um ambulatório de saúde mental. A pesquisadora observou que era difícil para os “usuários” se organizarem de forma mais autônoma. Eles necessitavam do apoio dos “técnicos” para realizar a maior parte das ações da associação, algo que ela considerava natural devido a estes serem um grupo “mais organizado social e politicamente” (p.109). No entanto, ela também observou que as ações dos profissionais repetidas vezes reforçavam a dependência e a passividade dos “usuários”. Um exemplo: a associação confeccionava alimentos para vender, mas a cozinha só funcionava quando havia um “responsável”, que deveria ser um técnico do ambulatório. Outro exemplo: para fazer parte da associação, o usuário precisava ser encaminhado por um técnico, fato que só ocorria se a equipe julgasse que havia um “histórico de participação em grupos” (p.59). No caso da associação de Mogi das Cruzes, ela operava como um “braço” do ambulatório, um espaço anexo, gerido pela equipe. A associação é aqui pensada como uma extensão do processo terapêutico, local para se emancipar sujeitos, incluí-los na sociedade através da “vivência de um ambiente de trabalho” ou da defesa de direitos no Conselho de Saúde, por exemplo.

Embora os “usuários” da associação de Mogi das Cruzes relatassem gostar da associação, por ser um lugar para passar o dia, exercer atividades, sentir-se útil, a pesquisadora também relata frequentes conflitos com a equipe em relação ao uso do espaço e às regras instituídas. Ou seja, se há por um lado uma reprodução do lugar de dependência e passividade dos “usuários” em relação aos “técnicos”, há também processos de resistência.

A Enlourecer, de Blumenau, teve um início semelhante à associação de Mogi das Cruzes. No início da associação, apenas os profissionais podiam participar de sua orga-

nização. Ela era uma associação totalmente gerida por técnicos do CAPS, “em prol dos usuários”. De forma coerente com sua concepção assistencialista, ela chamava-se então de “Afague-me”.

Em determinado momento, alguns profissionais e “usuários” do serviço passaram a reivindicar uma alteração no estatuto, de forma que qualquer pessoa interessada pudesse se associar e participar da associação. Na mesma alteração, realizada em 2005, mudou-se o nome da associação para Enlourescer. O CAPS continuou envolvido com a associação, fornecendo alimentação, vale transporte, material de limpeza, e cedendo uma trabalhadora (assistente social) para assessorar o grupo em suas reuniões. No entanto, a associação firmou parceria com outras instituições, como o Sindicato dos Bancários e o Sindicato dos Têxteis para utilizar seus respectivos espaços para reuniões e trabalhos, dispensando o espaço do CAPS. Passaram a ser incubados pela Incubadora Tecnológica de Cooperativas Populares (ITCP) da FURB e têm parceria com uma empresa de contabilidade (Silva, 2010).

Essa narrativa apresentada pela Enlourescer sobre sua constituição torna-a quase uma entidade emblemática da “dependência transitória” apontado por Vasconcelos. A trajetória da associação foi modificada por um pequeno levante, que recusou uma forma de trabalho abertamente assistencialista, e levou-a a outros rumos. Na ocasião em que pude conhecer a Enlourescer, havia uma presença massiva e engajada de “usuários” e ex-usuários participantes da associação. Vários deles demonstravam ter posicionamentos muito firmes. Presenciei, por exemplo, um debate acalorado com o gestor municipal a respeito da ausência de passe livre no município. Mas é errôneo afirmar que a Enlourescer é uma entidade liderada por “usuários”. A atuação profissional tem um peso bastante importante no direcionamento do trabalho da Enlourescer – tanto através da FURB quanto através do CAPS e da prefeitura. Ou seja, podemos entender que a associação superou seu passado assistencialista e sua dependência completa do CAPS para compor outros tipos de relações de força, no qual os “usuários” têm um papel mais ativo, mas na qual os profissionais seguem sendo centrais.

A Associação de Usuários, Familiares e Militantes da Saúde Mental de Alegrete-RS (AUFMSMA), investigada por Diogo Costa (2011), também foi criada a partir de um CAPS. Suas principais ações estavam associadas ao funcionamento do CAPS: a associação sugeria melhorias no serviço a partir da perspectiva dos usuários; averiguava junto à prefeitura os insumos necessários para funcionamento do serviço, reclamando quando houvesse falta de determinado medicamento ou equipamento; também recebiam reclamações dos “usuários” e buscavam sua resolução junto à equipe. A associação exercia, aparentemente, uma função de reivindicação junto ao CAPS, demonstrando uma certa capacidade crítica em relação ao mesmo, embora dependessem do espaço do CAPS para suas atividades.

Apesar deste caráter ativo da associação e responsivo às demandas dos “usuários”, o

pesquisador identificou que a coordenadora da associação à época (uma trabalhadora do CAPS) assumia, nas reuniões, um papel ambivalente: ao mesmo tempo em que tentava incentivar que os “usuários” dessem sua opinião sobre os assuntos, também monopolizava as discussões e dava a palavra final nas decisões. Suas atitudes pouco democráticas na gestão da associação não combinavam com seu discurso, no qual sempre enfatizava a importância da participação dos “usuários”. Ele também observou o mesmo tipo de paradoxo nas assembleias do CAPS em questão – elas eram afirmadas, por trabalhadores e gestores, como espaços importantes de participação, mas sua função era reduzida a “escutar a demanda” dos “usuários” ou “saber o que acham das decisões tomadas pelos gestores” (Costa, 2011, p.89). Ou seja, a assembleia não tinha nenhuma função realmente deliberativa, sendo usada apenas para informar ou ratificar as decisões tomadas por profissionais e gestores.

Dinâmica semelhante foi encontrada por Moura (2013) em uma associação de Florianópolis. Sua sede fica na garagem do CAPS, onde funciona um brechó e uma venda de cafés e lanches. A diretoria da associação era composta apenas por “usuários”, mas profissionais do CAPS e psicólogos voluntários de um instituto participavam das reuniões. A presidenta da associação, em sua posse, fez um discurso forte, exigindo o cumprimento de reivindicações dos “usuários” como a implementação de outros serviços de saúde mental na cidade e do passe livre de ônibus. No entanto, os “usuários” relatavam se sentirem perdidos quando não havia nenhum técnico presente. Falavam abertamente sobre sua incapacidade em tocar sozinhos a entidade.

Percebe-se que, nestes relatos de assimetria e dependência de “usuários” em relação aos técnicos ou serviços, adquire relevância tanto a questão material (a dependência da estrutura física dos serviços, de seus insumos, equipamentos) quanto o exercício do poder. Isso fica mais explícito em casos extremos, como associações em que os “usuários” são abertamente impedidos de participar ou de contribuir com o desenvolvimento da mesma. Outras vezes, contudo, essa relação é marcada por questões de saber/poder mais complexas, como quando os “usuários” se declaram perdidos na ausência de qualquer profissional de saúde. Fica pairando a questão: como se produz maior autonomia nestes casos? São formas paradoxais de exercer a cidadania e a autonomia, pois, ao mesmo tempo em que o discurso cada vez mais afirma o protagonismo dos “usuários”, reproduzem-se relações marcadas pela dependência.

Os exemplos citados contrastam com as histórias do movimento de “sobreviventes”, no qual as entidades são frequentemente organizadas por pessoas com problemas de saúde mental. Nestas entidades, o saber adquirido na experiência baliza as ações desenvolvidas. Atualmente, o desenvolvimento do próprio movimento faz com que os “usuários” tenham diferentes oportunidades de formação e capacitação para atuar nas mais diversas frentes, uma formação que combina conhecimento técnico com o conhecimento experiencial. Não se trata apenas da emergência de um saber natural, mas de sua própria construção em espaços coletivos.

No Brasil, são raras as associações onde se observa que os “usuários” tenham oportunidade para desenvolver um saber específico. Um caso à parte podemos encontrar na Associação José Martins de Araújo Júnior e sua “filial”, a Associação De Volta Para Casa, ambas de Santo André – SP. A associação nasceu no bojo dos movimentos sociais dos anos 80 do Grande ABC, que lutavam pela redemocratização do país, pela reforma sanitária e pela reforma psiquiátrica. Foi formalizada em 1992, criada por “usuários”, familiares e trabalhadores da Saúde Mental. Em 1998 a associação conquistou um terreno junto à prefeitura e iniciou trabalho de alfabetização de adultos e geração de renda com um galpão de reciclagem. Participavam ativamente de diversos conselhos municipais, do orçamento participativo, reivindicando verbas para serviços de saúde mental. A associação inicialmente foi presidida por um familiar, mas ao longo do tempo foi tendo maior inserção de “usuários”, que vieram a ocupar cargos de diretoria (Henna et al., 2008; Henna, 2006). Em 2002, a prefeitura propôs-lhes um convênio segundo o qual a associação administraria, em cogestão, os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs).

Diante desta proposta, criaram uma “filial”, a entidade “De Volta Para Casa”, para que a Associação José Martins de Araújo Júnior não perdesse o caráter de “movimento social” (Henna, 2006, p. 23). Com o passar dos anos, a De Volta Para Casa tornou-se uma verdadeira administradora da Saúde Mental no município. A associação ficou responsável pela contratação dos profissionais, e os “usuários” membros da associação e da diretoria eram ativos no direcionamento de como deveriam ser os serviços. Uma dessas “usuárias” que fez parte da diretoria foi Dirce Cordeiro, que faz em seu trabalho de conclusão de especialização em Saúde Mental um relato muito singular de suas andanças como “usuária” e gestora (Cordeiro, 2014). Pode-se afirmar que o convênio proposto pela prefeitura de Santo André teve o efeito inédito no Brasil de colocar alguns “usuários”, mesmo que indiretamente, no controle da gestão da saúde mental.

Também ressaltamos a Associação Florescendo a Vida de Familiares, Amigos e Usuários dos Serviços de Saúde Mental de Campinas (AFLORE) como uma associação em que as relações de saber/poder entre técnicos e “usuários” adquire contornos não-usuais para o cenário brasileiro. A entidade mista, criada em 2005, participa do controle social na cidade de Campinas e do Fórum Paulista da Luta Antimanicomial. Tem também envolvimento com atividades de educação popular em saúde. Desde 2009 tem parceria com a ARUCI Brasil/ Canadá – Aliança de Pesquisa entre Universidade e Comunidade para criação do Guia da Gestão Autônoma da Medicação (GAM) e o Guia do Usuário de Saúde Mental (GUSM). Segundo o site da ARUCI²⁵, o GUSM é um projeto da própria AFLORE, e consiste na elaboração e desenvolvimento de um guia para auxiliar e orientar “usuários de serviços de saúde mental” de Campinas a compreender melhor seu tratamento e o funcionamento do serviço onde estão inseridos. O guia construído utiliza músicas, poemas, perguntas e pequenos textos como disparadores de conversas sobre a esperança, a reforma

²⁵www.aruci-smc.org/pt/projetos/as-praticas-cidadas-eixo-3/user-guide-for-mental-health-gusm/

psiquiátrica, o funcionamento do CAPS, o projeto terapêutico, a internação, seus direitos, o controle social e a autonomia. É escrito em uma linguagem acessível, não técnica, e apresenta uma sensibilidade às principais questões enfrentadas pelos “usuários” na vida cotidiana.

Entre as associações de saúde mental brasileiras, verificamos que há questões recorrentes, que apontam para alguns dos paradoxos que estamos procurando identificar. As associações desempenham um papel importante no campo da saúde mental no Brasil. Muitas são bastante atuantes na frente da luta por direitos, com um poder de reivindicação. Exercem o controle social, participando de conselhos, conferências, de forma a garantir que as políticas de saúde mental sejam responsivas às necessidades dos “usuários”. Também têm um papel importante, muitas vezes, na ampliação destes direitos, especialmente de direitos sociais especiais como o direito ao passe livre ou a benefícios específicos. As associações brasileiras também costumam atuar no âmbito da inclusão social, geralmente através da geração de renda através da economia solidária. No entanto, estas iniciativas esbarram em dificuldades estruturais, poucas vezes indo além da geração de uma renda “simbólica” e da mera ocupação. Preocupa também a dependência de grande parte das entidades em relação aos serviços de saúde mental, que frequentemente estão na origem de sua constituição. As associações parecem, em muitos casos, exercer um papel complementar aos serviços, tomando para si especificidades da missão de “produzir a cidadania e a autonomia do usuário”. Em casos mais extremos, encontramos entidades em que a dominância profissional é evidente. Como contrapondo, há alguns exemplos de entidades em que a experiência singular dos “usuários” em sua vida cotidiana aparece como orientadora das ações das associações.

2.2 A construção de uma associação

O início do doutorado coincidia com a minha volta ao Brasil, e com a minha recente descoberta dos movimentos de “usuários” em terras estrangeiras. As questões que se colocavam para mim neste retorno se fundavam em minha trajetória no SUS, no controle social, mas estavam mais ousadas, no sentido que parecia ser possível ir muito mais longe. Me perguntava: o que se passava no Brasil para que não houvesse um movimento próprio dos “usuários”? Por que os “usuários” brasileiros tinham menos autonomia em sua organização, na forma de se colocar politicamente, de questionar as relações de poder que os oprimiam? Não estaríamos nós, profissionais, tutelando excessivamente os “usuários” nos serviços de saúde mental, associações, conferências, conselhos, assembleias? Haveria outras formas de relação que possibilitassem uma transformação?

Colocava-se a questão de como pesquisar este tema tão fugidio e elusivo, raramente problematizado pela reforma psiquiátrica. Havia algumas metodologias tradicionalmente utilizadas para investigá-lo. Entrevistar “usuários”, familiares ou cuidadores para pergun-

tar o quanto se consideram autônomos ou cidadãos; investigar suas representações sociais sobre o tema; preencher uma escala de autonomia, de cidadania ou de empoderamento, verificando se cozinham sua própria comida ou se decidem o que vão fazer no final de semana; investigar se têm seus direitos respeitados, ou se participam de conselhos, associações ou movimentos sociais.

Todas estas opções implicavam tomar cidadania e autonomia a partir de instantes fixos. Fazer delas pequenas “fotografias”, cristalizando seus movimentos. No entanto, suspeitávamos que, para explorar as complexidades da questão, era preciso pesquisar de forma a acompanhá-las em processos. Era preciso um mergulho na experiência, e pesquisar de maneira intensiva.

Minha proposta de pesquisa, no entanto, estava indefinida. Queria investigar as questões relacionadas a essa ação autônoma e cidadã dos “usuários”, compreender seus limites e possibilidades. Passeavam também pelos meus textos conceitos como de empoderamento, protagonismo, participação, emancipação. Não sabia ainda que metodologia usaria, e o problema estava definido em termos bastante vagos, como é comum no início do percurso. Resolvi fazer uma aproximação com o campo empírico, de forma exploratória. Ainda sem intenção de “coletar dados”, tencionava mapear algumas das linhas do problema a partir da realidade local, da qual me sentia ainda um pouco afastada.

Era preciso escolher um ponto para iniciar esta aproximação. Procurava descobrir onde era possível, na cidade de Porto Alegre à qual eu retornava, encontrar “usuários de saúde mental” que pudessem estar desenvolvendo sua autonomia, sua cidadania.

Minha primeira ideia foi me aproximar das associações de saúde mental. Em 2013, a única associação registrada vinculada ao campo da saúde mental em Porto Alegre era a AGAFAPE, Associação Gaúcha de Familiares de Pacientes Esquizofrênicos. Pelo que eu conhecia da entidade, ela era liderada por pais e familiares, e não se apresentava como um espaço interessante para acompanhar os processos de autonomização dos próprios “usuários”.

Comecei a participar dos espaços do controle social dedicados à saúde mental: as Comissões de Saúde Mental vinculadas aos Conselhos Estadual e Municipal de Saúde. Também observei algumas plenárias dos conselhos. Em nenhum dos espaços encontrei “usuários de serviços de saúde mental” participando. Sempre profissionais da rede protagonizavam as discussões, seja como representantes de conselhos profissionais, de serviços de saúde ou como gestores. Os “usuários” do SUS se faziam representar, mas não havia ninguém que trouxesse a experiência em serviços de saúde mental, ou que representasse os interesses de campo.

Procurei também o Fórum Gaúcho de Saúde Mental, entidade que historicamente representou o movimento antimanicomial no estado. Infelizmente, descobri que o Fórum estava na época bastante desarticulado. Havia um único representante dos “usuários” que participava das reuniões. Na realidade, o Fórum havia se reduzido a um pequeno número

de militantes que se reuniam esporadicamente, e não demonstrava abertura para novos participantes ou mesmo observadores.

Não havia à época, em Porto Alegre, uma efervescência aparente em relação à atuação dos “usuários de saúde mental” nos espaços políticos da cidade. Resolvi então me voltar para os serviços de saúde mental.

Automaticamente, pensei na GerAção POA – Oficina Saúde e Trabalho como um espaço interessante para a aproximação que eu buscava. Localizado em um pequeno prédio de dois andares em uma região nobre de Porto Alegre, este serviço se destina a promover a inclusão social e produtiva de pessoas que, por um motivo ou outro, adoeceram. Situa-se entre as políticas de saúde mental e saúde do trabalhador, com uma proposta de inclusão social a partir do trabalho e renda. Embora também atenda pessoas com doenças laborais, o grande público da GerAção POA são os “usuários de saúde mental”, pessoas com diversos tipos de “transtornos mentais” encaminhados por Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Unidades Básicas de Saúde, hospitais, ambulatórios ou consultórios particulares. Destaca-se por ser um serviço da rede porto-alegrense onde a reabilitação se descola da terapêutica tradicional. A ênfase do seu trabalho estava justamente em fortalecer o sujeito em sua capacidade produtiva; apoiá-lo na retomada do controle sobre a própria vida, estando inserido na relação com a cidade. Em outras palavras, reabilitar o usuário de forma a garantir sua cidadania, seus direitos, reinseri-lo na sociedade, fomentar sua autonomia, seu protagonismo.

Busquei a GerAção POA em 2013. Apresentei-me à equipe como uma doutoranda sem um projeto de pesquisa determinado: queria apenas me familiarizar novamente com o tema, para depois definir o que seria meu projeto. Comecei a participar informalmente das oficinas, reuniões, conversas de cafezinho. Prestava atenção a tudo, procurando algo que me indicasse um caminho de pesquisa a seguir.

Após alguns meses, as trabalhadoras do serviço me propuseram que eu apoiasse a retomada de um projeto antigo: constituir uma associação de saúde mental.

A proposta de constituir uma associação se confunde com o próprio surgimento do serviço, em 1997, e diz respeito ao terreno híbrido entre saúde e economia no qual a GerAção POA se instala. Sua missão é reabilitar através da inserção no mercado de trabalho, da geração de renda, da atividade laboral. O serviço pretende produzir saúde, cidadania e autonomia, mas também produzir camisetas, agendas, velas, bijuterias. Precisa, para isso, operar no mercado (dar nota fiscal, distribuir lucros, definir o uso do espaço físico, os horários e metodologias de trabalho). Sendo um serviço público inserido na política de saúde, encontra muitos entraves para atingir seus objetivos.

Já haviam sido feitas algumas tentativas anteriores de se criar uma associação, mas sempre se esbarrava em algo. Destas tentativas, havia sobrado um estatuto semi-pronto, um nome já escolhido (Associação Construção), e um logotipo de um João-de-Barro ras-cunhado em um papel.



Imagem 2: Logo da Associação Construção

Da minha perspectiva, participar da constituição de uma associação se mostrava como uma oportunidade única para acompanhar a formação de um coletivo de “usuários de saúde mental”. Com este convite, também se definiu para mim que a metodologia de pesquisa não poderia deixar de ser a *pesquisa-intervenção*. Eu não apenas observaria o processo, mas tomaria parte nele. Assumia o risco de embarcar em um modo de pesquisar em que conhecer e intervir se misturam, e em que objeto e pesquisador tampouco se distinguem. Realizar uma pesquisa-intervenção exige um verdadeiro mergulho no campo problemático, pois nossas próprias ações passam a compor este campo. Neste processo, experimentamos forças que antes eram apenas reconhecidas por seus efeitos nas formas. Pudemos conhecer, em primeira mão, sua real intensidade²⁶.

Resolvi aceitar o convite da equipe para reativar o projeto da associação. Assim, no início de 2014 realizamos as primeiras reuniões com os “usuários” para saber se tinham interesse em realmente embarcar na proposta.

Um pequeno grupo de “usuários” se interessou pela ideia de retomar a associação²⁷. Embora já houvesse “restos” de um processo anterior, procuramos discutir com os interessados a constituição da associação em todos os seus termos. Nada estava definido previamente, tudo poderia ser modificado. Então, cabia um primeiro questionamento: por que queremos nos associar?

Foi ficando claro que a principal motivação dos “usuários” estava relacionada com a *geração de renda*. A proposta da associação assemelhava-se a uma microempresa: vislumbrava-se um pequeno empreendimento onde algo seria produzido, vendido, e o dinheiro viria. Assim, a proposta da associação traz uma forte ligação com o trabalho desenvolvido na GerAção POA, vinculado à produção e à economia solidária. Além da geração de renda, os “usuários” também traziam outras ideias e demandas para a futura associação. Estavam relacionados à prestação de serviços: assessoria jurídica, cursos de inglês, informática,

²⁶As questões metodológicas serão abordadas em maior detalhe mais à frente, no Capítulo 5. Optamos por primeiro mostrar como nossas ferramentas metodológicas funcionaram, para depois explicá-las – até porque o processo de pesquisa-intervenção coloca questões que modificam o próprio método, que vai se fazendo e se refazendo ao longo da pesquisa. De qualquer forma, fica a cargo da leitora ou leitor pular mais à frente para depois retornar, se assim preferir.

²⁷Neste capítulo, evitaremos identificar os nomes dos participantes. Isto porque, conforme o Termo de Consentimento assinado pelos participantes da pesquisa (Apêndice A), foi acordado que minha escrita sobre a constituição da associação seria feita de forma a manter seu anonimato. O mesmo não ocorre no Capítulo 4, quando o processo de pesquisa participativa é relatado. Conforme o mesmo Termo, os participantes seriam identificados como coautores da pesquisa.

confeção de carteirinha de passe livre.

Da parte da equipe, também vinha forte a demanda da associação como espaço de produção, comercialização e geração de renda para os “usuários” através da economia solidária. Isso aparecia como a necessidade de um espaço de inclusão social através do trabalho e da renda. No entanto, a equipe também trazia com igual importância a demanda de que a associação fosse um espaço de *luta por direitos*. Isso era entendido como a necessidade de ter um caráter político, de garantir de forma ativa os direitos dos usuários. Finalmente, havia a demanda de que a associação pudesse se configurar como um espaço autônomo, no qual os “usuários” poderiam exercitar habilidades e capacidades de tomar decisões, agir por conta própria, lidar com as dificuldades apoiando-se uns nos outros, ao invés de dependerem de profissionais e de serviços. Assim, havia a demanda da associação como um espaço de *autonomização* dos usuários.

Não havia tanta clareza em relação a quem realizaria estas ações. Os “usuários” esperavam um envolvimento grande das profissionais da GerAção e de outros apoios “técnicos”. As profissionais esperavam que os “usuários” desenvolvessem sua autonomia, sua independência, ao máximo possível. Na realidade, o que se desenvolveu no início foi um processo não linear, de idas e vindas, em que às vezes a associação se aproximava de seu “serviço de origem”, a GerAção POA, e por vezes se afastava. Por vezes, se falava que a associação poderia “dar nota” para os produtos da GerAção POA. Outras vezes, isso era visto como absurdo. Por vezes, se sugeria que a associação tivesse um “sobrenome” que lembrasse seu vínculo com a GerAção POA. Em seguida, se falava que a associação nem deveria produzir nada, deveria ser apenas um espaço de “luta por direitos”, para não se confundir com a GerAção POA, que deveria centralizar a produção. Por vezes a equipe participava das reuniões da associação e intervinha sobre o processo, e por vezes se abstinha propositalmente de participar.

Quem conduzia isto, e que apresentava uma ambivalência em relação ao grau de afastamento necessário era principalmente a equipe do serviço. Isso porque, da parte dos “usuários”, o interesse era de ter o maior apoio possível. Não havia uma sede por “autonomia”. Pelo contrário, o que às vezes impedia o andamento era, por exemplo, o medo de que participar da associação pudesse ser uma forma de desligar compulsoriamente as pessoas do serviço. Mesmo depois de muitos meses de existência da associação, os “usuários” ainda se apresentavam a partir de seu vínculo com as oficinas da GerAção POA.

De minha parte, eu compartilhava a ambivalência da equipe. Entendia os perigos da associação ficar excessivamente ligada ao serviço. O prolongamento das relações de cuidado, o entendimento da associação como um campo de intervenção terapêutica, isso tudo se fazia visível em alguns momentos e era geralmente prejudicial ao andamento do trabalho. As relações entre equipe e “usuários” era antiga, cheia de hábitos. A equipe não se continha em apontar os caminhos corretos, em diagnosticar sintomas nas ações de alguém. No entanto, a experiência da equipe no trabalho de geração de renda e os

contornos organizacionais garantidos pelo serviço faziam muita falta. Sem isso, era preciso começar do zero. Em mais de um momento, pedi à equipe que nos desse mais apoio, compartilhando os receios que também afligiam os “usuários”.

Minha entrada no projeto se deu em meio a estas questões. Apareci para a equipe como alguém que poderia retomá-lo a partir de um lugar externo, possibilitando uma gradual desvinculação entre a associação e o serviço. Para os “usuários”, era uma nova “técnica” que surgia para apoiar a concretização da associação como empreendimento solidário.

Na perspectiva da análise institucional, não há “demanda espontânea” – a demanda é sempre produzida. Sua produção se dá em uma rede institucional, composta por diversos atravessamentos (Barembritt, 1996): a proposta da reforma psiquiátrica, a “missão” que se auto-atribui, o trabalho típico das associações e as funções que desempenham. Assim, as demandas da equipe de inclusão social, luta por direitos e autonomização e a demanda dos “usuários” por geração de renda encontram-se com minha oferta de pesquisar e intervir sobre este campo da “cidadania e autonomia do usuário”, reativando o projeto de associação.

A associação se constituiu a partir de um núcleo central de 5 “usuários” da GerAção POA mais ativamente envolvidos²⁸.

Além deste núcleo, dois grupos vinculados à UFRGS deram suporte à associação nesta fase inicial²⁹. Por um lado, estavam técnicos, professores e bolsistas da Incubadora Tecnológica de Cooperativas Populares (ITCP) da UFRGS, que passou a incubar a associação. Esta incubadora, vinculada ao Núcleo de Economia Alternativa, trabalha no fomento a iniciativas de economia solidária e já tinha uma parceria estabelecida com a GerAção POA. A ITCP já estava, inclusive, envolvida com uma tentativa anterior de criação da associação. A partir da retomada do projeto, resolveram incluir a incipiente Associação Construção como um dos empreendimentos incubados. Dessa forma, participavam dos encontros da associação, regularmente, uma média de três apoiadores da ITCP, de acordo com suas possibilidades e as demandas da associação. Os profissionais e estudantes envolvidos eram das áreas de Economia, Geografia, Design, Artes Visuais, Direito e Comunicação.

Também havia nosso pequeno núcleo de estudantes vinculados ao Instituto de Psicologia da UFRGS: eu, doutoranda do PPGPSI, e dois estudantes de graduação em Psicologia³⁰. Fomos, aos poucos, formando um pequeno grupo com a orientação e supervisão da Prof^a. Rosane Neves.

Além dos “usuários”, equipe da GerAção e apoiadores da Universidade, foram impor-

²⁸Muitos outros “usuários” participaram das reuniões e das atividades. Alguns vinham por períodos, se afastavam, às vezes retornavam. Ao longo do tempo, cerca de 30 a 40 “usuários” da GerAção POA e também de outros serviços de saúde da cidade tornaram-se associados e/ou passaram pela associação de alguma forma

²⁹Posteriormente este núcleo se modificou, assim como outras instituições passaram a apoiar a associação

³⁰Leonardo Wainstein, que se vinculou como estagiário da GerAção POA, e eventualmente tornou-se tesoureiro da associação, e Amanda Toríbio, que era bolsista de iniciação científica

tantes também alguns voluntários, sem uma afiliação institucional específica. Ao longo do primeiro ano, a equipe da GerAção POA foi assumindo mais consistentemente uma postura de se afastar o máximo possível do processo de constituição da associação. Entendiam que a vontade de contribuir com a associação teria que ser cuidadosamente dosada, para não transformar a associação em uma extensão do serviço. Sua ausência, entretanto, era vivida pelos “usuários” como um abandono, um desamparo. A presença da equipe foi muitas vezes reivindicada, solicitada. Foi com resignação que a associação viveu seu desligamento da GerAção POA.

Nossos encontros se davam inicialmente na própria sede da GerAção. Através do apoio do Fórum Municipal de Economia Solidária de Porto Alegre e da extinta Secretaria Estadual de Economia Solidária e Apoio à Micro e Pequena Empresa (SESAMPE-RS), passamos a nos reunir no auditório da, então recém-criada, Casa da Economia Solidária de Porto Alegre. Um edifício velho, com problemas estruturais, mas muito bem localizado, no centro de Porto Alegre, em cujas salas diversos empreendimentos de economia solidária desenvolvem suas atividades. Cada andar possui um auditório que pode ser emprestado para eventos relacionados à economia solidária. Foi em um destes auditórios que a associação foi ganhando corpo, marcando uma diferença mais concreta em relação à GerAção POA. Ali fizemos nossas primeiras “vaquinhas” (para garantir o cafezinho, o lanche), configurando uma tesouraria primitiva. Ali também discutimos e discutimos o estatuto, e fizemos as primeiras conjecturas sobre a confecção de produtos, pensando na futura geração de renda.

Em setembro de 2014 deixamos de ocupar o auditório para ocupar uma sala própria dentro da Casa de Economia Solidária³¹. Com pouco mais de 9m², essa pequena sala concretizou a existência da Associação Construção.

Dispúnhamos de uma sala, de um nome, um logotipo. Por meses, discutimos o estatuto e trabalhamos na formalização da associação. Arrecadamos pequenos fundos de diversas formas³². Em meio a isso, íamos também fortalecendo os laços entre nós, e constituindo um projeto comum.

O difícil caminho da geração de renda

Em uma das primeiras reuniões sobre a criação da associação, fizemos um cartaz onde escrevemos por que queríamos criar uma associação. Uma futura associada falou, timidamente: “pelo tutu, né?” - e explicou como um dinheirinho no final do mês era importante para ela poder comprar suas coisas e não depender tanto dos outros.

³¹A obtenção da sala, em modalidade de concessão, foi obtida após a Associação Construção ser certificada pela SESAMPE como empreendimento de economia solidária, a partir da comprovação de que funcionava de acordo com os princípios da economia solidária. Os empreendimentos da Casa se autogereciam através de uma associação de permissionários, e pagam taxas de condomínio de forma a bancar as despesas comuns.

³²Realizamos, por exemplo, um show beneficente no Parque da Redenção.

A geração de renda é um objetivo comum das associações de saúde mental, e configura-se como uma forma de inclusão social frente ao limitado acesso dos “usuários de saúde mental” ao mercado de trabalho. O Brasil é um dos países de maior desigualdade econômica do mundo. É um país onde a maioria dos trabalhadores recebe um salário mínimo, sendo que um salário mínimo é, na maior parte das cidades brasileiras, valor insuficiente para sustentar uma família. Mais dramática ainda é a situação daqueles que não têm acesso a nenhum salário fixo – vivem de “bicos”, da ajuda de familiares, de doações de cestas básicas.

As associações de saúde mental dedicam-se, grande parte das vezes, a mitigar este problema. O mais comum é que esta geração de renda ocorra pela via da economia solidária, que no Brasil adquire características específicas³³. O movimento de economia solidária surge no Brasil em meados dos anos 1990 a partir de entidades sindicais, eclesiais e universitárias. Incorporou referências diversas, desde o socialismo utópico, o marxismo, a sociologia de Durkheim, o chamado solidarismo cristão ou catolicismo social – propostas que, embora diferentes, respondem à problemática da “questão social” e do conflito social inerente ao desenvolvimento do capitalismo. A economia solidária na versão brasileira diz respeito a um contexto de precarização do emprego, informalidade e tem a perspectiva da inclusão social. Agregando movimentos como dos sem-terra, dos catadores, dos trabalhadores informais, estruturou-se com base na organização de cooperativas e associações, numa economia diferente mas integrada ao mercado capitalista. Insere-se, portanto, em um contexto de capitalismo flexível em que o Estado procura de algum modo fazer valer o princípio da solidariedade, ao mesmo tempo em que espera dos trabalhadores que sejam empreendedores e empregadores de si mesmos, assumindo, em grande medida, os custos de sua reprodução social (Lima & Souza, 2014).

Um enfoque inicial mais abertamente socialista foi dando lugar, na história da economia solidária brasileira, ao discurso da inclusão social dos excluídos do mercado formal de trabalho, surgindo como proposta alternativa para ocupação e renda. Permanece na economia solidária uma situação intermediária entre emprego e assistência, algo que, no caso brasileiro, tende cada vez mais a ser visto como “porta de saída” da assistência para o emprego. Gradativamente a economia solidária inseriu-se nas políticas públicas, do âmbito municipal, estadual e nacional³⁴. Neste contexto, a economia solidária se tornou a opção da política de saúde mental brasileira para inclusão social dos “usuários de serviços

³³Na Europa, há uma diferenciação entre economia social e economia solidária. A primeira diz respeito a formas cooperativas de organização da produção, associadas tanto à atenuação do desemprego quanto aos processos de terceirização. O termo economia solidária parte da discussão de relações não mercantis, formas alternativas de organização social para além das cooperativas, como clubes de trocas, microcrédito, uso de moedas sociais (Lima & Souza, 2014).

³⁴Especialmente a partir do governo Lula, com a criação em 2003 da Secretaria Nacional de Economia Solidária (Senaes) no âmbito do Ministério do Trabalho e Emprego. No governo Dilma, passou a integrar o programa Brasil sem Miséria, no qual os empreendimentos de economia solidária aparecem como possível saída dos programas sociais compensatórios, sobretudo o Bolsa Família (Lima & Souza, 2014).

de saúde mental”. Na Portaria No. 3088/2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), os empreendimentos solidários são incluídos como um dos componentes da RAPS, inseridos no que se chama de “estratégias de reabilitação psicossocial”.

Assim, a Associação Construção tornou-se mais uma entre centenas de pequenas associações que desenvolvem atividades laborais no Brasil. Nos tornamos um *empreendimento de economia solidária*.

Desde o início do processo de constituir a associação perguntávamo-nos: como vamos gerar renda? Qual será o nosso “produto”? A maior parte dos associados participava, há muitos anos, da oficina de serigrafia da GerAção POA. Depois de muitos debates, decidimos que trabalharíamos com algum tipo de estampa, uma prática que mantinha semelhanças com a serigrafia. Os serígrafos da associação pesquisaram e escolheram uma maquinaria de baixo custo, com preço em torno de 3 mil reais, que poderia ser usada para estampar uma série de produtos (canecas, camisetas, bolsas, etc). Era uma ideia promissora, todos concordaram.

No entanto, nossas alternativas para captar recursos dependiam em grande parte da formalização da associação, um processo que levou cerca de um ano para se finalizar (entre a elaboração do estatuto, eleição da diretoria, registro, obtenção do CNPJ e abertura da conta no banco), e que também tinha um custo relativamente alto referente aos encargos. A contribuição mensal dos associados era de 3 reais. Como gerar renda sem qualquer recurso inicial para investir?

Havia vontade de já trabalhar, produzir algo, vender. Além disso, era preciso não esmorecer frente à demanda burocrática, dando jeitos de manter a associação um lugar vivo, sobrevivendo ao deserto de documentos e reuniões.

Encontramos um voluntário que trabalhava na área de ecologia e educação ambiental, e que se interessou por ensinar aos associados como fazer sacolas com folhas de jornal e cartazes de cinema. Segundo ele, haveria um mercado garantido para essas sacolas, e elas eram bastante simples de fazer. O custo era baixo: precisávamos apenas de jornais, cartazes, cola e barbante. Embarcamos empolgados no projeto das sacolas de jornal, idealizando-o como uma espécie de embrião para o trabalho com estampas no futuro. Ele nos ajudaria a constituir um grupo inicial de trabalho, e assim quando pudéssemos adquirir as máquinas, já estaríamos com um grupo de trabalho, com frentes de comercialização e parcerias constituídas.

Como um primeiro passo, foram realizadas algumas oficinas, em que o voluntário ensinou o grupo a fazer as sacolas a partir de folhas de jornal. Depois, seguiu-se a constituição de um grupo de trabalho, que ia se dedicando à confecção das sacolas. Era um espaço de convivência, de conversas, aprendizado e trabalho coletivo. As sacolas também davam uma consistência material que até então a associação não tinha, sempre em torno de suas reuniões, pautas e atas.

Como era de se esperar, alguns tiveram mais facilidade do que outros para fazer o

trabalho, e a qualidade dos itens refletia essa diferença. Isso era algo que não incomodava no início, e todos iam fazendo do seu jeito. Afinal, dentro das propostas de geração de renda em saúde mental, a flexibilidade no processo de trabalho era um princípio importante. O processo de trabalho precisava ser mais respeitoso, menos padronizado, e possibilitar um melhor acomodar das diferenças.

Primeiramente, foi necessário pensar o preço das sacolas. A incubadora, com seu aporte de conhecimento em economia, ajudou a calcular, introduzindo noções como custo fixo, custo variável, depreciação. Chegamos ao preço de 2,50 reais. Parecia salgado para uma sacola, sendo que sacolas de papel custavam em média 0,50 centavos no mercado, e sacolas de plástico entre 0,10 e 0,05 centavos. Com o preço de 2,50 reais, cada trabalhador ganharia 2 reais por sacola vendida. Fazendo 3 sacolas por hora, que era a produtividade média, ganhariam 6 reais por hora, ou 24 reais em um turno de 4 horas. Era pouco, mas era um começo.

As sacolas seguiam sendo produzidas, e se acumulavam em uma estante na associação. Enquanto isso, realizamos diversas reuniões, nas quais debatíamos como o produto seria introduzido no mercado. Apesar de caro, alguns apontavam, o produto tem um “diferencial”. É artesanal, é ecológico, é solidário, é socialmente responsável. As sacolas pareciam realmente um bom produto. Foram feitas algumas tentativas de oferecer as sacolas em lojas comuns e também em espaços mais afins com a proposta da economia solidária. Nenhum dos locais demonstrou interesse nas sacolas. No Mental Tchê, encontro de saúde mental em São Lourenço do Sul, as sacolas foram expostas em uma feira de economia solidária. “O pessoal passa, olha, e vai adiante”, comentou um dos associados que tentava vender as sacolas. Em outro evento de saúde mental, apareceu uma primeira compradora. Quando ela foi colocar uma garrafa de água dentro, a sacola se rasgou. Um dos associados, envergonhado, devolveu o dinheiro da cliente, e resolveu não vender mais nada naquele dia.

O episódio da sacola rasgada nas mãos da primeira cliente tornava evidente a precariedade de todo o processo de trabalho. A precariedade passava, por exemplo, pela condição de voluntário do oficinairo, que limitava sua implicação com o projeto, obrigando-o a desmarcar ou cancelar oficinas quando tinha trabalho pago. As ausências do oficinairo se propagaram pelo grupo: era falta de dinheiro para vir à associação com maior frequência, demandas mais urgentes em casa, no trabalho, de saúde. Em alguns dias aparecia somente uma pessoa. Para complicar mais, não havia meios de comunicação eficientes entre os participante – uns sem celular, outros sem crédito, uns sem telefone, sem internet. O desânimo foi tomando conta, frente a um processo de trabalho que não deslanchava.

A universidade também deixava seus rastros nas dificuldades do empreendimento. A equipe da incubadora enfrentava a precariedade da falta de verba, a instabilidade dos bolsistas, dos orientadores, incertezas dos processos administrativos. Lançavam muitas ideias, levantando as expectativas de sucesso, mas não conseguiam dar o suporte necessário

para fazer as ideias se concretizarem. Nós, da Psicologia, havíamos perdido a capacidade de apoiar o grupo em seu processo. Precariedade da sobreimplicação: estávamos por demais envolvidos no cotidiano do trabalho, em nossas funções de auxiliares administrativos de uma associação³⁵. Também tendíamos a nos focar menos no projeto de geração de renda, entendendo que era uma função que cabia à incubadora. Nada disso, entretanto, ficava claro – estávamos sempre no nível do implícito.

A qualidade do trabalho começou a emergir como o problema principal. Sugeriu-se a necessidade de um controle de qualidade da produção, mas ninguém se sentia confortável em ocupar esta posição, tão análoga à do fiscal. Evitávamos o problema de olhar para as contradições do projeto de economia solidária, e de se abordar as dificuldades com mais clareza de seus limites e potencialidades.

O que tornaria possível que nossas sacolas pudessem concorrer com as sacolas fortes, industrializadas, com preço máximo de 50 centavos? Elas precisariam ser confeccionadas com um controle de qualidade apoiado em práticas disciplinares razoavelmente rígidas? Demandariam uma gestão racionalizada dos recursos e do trabalho? Ou talvez um suporte mais efetivo, presente, cotidiano, de profissionais de diversas áreas? Como lidar com todas estas contradições no que diz respeito à geração de renda na saúde mental através da economia solidária?

O que foi acontecendo, na realidade, é que o projeto foi sendo abandonado aos poucos. Alguns queriam continuar produzindo, já que tínhamos material. Outros eram contra – produzir pra quê, se não conseguimos vender? A incubadora considerou ao final que o “produto não era viável”. Assim, as sacolas ficaram tristemente acomodadas em um canto da sala, como um constante lembrete daquilo que não havíamos sido capazes de empreender³⁶.

Experimentando a luta por direitos

Embora o dinheiro, a renda, sempre retornasse como algo importante, seu lugar era sempre relativizado. Algo precisava nos diferenciar de uma empresa comum, ou mesmo de um empreendimento de economia solidária tradicional. Este “algo” era a *luta por direitos*. Ideia vaga e pouco encarnada entre a maioria de nós – um grupo que ficava mais à vontade no atelier, na oficina ou no consultório do que em conselhos, assembleias ou

³⁵Mais a respeito da sobreimplicação no Capítulo 5.

³⁶Mais para frente, já com a associação formalizada, a associação conseguiu obter uma verba de 10 mil reais para compra dos equipamentos e materiais necessários para o projeto de estamparia. Esta verba foi obtida no segundo semestre de 2015, ou seja, já um ano e meio depois de termos retomado o projeto da associação. O trabalho com a estampa de canecas e outros materiais também se mostrou bastante complexo, sendo desenvolvido ao longo de 2016 com o apoio da ITCP e de duas residentes em saúde mental da UFRGS. Apesar do esforço de todos os envolvidos, até o momento em que escrevo esta tese o projeto de geração de renda ainda não “deslanchou”, enfrentando diversas dificuldades estruturais que envolvem por exemplo a contabilidade, a operação do equipamento, problemas técnicos, questões de criação e design de produtos, a procura de mercados e pontos de venda, entre outros. No entanto, o grupo segue firme no trabalho, e há avanços bastante significativos devido ao grande comprometimento de todos.

encontros de movimentos sociais. Havia várias coisas que sabíamos que estavam erradas e que discutíamos que deveriam ser diferentes, mas como modificá-las? A abstração era tanta que alguém chegou a sugerir, em determinado momento, que chamássemos a Faculdade de Sociologia para nos ajudar a saber o que um movimento social deve fazer.

Alguns de nós (tanto “usuários” quanto “profissionais”) tínhamos uma inserção prévia no movimento da luta antimanicomial, que se configura como a principal frente política das associações de saúde mental. Assim, reativamos alguns contatos, divulgando nosso projeto de constituir uma associação mista que atuasse nesta área de defesa de direitos. Não demorou muito para recebermos um convite do Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul (CRP-RS) para participarmos da delegação gaúcha que iria ao Encontro Nacional do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA), realizado em Niterói em maio de 2014³⁷. Recém-formada, a Associação Construção era então a única associação de saúde mental de Porto Alegre com participação ativa de “usuários” de saúde mental e abertamente a favor da reforma psiquiátrica e da luta antimanicomial³⁸. Éramos, sobretudo, um bem-vindo acréscimo ao panorama da reforma psiquiátrica no município, inseridos na emergente proposta de protagonismo e autonomia dos “usuários de saúde mental”.

Em Niterói, conhecemos pessoalmente aquelas outras associações e sujeitos que fazem o cotidiano do movimento social. Ouvimos suas histórias, conhecemos seus processos de luta, de constituição das entidades. Vimos o potencial de protagonismo dos “usuários”, e também as tensões que atravessam este protagonismo³⁹. Ir a Niterói foi muito significativo para nosso grupo. Foi um processo de afetação mútua, que produziu uma aproximação entre nós, nossas colegas de delegação e militantes de outros estados. Víamos as possibilidades concretas daquela abstrata “luta por direitos”, que se fazia no cotidiano das pequenas associações, nos fóruns locais, no controle social.

O retorno do Encontro Nacional trouxe um ânimo novo. Nossa pequena delegação

³⁷Da delegação gaúcha, fomos três representantes da Associação Construção, mais três pessoas da AFAB (Associação de Familiares e Amigos dos Bipolares, de Santa Maria), duas pessoas do grupo de teatro Nau da Liberdade (futura associação) de Porto Alegre, uma pessoa da Associação Capilé vinculada ao CAPS de São Leopoldo, e uma representante do CRP-RS, entidade que havia financiado nossa ida ao encontro.

³⁸A AGAFAPE, já citada, é uma associação grande, antiga e de abrangência municipal, mas tem a característica de ser coordenada por familiares, e não se inserir claramente como entidade de defesa da reforma psiquiátrica. Outra associação antiga que encontramos é a Associação do CAPS Glória Cruzeiro Cristal. Conforme foi relatado pela própria equipe em visita realizada em 19/11/2014, essa associação funciona de forma informal e tem abrangência apenas local – funciona como um “braço” do CAPS, um espaço de socialização e lazer. Pouco tempo depois da criação da Associação Construção, foi fundada a Associação Arte e Cultura Nau da Liberdade, a partir de um grupo de teatro criado por trabalhadores e “usuários” da rede de saúde mental, principalmente vinculados às Residências em Saúde Mental Coletiva da Escola de Saúde Pública e a do EducaSaúde (UFRGS), ao Serviço Residencial Terapêutico (SRT) Morada São Pedro, ao Hospital Psiquiátrico São Pedro e ao SRT Casa da Praça. A Nau da Liberdade seguiu sendo interlocutora e parceira da Associação Construção, diferenciando-se por seu foco na arte e na cultura.

³⁹Ver Capítulo 1.

continuou a se reunir, a debater as dificuldades vivenciadas no cotidiano dos “usuários”, familiares e trabalhadores. Vários de nós, da Associação Construção, participamos destes encontros, que caracterizávamos como nossa atuação na “luta por direitos”. Eram encontros profícuos, nos quais o cotidiano ganhava relevância. Nos indignávamos juntos com o sucateamento da rede de saúde mental, com os desmandos de prefeitos e gestores, com a sobrecarga dos familiares, com a falta de alternativas para os “usuários”.

A partir deste ânimo, este pequeno coletivo ousou propor a organização de um Encontro estadual de militantes da luta antimanicomial. Articulamos uma aproximação com o Fórum Gaúcho de Saúde Mental. A proposta era disparar uma reorganização do movimento antimanicomial no Rio Grande do Sul, que encontrava-se desarticulado naquele momento⁴⁰.

A organização do grande Encontro mudou radicalmente a natureza de nossos pequenos encontros. As reuniões foram perdendo sua força micropolítica e tornando-se um espaço mais administrativo, de divisão de tarefas. Enquanto nas discussões iniciais falava-se do cotidiano e todos participavam ativamente, nos encontros mais organizativos eram importantes outros tipos de saberes, mais exclusivos. Quem conhecia quem, quem fazia o quê. O interesse parecia ir decrescendo. A olhos vistos íamos nos distanciando da potência inicial do grupo, para apostarmos nossas fichas em algo de maiores proporções.

Paralelo a isso, alguns “usuários” com uma trajetória significativa de militância se aproximaram da associação, participando das reuniões e trazendo um caráter mais político ao nosso grupo. Sua aproximação foi inicialmente muito bem-vinda, mas logo surgiram problemas. Havia um visível desencontro entre estes recém-chegados e o nosso grupo. Estes “usuários” acostumados a falar em público, aos microfones e palanques tinham o hábito de colocar suas opiniões de forma mais veemente. Tinham também uma certa dificuldade em aceitar a discordância de opiniões. Isso começou a ser ressentido pelo grupo. Havia uma sensação de usurpação, de autoritarismo, um incômodo que eventualmente se tornou conflito explícito, e culminou com a saída (algo traumática) destas pessoas. Aqueles acostumados a serem “os” usuários nos espaços representativos, reivindicando sempre maior “voz” aos “usuários”, paradoxalmente não puderam escutar e aceitar formas distintas de se colocar politicamente dos próprios “usuários”, que traziam experiências e opiniões heterogêneas.

Tanto a experiência da realização do Encontro Estadual quanto a experiência de aproximação com representantes mais experientes no movimento ajuda a pensar que, devido ao próprio histórico do movimento da reforma psiquiátrica e da luta antimanicomial, impõe-se às associações uma certa forma de atuação política. A atuação que se reconhece, que se busca, é aquela do microfone, do palanque, dos discursos, das bandeiras, das assembleias, dos encaminhamentos. Esta forma de fazer política nem sempre é aquela que faz sentido

⁴⁰Parte desta desarticulação devia-se, contraditoriamente, a uma conjuntura política favorável, já que muitos militantes estavam compondo a gestão estadual, deixando um vácuo no movimento social.

para todos. Dificilmente se reconhece o engajamento político quando se problematiza o cotidiano em uma roda de chimarrão ou quando discordamos uns dos outros, apresentando experiências e propostas dissonantes.

Inspirada pelo movimento dos “sobreviventes”, eu também procurava fomentar em nosso grupo a importância dos “usuários” colocarem suas opiniões, falarem a partir de sua experiência. No entanto, eu também carregava certas imagens de que tipo de militância era válida, legítima. Lembro-me de uma ocasião em que estávamos em uma audiência pública extremamente combativa. A plateia, composta em grande parte por militantes da luta antimanicomial, sustentava argumentos contra os representantes do governo estadual, que, a partir de 2015, se dedicou ao desmonte das políticas de saúde mental afinadas com a reforma psiquiátrica. Um “usuário”, membro da associação, espontaneamente levou à audiência um cartaz com um desenho seu, onde representava o novo coordenador estadual de saúde mental, Luiz Coronel. Seu desenho era sua forma de se manifestar ali, e trazia uma outra dimensão àqueles embates. O tempo e o cuidado envolvidos na confecção do cartaz eram testemunha de seu envolvimento intenso com aquelas questões políticas. Mais do que muitos ali, ele estava afetado, mobilizado. Sua participação era silenciosa, e por isso não tão perceptível como os gritos da plateia ou os discursos dos representantes tradicionais. Mas ela fez com que eu me perguntasse qual a “voz” que conseguimos ouvir, em meio às nossas expectativas do que seja exercer a cidadania ou a autonomia.

Uma associação conduzida por “usuários”?

Constituímos uma Associação. Aos trancos e barrancos, ela consolidou-se com uma sede, um estatuto, uma diretoria, assembleia geral, reuniões, atas, cartórios e logotipo. Éramos uma associação de “defesa dos direitos dos usuários de saúde mental” e um “empreendimento de economia solidária”. Juntos, íamos tentando aprender como se fazia aquele negócio de ter uma associação com tantas ambições e tão poucos recursos. Ajudava muito que tínhamos escolhido um grande presidente. Ele era, de certa forma, a “cola” que nos unia como grupo. Uma pessoa extremamente sensível, com grande experiência de vida, que sabia escutar e ponderar sobre as coisas com enorme profundidade. Passava em suas ações uma serenidade que inspirava a todos, ajudando-nos a acreditar no projeto da associação.

Nosso presidente havia passado por muitas dificuldades de vida. Havia conquistado muito, aprendido muito. Ele era um “usuário”, e adorava ser reconhecido como tal. Quando contava sua trajetória de vida, ele explicava como deixou de ser “paciente” para ser “usuário”, como conseguiu sair de uma etapa em que havia perdido o controle da sua vida para tomar seu tratamento e sua vida para si.

Algo importante neste seu processo tinha sido a segurança de seus rendimentos. Todo mês, ele explicava, seu dinheiro estava lá na sua conta, proveniente de benefícios assistenciais. Isso tinha sido crucial para ele conquistar a tranquilidade e a coragem que nos inspiravam. O salário não apenas garantia sua sobrevivência, mas também possibilitava

uma menor dependência de sua família, o tempo para frequentar os serviços de reabilitação, um pouco de lazer e prazer – como seu sorvetinho nos dias de calor.

Ser presidente da associação era também uma conquista, um reconhecimento por suas qualidades e experiência de vida. No entanto, um medo rondava nosso presidente: a possibilidade de perder o benefício.

Estar à frente de uma associação significava dar consistência jurídica ao seu processo de crescimento. Significava atrelar o seu CPF a um CNPJ de uma entidade que (em última análise) fazia ações de geração de renda. O que isso poderia significar? Que ele estaria apto a trabalhar, embora não se sentisse assim? Embora aquele fosse um de seus primeiros passos para fora do universo protegido dos serviços? Que o trabalho na associação pudesse configurar uma renda extra, por mais insignificante que fosse?

Consultamos uma assessoria jurídica e alguns servidores do INSS para buscar informações concretas sobre qual risco corria. Embora alguns afirmassem que dificilmente seu benefício seria cortado, havia várias brechas e pouca certeza jurídica sobre seu caso.

Assim, nosso presidente decidiu que o risco era grande demais e optou por abdicar do cargo, deixando-o ao vice. Ele continuou participando ativamente da associação, mas perdeu aquele lugar que lhe servia tão naturalmente. No sistema que garante seus direitos, não havia posições intermediárias: ou se é totalmente capaz ou totalmente incapaz. Para os primeiros, há o mercado sem proteções; para os segundos, a segurança do benefício sem possibilidade de crescer.

Este foi um dos *paradoxos* que se apresentaram para nós na constituição da associação. Eu, que pretendia contribuir para a “autonomia e a cidadania dos usuários”, me deparava com a enorme complexidade da tarefa que havíamos assumido. Havia toda uma rede institucional que servia ao mesmo tempo para amparar, mas que também limitava as possibilidades dos “usuários”.

Para além da questão de nosso presidente, nos deparávamos com uma série de dificuldades no dia-a-dia que não antecipávamos claramente no início. Para dar conta da enorme burocracia exigida das associações (que, como vimos, é muito mais voltada para beneficiar grandes organizações do que pequenas iniciativas como a nossa), precisávamos nos desdobrar. Nossas ambições, situadas pelas múltiplas demandas que nos atravessavam, também não eram poucas. Queríamos ser um empreendimento de economia solidária, lutar pelos direitos dos “usuários” e promover sua inclusão social.

Precisávamos ir ao cartório, pagar contas, escrever projetos de captação de verbas, pensar em preços, fazer faxina, resolver problemas de produção, divulgar a associação, participar de fóruns, conselhos, reuniões da luta antimanicomial. Éramos pouco mais de dez pessoas, reunidas semanalmente, que tentavam se autogerir democraticamente, em um coletivo híbrido, atravessado por diferentes histórias, dores, sofrimentos e necessidades. Tudo isso exigia uma série de habilidades que não antecipávamos: saber escrever, ler, digitar, usar o computador, usar a internet, fazer contas, ser organizado, ter atenção, boa

memória, circular pela cidade, falar em público, ser bem-relacionado, ter determinada experiência.

Ter ou não ter estas habilidades implicava poder ou não poder desempenhar uma tarefa, assumir uma responsabilidade, participar de uma decisão. Essas habilidades, talvez seja necessário ressaltar, não se distribuíam de maneira equânime entre nós. Desigualdades de classe, de gênero, de raça, nos atravessavam de maneira violenta, separando aqueles que podiam mais daqueles que podiam muito menos. Os privilegiados, dos (muito) menos privilegiados. Por trás da diferença, aparentemente inócua, entre “usuários” e “profissionais”, desdobravam-se outras diferenças muito mais reveladoras.

Cada tarefa exigida por nossa construção era permeada por essa desigualdade. Situação-exemplo: precisamos fazer um ofício para a gestão da saúde mental pedindo apoio para um evento. Quem sabe escrever um ofício? Quem sabe usar o computador? Quem conhece os caminhos para fazer o ofício chegar à gestão? Quem tem dinheiro para pegar o ônibus e levar o ofício? Quem será mais ouvido na hora de entregar o documento? Quem passará pela porta?

Nós, os “técnicos” ou “universitários” falávamos sempre da importância de “fazer junto” e não “fazer por”. Ao nos propormos a fazer junto, esperávamos que essa contiguidade possibilitaria um compartilhamento de saber e de poder. No máximo, conseguíamos imprimir um constante caráter pedagógico às nossas ações. À medida que ensinávamos ao outro coisas que sabíamos, que havíamos aprendido por termos tido oportunidades que não eram distribuídas de forma justa ou igual, também acabávamos sustentando a hierarquização de saberes que é nossa marca social. Isso porque os vetores de ensino-aprendizagem eram quase sempre unidirecionais. Não havia quase ocasiões em que estes vetores se invertiam, em que o saber requisitado estivesse do lado do “usuário”.

Na mesma medida que éramos atropelados por uma infinidade de demandas, as reuniões iam se transformando. Em muitas delas, apenas os “técnicos / profissionais / universitários” falavam, decidiam, resolviam, enquanto os “usuários” calavam – e, em seu silêncio, muito diziam.

Às vezes dormiam. Ou ficavam despertos, mas sustentando um olhar perdido, como quem já não sabe o que está fazendo ali. Não que o engajamento precisasse ser constante – afinal, quem nunca divagou em uma reunião chata?. No entanto, a recorrência do silêncio podia ser gritante. Mais do que o sono ou os efeitos colaterais dos medicamentos (que não deixavam de intervir), preocupavam enquanto sinal de alheamento, de perda de conexão, de falta de sentido. Minhas aspirações de promover o “empoderamento” e o “protagonismo” dos “usuários” se confrontavam com esses limites concretos ao poder de cada um, que eram marcadamente distintos entre nós.

Além disso, “fazer junto” implicava a lentidão do tempo de aprender. Eram semanas para esperar os tempos de cada um e orquestrar uma ida ao cartório com os documentos. A máquina burocrática associada ao tempo do aprendizado imprimia um ritmo à organização

que frustrava os participantes. Parecia às vezes o ritmo do fracasso, da dissolução, da desistência. Um associado uma vez me confidenciou: “parece que estamos sempre por um fio”.

Nós, os “técnicos”, íamos jogando com as possibilidades – quando os prazos permitiam, quando a impaciência coletiva não era excessiva, fazíamos juntos, permitindo-nos a demora necessária. O resultado prático destes dilemas é que nós, “profissionais”, “acadêmicos”, “estudantes”, “técnicos”, íamos fazendo às vezes com e às vezes sem os “usuários”, sem saber exatamente se estávamos acertando a mão.

No início, eu fui uma das pessoas que assumiu um papel proeminente na sustentação do projeto de associação. Aos poucos, percebi-me acumulando mais e mais tarefas, para fazer com que nossa construção saísse do chão. Eu sentia que, se a associação não se concretizasse logo, o desejo se transformaria em descrença, e perderíamos a oportunidade de reativar o projeto. No ritmo intenso que nos colocavam as várias demandas, eu ia caindo na rede de relações que tentava desfazer. Relações recíprocas, pois, à medida que eu ia me excedendo na tomada de responsabilidades, os outros iam se retirando, reativando seus receios de se arriscar, de assumir novos lugares. Íamos mutuamente reforçando aquilo que nos subjetivou ao longo de nossas carreiras de “profissionais” e “usuários”, os lugares de quem pode e quem não pode, de quem sabe e quem não sabe, de quem ajuda e é ajudado. Reproduzíamos um funcionamento institucional que era muito maior do que nós.

Em tom de brincadeira, um dos associados me disse em uma ocasião que eu era “o Lula da associação”. Comparava-me ao papel de Lula no governo Dilma, como exemplo de alguém que tem um grande peso sobre as decisões mas não assume a frente, o lugar de representante. Ali, naquele momento, ele produziu um analisador que denunciava um efeito de poder de nossas relações, efeito por sinal muito comum nas iniciativas de organização de grupos mais frágeis no contexto brasileiro, e especialmente relevante dentro do cenário da mobilização de “usuários de saúde mental”. Evidenciava que as disparidades de poder-saber não se desfazem facilmente. Podemos assumir um discurso de protagonismo, construir uma associação onde a maioria da diretoria é composta por membros de “usuários”, mas no cotidiano ainda restringir grande parte das decisões aos “técnicos”. Podemos nos tornar populistas, em nossas aspirações de empoderamento. O associado deixava claro, com seu chiste-analisador, que as práticas do campo social em que nos inseríamos não deixavam de nos subjetivar e conformar nossas relações.

Não foi fácil perceber ou admitir que meu desejo em contribuir com a “autonomia e o protagonismo dos usuários” havia me levado a reproduzir práticas que justamente reforçavam a desigualdade existente. Por exemplo, quando eu, em uma reunião, anotava em meu caderno uma série de tarefas que executaria, sem consultar ninguém a respeito de minha decisão de tomá-las para mim. Em nome de facilitar o trabalho, eu naturalizava para o grupo o fato de que seria a pessoa mais “capacitada” para fazer aquelas coisas – incapacitando-os, como consequência. Os efeitos de pequenas ações desse tipo iam se

acumulando, ao ponto de eu perceber, aterrorizada, que, enquanto eu não desse um sinal, a reunião não começava. Foi preciso reconhecer que em mim operavam as mesmas forças que eu acusava veementemente no cenário brasileiro.

Deparar-me com essa situação fez com que me questionasse sobre todas as armadilhas invisíveis que se colocam aos “trabalhadores de saúde mental”. Talvez eles estivessem tão bem-intencionados quanto eu, tão tomados por vontades de libertar, de conduzir suavemente à autonomia, à cidadania. Foi um momento de encontrar um limite concreto a uma forma de intervenção que aprendemos tacitamente, que absorvemos em todas as leituras que fazemos, nas aulas, nas discussões políticas, mas que poucas vezes é explicitado e interrogado.

O que foi se evidenciando é que ensinar habilidades, compartilhar informação, “conscientizar” sobre a condição de opressão, retirar-se para obrigar o outro a “andar com as próprias pernas”, tudo isso parecia ainda perder de vista algo essencial. Não se tratava apenas de “errar a mão”, ou de alcançar um equilíbrio ideal entre “fazer junto” ou “fazer sozinho”. Não era apenas encontrar o ponto, acertar o tempo, o ritmo. A via pedagógica era bem-intencionada e necessária, mas estava nos levando a impasses evidentes, porque trazia consigo outros perigos. Ao nos propormos a “fazer junto”, acreditávamos estar radicalizando as possibilidades de relação, quando comparados às formas tradicionalmente encontradas nos serviços, por exemplo. Éramos afinal uma associação que realmente se propunha a ser autogestionada por um coletivo híbrido de “usuários” e profissionais. No entanto, uma verticalidade insistia em se manter, quando tentávamos horizontalizar, empoderar. As reuniões silenciosas e outros analisadores denunciavam a inoperância de nossas tentativas.

Em meio a isso, ocorreu uma reviravolta em minha vida pessoal que fez com que eu decidisse morar em outra cidade. Esta mudança se anunciou em agosto de 2014, e durante o segundo semestre daquele ano fui trabalhando meu afastamento da associação. O acúmulo de tarefas em mim foi sendo diluído no grupo, algo possibilitado por todos os apoios e parcerias que construímos desde o início, e pelo próprio fortalecimento do grupo de associados. Durante o ano de 2015, já residindo em Florianópolis, continuei participando da Associação Construção à distância, e presencialmente a cada duas semanas, quando viajava a Porto Alegre⁴¹. Foi um afastamento gradual que deixou clara a capacidade do coletivo de prescindir de mim, assim como de qualquer outro membro.

...

Há muitas outras histórias que poderiam ter sido contadas sobre o processo de constituição da associação, mas escolhemos algumas para ajudar a pensar a respeito da missão de produzir a cidadania e autonomia do usuário. Missão confiada tanto aos serviços de

⁴¹Neste período, dediquei-me principalmente à pesquisa que realizamos juntos, conforme Capítulo 4.

saúde mental quanto às associações, que são muitas vezes criadas de forma a complementar o trabalho de reabilitação psicossocial justamente em relação a estas questões.

Assumimos, como muitas outras associações de saúde mental, as demandas de promover a inclusão social via geração de trabalho e renda, defender os direitos, fazer militância política, ser um espaço de autogestão dos “usuários”, de forma a assumirem maior independência das equipes dos serviços. Na tentativa de atender a essas demandas, nos encontramos rapidamente com alguns paradoxos que se colocam quando operamos na intersecção entre cidadania, autonomia e saúde mental.

São vários motivos que produzem esta “dependência” dos serviços, e que dificultam a “autonomia” das associações. Uma boa parte deste motivo se vincula ao montante que se espera alcançar através destas entidades, e à ausência de pontos de apoio suficientes para sustentar propostas tão ambiciosas: incluir socialmente através da geração de trabalho e renda, lutar por direitos e ainda ser organizacionalmente autônoma e autogerida pelos próprios “usuários”, que devem desenvolver habilidades suficientes para dar conta de todas estas tarefas. Assumimos este desafio e nos demos conta, ao longo do processo, de sua enorme complexidade e dificuldade.

A geração de renda, por exemplo, provou ser uma tarefa hercúlea, que envolvia a gestão de um “empreendimento solidário” em um sistema de economia de mercado de concorrência livre. É importante perceber as duas marcas da economia solidária: o empreendedorismo e a solidariedade. A solidariedade contrapõe-se à ideia do trabalho explorado, alienado, e remete justamente à divisão equitativa dos ganhos e ao compartilhamento das decisões. A autogestão é uma opção ética importante da economia solidária, sua diferença em relação à economia capitalista tradicional. Mas o grupo autogestionado precisa ser empreendedor. Ou seja, precisa administrar um negócio que, embora gerido internamente de forma mais justa, da porta para fora concorre no mercado tradicional como todos os outros pelo dinheiro do consumidor. Assim, gerir este tipo de empreendimento é algo no mínimo igualmente complexo ao gerenciamento de uma empresa privada. No entanto, isso é feito geralmente com menos capital econômico, menos infraestrutura e menos capacitação profissional. Daí decorre o fato de que a maioria das associações de saúde mental gera rendas “simbólicas”, sustentando o trabalho como pouco mais do que a mera ocupação do tempo livre ou espaço de socialização. Neste sentido, a proposta de inclusão social se reveste de ambições muito mais modestas: ao invés de buscar efetivar uma inclusão produtiva e econômica ampla, precisa contentar-se em incluir em um espaço segregado e restrito.

A economia solidária apresenta-se no Brasil menos como economia alternativa, e mais como a única possibilidade de trabalho, devido justamente à escassez de alternativas. É o traço de ser uma “economia de excluídos”, que carrega, portanto, a marca da exclusão também no que se refere às suas potencialidades de competir abertamente no mercado e gerar lucro. O que se evidencia é que não há lugar reservado para a cidadania em meio

à selva capitalista. A igualdade se torna pouco mais do que uma formalidade jurídica quando a maior parte da população não acessa o mínimo necessário à sobrevivência. A economia solidária se apresenta como alternativa, mas as condições de cumprir sua proposta são escassas. Na pior das hipóteses, pode até mesmo fortalecer uma cultura de empreendedorismo e meritocracia, na qual o fracasso é atribuído às próprias pessoas, fortalecendo o próprio sistema de desigualdade que quer combater.

Da mesma forma, propusemo-nos a integrar um movimento social que questiona a exclusão da diferença, mas que, em alguns aspectos, reproduz esta mesma exclusão que critica. Observamos o quanto a redução da ação política a uma determinada forma de se fazer política, notadamente de se fazer macropolítica, produz uma homogeneização do que pode ser um “militante”. A micropolítica, embora apresente uma potência revolucionária, muitas vezes é deixada em segundo plano⁴².

Descobrimos que a constituição de uma associação envolve ações que evidenciam distinções que ultrapassam a questão da loucura, e que envolvem desigualdades sociais, econômicas, educacionais. Ao mesmo tempo, o saber específico dos “usuários”, aquele constituído a partir de sua experiência pessoal, nem sempre encontra lugar entre tudo aquilo que é exigido de uma associação. Uma infinidade de outros saberes são requeridos, os quais estão na maior parte das vezes ausentes da experiência dos “usuários”. Estes tampouco dispõem de oportunidades para acessar estes conhecimentos para além do apoio eterno dos “profissionais”. Se produz assim um alheamento, uma desvalorização, que reforça ainda mais as desigualdades cotidianas.

Como forma de reagir a essa permanente dependência, muitas vezes atuamos de forma a estimular a organização “autônoma” dos “usuários” como uma categoria específica. No entanto, quando fazemos isso, referimos uma determinada identidade do “usuário” que não é algo dado. Quando se procura produzir esta independência, este protagonismo ou empoderamento, muitas vezes ignoramos que as alianças não se dão necessariamente em torno de uma categoria idêntica, mas por via de relações transversais. Nesse sentido, podemos forçar uma independência indesejada a partir de uma identidade sobreposta, que não encontra correspondência nas relações concretas, cotidianas. Insistir nessa horizontalidade pode ter o efeito não apenas de celebrar a diferença, a alteridade, mas de marcar ainda mais as desigualdades. Entre “usuários” e “profissionais”, pode ser uma forma de atualizar a missão que estamos aqui problematizando, em que cabe aos últimos produzir certos efeitos *nos* primeiros.

Neste momento, diversas novas questões se colocam, reconfigurando nosso campo problemático inicial. Já não nos perguntamos como empoderar o “usuário”, mas como habitar os paradoxos que se encontram nessa proposta? Onde pretendemos incluir o “usuário”? Que tipo de ação política estamos idealizando? A que autonomia esperamos conduzi-los? Como esperamos afirmar uma igualdade, se uns de nós estão sempre deficitários, en-

⁴²Sobre a micropolítica, ver último capítulo.

quanto os outros têm todas as respostas? Que protagonismo esperamos? Estamos apenas construindo novas formas de tornar o “usuário” igual a nós, profissionais, supostamente “normais”? Quem é esse “usuário”, afinal?

Capítulo 3

De ideias fixas e bandeiras: cidadania e autonomia na saúde mental

*Obedece sempre, pois quanto
mais obedeceres, mais serás
senhor, visto que só obedecerás à
razão pura, isto é, a ti mesmo...*

Neste capítulo, continuamos a construção de nosso campo problemático, que se orienta a partir do ideal de produzir a cidadania e a autonomia do “usuário de saúde mental”. Vimos como este projeto atravessa tanto os serviços de atenção psicossocial quanto o trabalho das associações de saúde mental. Cidadania e autonomia se apresentam como princípios, guias para o trabalho em saúde mental, mas raramente estes conceitos são explicitados, interrogados. Que autonomia, que cidadania queremos produzir? Como lidar com os paradoxos com que invariavelmente nos deparamos, na tentativa de produzi-las? Entendemos que seguir sem analisar estes conceitos é uma forma de esconder estes paradoxos, ao invés de torná-los operativos dentro de nossas práticas, de nosso pensamento.

Em um artigo que escrevemos com outras colegas do doutorado em Psicologia Social e Institucional (Chassot et al., 2014), argumentamos sobre a importância de se fazer uma “desmontagem” do conceito em uma tese. Afirmamos que dar visibilidade ao processo de criação do conceito é algo primordial para um pesquisador poder operar com eles reconhecendo sua contingência, sem tomá-los como objetos naturais. A partir de Deleuze e Guattari (2000), falamos da importância de situar o plano de imanência do conceito, o plano pré-filosófico no qual os conceitos se conectam a outros e outros, em uma operação em que se recorta aquilo que o conceito se dedica a pensar. Este recorte não é feito espontaneamente pelo “autor”, mas tem suas condições de possibilidade. O conceito é criado de forma indissociável da diversidade de contextos que o sobrepõem, desde o ambiente acadêmico a uma variedade de condições sociais, econômicas e políticas, as quais forçam a colocação do problema de determinada forma e não de outras.

Procuraremos mapear algumas produções em torno destes conceitos, com uma ênfase em sua aplicação no campo da psiquiatria e da “saúde mental”. Adiantamos que nosso recorrido não será exaustivo, não pretende dar conta de toda as diversas definições destes conceitos, mas de apontar o campo de forças no qual estão inseridos.

3.1 Somos gregos, somos modernos?

Durante um período de mais ou menos 200 anos, todos os cidadãos de Atenas puderam participar ativamente das decisões políticas, independente de suas condições sociais ou econômicas. Este sistema de democracia direta, participativa, exercida na *ágora*, local de assembleia dos cidadãos, permanece em nosso imaginário como o início da democracia e da cidadania modernas. Desta pequena cidade-estado afastada de nós no tempo e no espaço, traçamos uma linha direta até o presente. Através da bela herança ocidental, trazida até nós talvez pelos navios lusitanos em meio a outras coisas como colares e espelhos, teríamos acesso ao oásis jurídico que garante nossa igualdade. A *pólis* grega surge como figura nostálgica, mitológica, onde há muito tempo narrativas eurocêntricas vêm localizando o berço da civilização ocidental.

A democracia ateniense, nesta versão, aparece como um protótipo imperfeito do modelo atual. Isso porque mulheres, escravos, estrangeiros, jovens e crianças não eram considerados cidadãos. O modelo, é o que se diz, era bom, mas ainda não havia avançado ao estado de cidadania universal, como temos hoje. Estaríamos em um contínuo processo de aperfeiçoamento da democracia, à medida em que desvinculamos a cidadania do pertencimento a determinadas classes ou estamentos, e a atrelamos ao Estado nacional. Assim, todos aqueles nascidos ou naturalizados em um país usufruiriam dos mesmos direitos e compartilhariam os mesmos deveres. Neste sentido, devolver a cidadania ao louco significaria reinseri-lo nesta rede estabelecida, herdada e garantida de igualdade.

A formulação de cidadania de T.H. Marshall (1967) é das mais citadas na literatura internacional. Marshall define a cidadania como o pertencimento pleno a uma comunidade, o qual implica participação e um status de igualdade entre quem compartilha a cidadania.

Marshall situa a cidadania moderna como a gradual conquista de três tipos de direitos: civis, políticos e sociais. De acordo com sua teoria, centrada no caso europeu, os três tipos de direitos estariam amalgamados durante a Idade Média. A partir do século XVIII, as instituições das quais os três tipos de direitos dependiam se desligaram, o que possibilitou que cada um dos tipos de direitos se desenvolvesse à sua velocidade própria. Os direitos civis teriam se consolidado no século XVIII, os políticos no século XIX e os direitos sociais no século XX (Marshall, 1967).

Os direitos civis incluem, para Marshall, os direitos necessários à liberdade individual, como: a liberdade de ir e vir, a liberdade de imprensa, de pensamento e fé, o direito à propriedade, de concluir contratos válidos, direito à justiça. O avanço dos direitos civis

teria contribuído para a criação dos direitos políticos, como o direito a votar e ser votado, que durante o século XIX encontra-se geralmente atrelado à propriedade. É no século XX que o voto se torna universal e que se criam os direitos sociais, os quais dizem respeito ao direito de todo cidadão ter garantido um mínimo patamar de bem-estar econômico e segurança social.

Marshall analisa como a cidadania, entendida como um sistema de igualdade, desenvolve-se e amplia-se juntamente com o capitalismo, um sistema de desigualdade. Procura explicar este paradoxo apontando que a cidadania é necessária ao capitalismo – inicialmente porque as liberdades individuais (direitos civis) foram essenciais para o desenvolvimento da economia de mercado; mais tarde porque os direitos sociais surgem como forma de mitigar os efeitos da desigualdade e permitir o surgimento de um mercado de massa necessário ao capitalismo industrial⁴³.

A teoria de Marshall é tão difundida quanto criticada – principalmente por ser demasiado linear e evolucionista. Marshall subestima o papel das lutas sociais, não enfatiza por exemplo a importância de sindicatos e do movimento operário na ampliação de direitos civis, sociais e políticos⁴⁴. Embora aponte algumas das diversas contradições da cidadania moderna em sua relação de mediação entre Estado e capital, Marshall insiste em perceber a cidadania como um sistema formal de igualdade social, localizando a desigualdade exclusivamente no sistema econômico.

A concepção mais corrente da cidadania é de que se trata de um sistema de igualdade homogêneo, do qual se pode estar dentro ou fora, incluído ou excluído. Neste sentido é que os “loucos” estavam antes excluídos da cidadania, para terem sua cidadania “resgatada” pela reforma psiquiátrica. Uma concepção bem distinta emerge de alguns estudos genealógicos. A partir deste olhar, mais atento à microfísica do poder, a cidadania revela-se mais como um sistema de diferenciação, de produção de alteridade. A desigualdade, ao contrário do que se pensa, aparece como algo intrínseco à cidadania, tendo em vista que ela constitui-se como um sistema heterogêneo onde diferentes graus e acessos são permitidos, concedidos e tensionados.

Estas relações são analisadas por Engin Isin, sociólogo turco influenciado por Foucault, Bourdieu e inserido no panorama dos estudos pós-coloniais, que realiza uma genealogia da cidadania. Isin se ocupa de abrir essas categorias para evidenciar os jogos de poder através das quais a cidadania é concedida. Através de uma combinação instável de tecnologias e estratégias solidárias, agonísticas e alienantes⁴⁵ a cidadania é negociada e definida. Neste mesmo processo, também se define quem é o Outro da cidadania, aquele cuja

⁴³O texto de Marshall, publicado em 1963, insere-se no contexto do Estado de bem-estar social na Europa, e procura afirmar a necessidade da ampliação dos direitos de cidadania para conter o avanço da desigualdade social promovida pelo capitalismo

⁴⁴O que foi apontado por Anthony Giddens (Held, 1999).

⁴⁵Isin nomeia algumas: estigmatização, marginalização, heroicização, ritualização, racialização, profissionalização, universalização, confraternização e mediatização.

característica indesejada, problematizada, ajuda a definir o traço virtuoso, o valor do cidadão. Assim, na disputa pelo acesso à cidade, se constituem também as virtudes dos bons, justos, superiores, e as características problemáticas, ameaçadoras dos estrangeiros, estranhos, forasteiros, dos “seres problematizados”. Estes forasteiros também exercem atos de resistência que redefinem estas fronteiras, em ações políticas que ocorrem justamente nas margens da cidadania (Isin, 2002).

Para retomar o exemplar caso ateniense, o “pico de democracia” daquela civilização foi atingido através de intensos conflitos sociais. Não se tratava apenas de um mecanismo de inclusão/exclusão que foi superado, mas de complexas relações de força que disputavam os privilégios vinculados ao pertencimento à cidade-estado – ou à cidadania. Pertencer plenamente à cidade-estado, com aquilo que ela prometia de benefícios, era algo constantemente vigiado, conferido, disputado. Estrangeiros residentes, grupos submetidos por conquistas militares, mulheres, jovens, escravos, camponeses sem terras, artesãos, comerciantes, cavaleiros, religiosos – cada categoria era regida por regras distintas e sujeitas a mudanças, e tinha acesso a diferentes privilégios (Guarinello, 2003).

A um olhar mais atento, a cidadania não aparece como um bloco monolítico, regido por relações binárias: há vários graus que fazem a passagem entre se estar completamente “dentro” e completamente “fora” deste espaço privilegiado (Guarinello, 2003; Isin, 2002). Em Atenas, escravos estavam acima dos estrangeiros residentes na maior parte das situações (exceto os helotas, escravos espartanos que eram mais fortemente controlados). As mulheres, mesmo não sendo consideradas como cidadãs formalmente, tinham acesso a diversos recursos religiosos e legais da cidade – e, em Esparta, elas podiam governar. Além da sobreposição entre categorias, da diferença entre as cidades-estado gregas e dentro da mesma cidade ao longo do tempo, cada uma dessas categorias podia ser internamente múltipla. Historiadores apontam a existência, por exemplo, de pelo menos sete categorias de metecos (estrangeiros residentes) (Isin, 2002).

A palavra cidadania, apesar de seu “berço”, não é grega. Ela vem do latim, e tem origem no período do império romano. *Civis* era a palavra para o cidadão romano, e seu sentido estava relacionado à liberdade. O *civis* é o cidadão romano enquanto ser que é livre. *Civitas* corresponde ao mesmo tempo àquilo que hoje chamamos de cidadania, cidade e Estado, mas também carrega a noção de liberdade em seu centro. Uma *civitas*, composta por *civis*, cidadãos livres. A liberdade aqui carrega seu sentido negativo: é a liberdade enquanto ausência de submissão ou sujeição a outra pessoa⁴⁶ (Funari, 2003).

De forma não diferente dos gregos, a cidadania romana também era palco de intensas disputas. Plebeus, em uma série de revoltas, conquistaram direitos como o Tribunado da Plebe, magistratura com poder de veto às decisões dos patrícios. Foram lutas intensas,

⁴⁶ Assemelha-se a outra palavra romana, *emancipare*, entendida como a retirada da mão que agarra o outro, que o domina. Um pai poderia emancipar um filho antes da idade adulta, abrindo mão sobre seu poder e tornando-o um *civis*, cidadão livre (Funari, 2003).

onde assassinatos de líderes, sublevações escravas (como a famosa revolta de Espártaco) promoviam a duras penas a mobilidade dos direitos de cidadania. A cidadania era um privilégio cobiçado, e, novamente, havia diferentes graus de cidadania possíveis (Funari, 2003).

Outra camada histórica que se sobrepõe à nossa cidadania tem origem nas primeiras comunidades cristãs. Ali, a cidadania aparece como rede associativa, onde não apenas se venerava o mesmo deus, mas se estendia a mão ao “próximo”. Pessoas doentes eram visitadas, pobres ganhavam alimento, órfãs e órfãos acolhidos, presos e viúvas amparados. Nessa rede de caridade, prestar auxílio é ao mesmo tempo a salvação e a ampliação da comunidade cristã, que conquista seu espaço justamente entre quem mais necessitava. A cidadania se reveste assim de um outro aspecto, de um caráter que hoje chamaríamos de humanitário, comunitário, solidário, que também não deixaria de permeá-la (Hoornaert, 2003).

Neste sistema, se define uma hierarquia na qual certos grupos serão desfavorecidos em função de outros – justamente aqueles que serão atraídos pelo cristianismo, como nova fé que professa a possibilidade do pertencimento de todos. Esta comunidade universal anunciada pelo cristianismo, no entanto, também estabelece uma outra hierarquia, entre quem ajuda e quem é ajudado, ação através da qual a salvação fica garantida, mesmo aos privilegiados.

A cidadania aparece então como um sistema diferencial, de estabelecimento de privilégios e liberdades, vinculados ao pertencimento a uma comunidade. Esta comunidade não é algo total, mas sempre parcial, fragmentário, e as filiações são múltiplas, móveis.

A cidadania moderna nasce com as revoluções burguesas (Revolução Inglesa, Francesa e Americana). Estas revoluções, que destronaram a ordem aristocrática para instaurar uma nova ordem social, foram essenciais para constituir o que hoje vemos com toda naturalidade: uma sociedade organizada a partir do indivíduo, com um sistema econômico de mercado, um Estado nacional centralizado e ordenada pela racionalidade e pela ciência.

Estas revoluções foram também chamadas de revoluções liberais, porque a liberdade individual emerge como valor a ser defendido e preservado frente à ameaça despótica do Estado. Afirmar os direitos civis do cidadão e proteger sua propriedade foram o ato inaugural do *Bill of Rights* inglês. Os Direitos Humanos, declarados durante a Revolução Francesa, também têm aí sua origem. Um direito que se funda no próprio ser, que é por isso essencialmente individual.

A ideia de um direito natural surge no século XVII e se fundamenta naquilo que é considerado a característica essencial do ser humano: a Razão. Foi na Razão que o pensamento iluminista encontrou as bases para eliminar Deus e o Estado como fontes fundamentais do direito e da justiça (Odalía, 2003). O mundo iluminista do século XVII e XVIII não duvida da existência de uma verdade absoluta, de uma ordem superior. Sociedade e natureza passaram a ser concebidos como passíveis de um controle racional

e científico. Não se coloca a questão paradoxal de determinar quem podia se considerar possuidor da razão superior e sob que condições essa razão deveria ser exercida como poder. A verdade é única, e passível de ser descoberta (Harvey, 1992).

O governo liberal deve limitar a si mesmo face à necessidade de respeitar a autonomia da “sociedade civil”, da “família”, do “mercado”, do “cidadão livre”. No entanto, o governo não perde sua função primordial, de manter a ordem pública, os regimes familiares adequados, o mercado próspero e os cidadãos responsáveis. Assim, governar de forma liberal envolve a difícil tarefa de tentar conciliar o perigo de governar demais com o perigo de não governar o suficiente (Rose, 2011).

A discussão de Rose remete ao trabalho de Foucault a respeito da relação entre poder e saber. A respeito deste problema que atravessa toda sua obra, podemos sintetizar que, para Foucault, a produção de verdade jamais pode ser dissociada dos mecanismos de poder que a tornam possíveis. Quando refere-se ao poder, Foucault não o limita à atuação do Estado, mas às relações de poder diluídas em toda sociedade, a microfísica do poder. Estas relações locais é que dão consistência aos grandes poderes e dominações, e também onde se localizam as (sempre presentes) possibilidades de resistência (Foucault, 2003). Da mesma forma, o poder se define em jogos de verdade, em relações nas quais se define aquilo que é verdade, aquilo que é dizível ou enunciável. A ciência, por exemplo, é uma das formas de verificação. Está dada por relações específicas de saber/poder, e nestas relações também constitui sujeitos, produz formas de subjetivação.

No programa liberal, aponta Nikolas Rose, as ciências *psi* vieram a desempenhar um papel chave em um governo que precisa governar os sujeitos como cidadãos responsáveis, porém livres. Estes cidadãos precisam ser conhecidos de forma a se poder governar suas ações. O conhecimento toma um papel essencial na condução da conduta alheia. Seja na assistência social, na fábrica, na empresa, nos serviços de saúde, as autoridades profissionais se sustentam em saberes, códigos de conhecimento que procuram entender, classificar, calcular e agir sobre o ser humano.

A partir de Foucault, Rose aponta como o governo dos outros nos regimes liberais e democráticos passa pelo modo como o indivíduo livre governa a si mesmo. Autonomia, identidade, individualidade, escolha, liberdade passam a ser atributos do sujeito, do indivíduo moderno. A liberdade assume uma forma subjetiva, a autonomia que organiza nossa experiência do mundo e de nós mesmos, de forma que podemos ser governados “em termos de nossa liberdade” (Rose, 2011, p.32). Com o liberalismo, as artes do governo ficam sistematicamente ligadas às formas de subjetivação, no sentido que os sujeitos “precisam querer” fazer sua parte. Sem uma identidade previamente dada, as escolhas do sujeito configuram sua identidade, sua personalidade, e o próprio sentido de sua existência. Atuar sobre este “eu” ou *self*, passa a ser imprescindível para o governo das condutas.

Com o neoliberalismo que entra em vigor no mundo a partir dos anos 80, a autonomia individual ganha um status ainda mais central do que no liberalismo clássico. O bem-

estar deixa de ser dado pelo planejamento centralizado e pela burocracia, e passa a ser dado pelas atividades e escolhas empreendedoras de entidades autônomas (organizações e pessoas), cada um tentando maximizar seus interesses e proveitos em suas relações. O empreendedorismo não diz respeito apenas às empresas e corporações, mas também ao indivíduo em sua vida pessoal e profissional. Envolve ter energia, ambição, iniciativa, responsabilidade pessoal, fazer projetos e planos (Rose, 2011).

Constituir cidadãos e cidadãs autônomos, empreendedores de si, está no cerne do governo por meio da liberdade. Assistentes sociais, enfermeiros, psicólogas, psiquiatras, médicas, advogadas, professores, jornalistas, utilizam técnicas diversas para direcionar as capacidades pessoais neste sentido, sempre sob um pressuposto de objetividade, neutralidade e eficiência. Governam o sujeito em seu mundo emocional, doméstico, conjugal, profissional. Rose aponta que os diferentes projetos de governo da conduta pressupõem um determinado tipo de “eu”, unificado, estável, autônomo. É a partir deste marco que o sujeito é conhecido, estudado e que se atua sobre ele (Rose, 2011).

Uma cidadania do avesso?

Falar em cidadania no Brasil envolve reconhecer que esse termo, característico de uma cultura ocidental da qual nos consideramos herdeiros, precisa ser analisado em sua especificidade histórica.

Pra começar, a democracia na história do Brasil é mais exceção do que regra. Embora tenham ocorrido eleições ininterruptas no Brasil entre 1822 a 1930, o processo eleitoral era sabidamente truculento, marcado por violência e irregularidades. Nossa democracia tem, basicamente, algumas dezenas de anos. Além disso, a escravidão só foi abolida entre nós em 1888 – fomos o último, entre os países ocidentais, a libertar os escravos. Os valores da escravidão, amplamente difundidos e aceitos por toda a sociedade, seguem até hoje enraizados na cultura do país, presentes em forma de racismo, discriminação e desigualdade.

No início do século XX, com a formação de uma classe operária urbana, fizeram-se sentir as primeiras grandes lutas por direitos políticos básicos, como o direito de se manifestar, de se organizar, de fazer greve, assim como alguns direitos sociais do trabalhador. A pressão popular foi tal que a elite, também envolvida no seu processo de mudança e com suas alianças locais desestabilizadas, adiantou-se e fez a revolução de 30. A Era Vargas (1930-45) foi marcada pela ampliação dos direitos sociais centrados na figura do trabalhador urbano, com o objetivo de desmobilizar e controlar a classe operária, reprimindo o movimento operário livre e controlando os sindicatos através dos “pelegos”. O regime ditatorial do Estado Novo foi seguido de um breve período de democracia populista e de ampliação dos direitos políticos, que cessou em 1964 com o golpe militar. Esta ditadura representou não apenas a completa suspensão dos direitos civis e políticos, também uma contração da área social – por exemplo, com o desmonte das escolas públicas a partir de

1968 (Carvalho, 2004; Covre, 1991).

Para José Murilo de Carvalho (2004), nossa história permite pensar que teria ocorrido no Brasil uma inversão do processo de constituição da cidadania relatado por Marshall. Isso porque entre nós os direitos sociais nitidamente antecederam a garantia de direitos civis e políticos. Isso teria criado uma cidadania frágil, marcada por uma cultura política de paternalismo, que prioriza interesses corporativos, sem uma organização da sociedade civil necessária para sustentar os reais interesses da população ⁴⁷.

Estas leituras da cidadania no Brasil guardam afinidade com a influente teoria antropológica de Roberto DaMatta (1997) a respeito da cidadania no Brasil. DaMatta afirma que em nosso país as relações familiares, íntimas e de amizade se sobrepõem culturalmente a noções de igualdade, independência e autonomia. Ao contrário de sociedades individualistas e universalistas (como os Estados Unidos), nas quais a cidadania teria sido concebida justamente como mecanismo igualitário que visava minimizar relações de privilégio e tratar todos de forma semelhante no respeito às leis, no Brasil o sistema de cidadania remeteria mais a um estado de vulnerabilidade, do sujeito que está à mercê do Estado em sua brutalidade e indiferença.

O autor remonta este desvio à história colonial do Brasil, que já desde o princípio se organiza a partir de um Estado centralizado e explorador. As relações pessoais se desenvolvem como forma de fazer face a essa rigidez, procurando brechas para as singularidades locais. Para DaMatta, ser uma cidadã ou um cidadão no Brasil teria uma conotação negativa, para marcar quem está em posição de inferioridade ou desvantagem (“o cidadão não tem todos os documentos em ordem!”). Já o seu oposto seria quando alguém se autoriza a dizer “você sabe com quem está falando?”. O “carteiraço” se opõe à nudez da cidadania exposta em sua fragilidade frente a um sistema no qual as leis só valem para a parcela da população despossuída de relações com pessoas “importantes”. Isto teria como resultado uma cultura fortemente hierárquica, clientelista, sujeita a todo tipo de burla às leis.

Do ponto de vista de Roberto DaMatta, as sociedades desenvolvidas, de “primeiro mundo” seriam homogêneas, igualitárias, individualistas e exclusivas, ao passo que o Brasil seria uma sociedade relacional, heterogênea, desigual e inclusiva. Num caso o que conta é o indivíduo e o cidadão; noutro, o que vale é a relação. A relação aponta justamente para a necessidade de criar uma posição intermediária, um espaço entre “a casa e a rua”, uma possibilidade de conciliação criativa entre estes dois mundos tão distintos, entre os quais se equilibram as brasileiras e brasileiros.

⁴⁷Leitura semelhante é realizada por outro autor influente, Pedro Demo, (1995), que identificou no Brasil a existência de uma “cidadania tutelada”, uma cidadania decorrente do clientelismo e do paternalismo, na qual os benefícios são concebidos como benesses, dadas de uma elite em relação aos menos afortunados. Outro tipo de cidadania presente no país seria a “cidadania assistida”, onde há direito à assistência, mas se reproduz uma dependência da população em relação aos benefícios estatais. O tipo a alcançar, para Demo, seria uma “cidadania emancipada”, onde, através da competência, o sujeito assumiria a condução de seu destino. Através da educação, da organização política, o indivíduo tornaria-se um sujeito crítico e político, condição para superar sua opressão material.

Em oposição a DaMatta, a seu precursor Gilberto Freyre e a toda uma vertente da teoria social brasileira, encontramos a sociologia de Jessé Souza (2009), que em seu livro “A Ralé Brasileira” faz uma crítica a este tipo de leitura de nossa realidade. Souza aponta nesta vertente uma leitura demasiado simplista da realidade social brasileira, que fica reduzida a um viés culturalista e obscurece a questão do poder, do racismo, da opressão de gênero, da luta de classes e da desigualdade econômica.

Concordamos com Souza que há, entre um grande número de intelectuais brasileiros, a tendência a comparar o Brasil a países da Europa e Estados Unidos, atribuindo ao desenvolvimento da cidadania no Brasil uma inferioridade que muitas vezes adquire um viés excessivamente cultural e/ou moralizante. Ficamos aprisionados, neste sentido, por termos nossa moralidade dúbia, nossa tendência à corrupção, ao jeitinho, enquanto idealiza-se a cidadania civilizada que se desenvolveu no “primeiro mundo”. Apaga-se a ligação entre o processo de colonização (seja no período colonial, de colonização europeia, ou no período moderno, de colonização norte-americana) e a exploração de enormes contingentes da população. Quando há uma leitura histórica, muitas vezes ela também esbarra no aspecto comparativo (como em Carvalho, quando afirma que a ordem de aquisição dos direitos de cidadania foi invertida, como se fossem pré-requisitos lógicos ou cósmicos).

Para Souza, o conceito de cidadania envolve a construção de um laço social que vá além dos laços de sangue, de localidade, por uma responsabilidade mais ampla, de solidariedade e responsabilidade coletivas. No entanto, aponta o autor, as práticas de poder se opõem constantemente a estes ideais de liberdade e igualdade, ao mesmo tempo que mascaram a existência e a persistência das desigualdades através do mito da meritocracia. De acordo com a visão meritocrática, os privilégios na sociedade moderna não seriam mais transmitidos por sangue ou classe social, mas pelo sucesso, pelo talento, pelo mérito individual. Através da atribuição do privilégio às conquistas individuais, a sociedade moderna é legitimada como justa. Indivíduo e sociedade são separados de tal forma que todo sucesso ou fracasso são individuais, desligados de quaisquer determinantes sociais.

O que o autor procura desconstruir é a visão de que sociedades “desenvolvidas” como a norte-americana seriam igualitárias, quando mascam sua desigualdade em um sistema de meritocracia individual. E que a sociedade brasileira seria desigual por uma questão de inferioridade cultural, quando na realidade a reprodução da “ralé”, ou seja, de uma enorme classe que, geração a geração, é mantida à margem, envolve mecanismos complexos que são invisibilizados, de forma que esta própria classe é culpabilizada por sua condição subalterna.

A característica de desigualdade extrema da sociedade brasileira, para Souza, não se daria por questões culturais, mas por uma indiferença geral frente a uma classe “condenada a ser apenas corpo” (p.122), frente à não socialização das condições sociais que permitem acesso ao trabalho, à ação individual, ao pensamento crítico. Efetivamente, Souza vai demonstrando, através de pesquisas empíricas locais, a enorme complexidade de fatores

que sustentam esta desigualdade, como a objetificação sexual feminina, o machismo, a não proteção da infância, a má-fé dos serviços públicos, a exploração do trabalhador. Assim, vai desconstruindo outras visões sociológicas que apontam para a imoralidade da classe pobre, supostamente violenta e corrupta, e que localiza nesta imoralidade a raiz de seus problemas.

Ao mesmo tempo em que enfatiza condições materiais, Souza também aponta para o mito do indivíduo autônomo e racional que está na base da condição de cidadania. Demonstra como estes valores (de autonomia, racionalidade, expressividade emocional, disciplina, contenção, valorização do trabalho, planejamento) tornam-se pre-requisitos psicossociais para o mérito e o sucesso na sociedade burguesa/capitalista, e como esta construção subjetiva é inacessível à “ralé brasileira”.

O capital econômico das classes realmente favorecidas continua a ser transmitido em grande parte por sangue (como em qualquer sociedade pré-moderna, embora isso seja mascarado no discurso capitalista). Assim, a classe média é a classe que valoriza efetivamente a meritocracia, visto que dispõe apenas do capital cultural para ultrapassar a fronteira entre sucesso e fracasso social. No entanto, o acesso a esse capital exige toda uma economia emocional, uma incorporação de pressupostos, certo *habitus* exigido, e que marca a fronteira entre as classes que conseguem ou não acessar esse capital (Souza, 2009).

Se entendermos a cidadania como um sistema de pertencimento e igualdade, a cidadania no Brasil torna-se quase uma miragem, um objetivo praticamente inalcançável frente à complexidade de questões econômicas, sociais e culturais que atuam no sentido de promover a desigualdade. Neste sentido, estamos sempre aquém, sempre falhando em nosso processo civilizatório. No entanto, se compreendermos que a cidadania não se refere a um vácuo das relações de poder, pelo contrário, é justamente por estas relações de poder que se definem constantemente as margens da cidadania, o Brasil deixa de ser entendido como culturalmente inferior para se caracterizar como um país onde os privilégios se definiram de forma muito mais intensa desde o início de nossa história. Ou seja, a definição de quem é cidadão no Brasil se deu de uma forma extremamente violenta, e desse modo foi sendo naturalizada e legitimada por uma série de mecanismos que mantêm a cidadania exatamente desta forma. Não há saídas fáceis, cordiais; há apenas a possibilidade de fazer enfrentamento cotidiano a este sistema, em suas dimensões micro e macropolíticas.

3.2 A loucura e o paradoxo da inclusão

As pautas iniciais da reforma psiquiátrica, coordenadas com a agenda da reforma sanitária, concebiam cidadania e saúde como questões indissociáveis. Argumentava-se que a doença não pode ser isolada de um processo de exclusão social e marginalização de enormes parcelas da sociedade brasileira. A saúde tem seus determinantes sociais, e não pode ser alcançada sem acesso à habitação, transporte, educação, trabalho e lazer. Oferecer

condições dignas de vida à população era concebido como algo prioritário, em sintonia com as lutas pela democratização e justiça social no Brasil. No relatório da 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental, a questão da cidadania é tratada exatamente desta forma. A cidadania “implica na participação ampla dos indivíduos em todos os aspectos da vida social e no acesso dos mesmos aos bens materiais e culturais da sociedade em um determinado contexto histórico”(Brasil – Ministério da Saúde, 1988, p.21). Implica também em incluí-los no sistema de garantia de direitos “civis, sociais e políticos” (Brasil – Ministério da Saúde, 1988, p.21), identificados com a cidadania.

Pensar uma cidadania universal estendida a toda a população brasileira colocava-se como questão quando se identificava que uma parcela desta população, submetida ao poder psiquiátrico, permanecia interdita, tutelada, excluída e violentada dentro dos muros de uma instituição total. A essa injustiça pretendia-se endereçar a reforma psiquiátrica. O “reclame da cidadania do louco” (p.27) é, para Fernando Tenório (2002), a marca distintiva e fundamental da reforma psiquiátrica, assim como a defesa dos direitos do “usuário” torna-se seu argumento originário. A cidadania de quem se encontrava ao mesmo tempo sob a tutela do Estado mas fora das trocas sociais se apresentava como uma questão central para o Brasil que buscava sua restauração democrática.

Benilton Bezerra Jr.(2005) e Jubel Barreto (2005) apontaram o quanto a cidadania transformou-se, dentro da reforma psiquiátrica, em indicador de êxito e fracasso dos projetos terapêuticos. Ao mesmo tempo, é um dos conceitos menos pensados dentro das reflexões teóricas e pesquisas da área. Segundo Barreto (2005), “a maioria, senão a totalidade, dos textos sobre a reforma não se ocupa de pensar o conceito, optando por considerá-lo uma noção consensual ou um truísmo”(p.23). Bezerra Jr. afirmou que o aparente consenso na reforma psiquiátrica sobre a centralidade da cidadania esconde a ausência de um efetivo debate e a grave insuficiência teórica quanto a noções fundamentais. É como se o conceito tivesse se tornado algo que não demanda explicitação, uma palavra cujo sentido é transparente.

Algo parecido estaria se passando com o termo “autonomia”, que encontrou morada cativa ao lado da cidadania. Também a “autonomia” que se procura produzir nos serviços carece de uma reflexão mais cuidadosa, que permita tornar a articulação sujeito-cidadão algo mais que uma simples justaposição de termos referidos a universos semânticos distintos (Bezerra Jr, 2005). Erotildes Leal (2001) afirmou que, dentro do campo da reforma psiquiátrica, se toma a “produção da autonomia” como um certo ideal de cura. Ela é frequentemente considerada como o que de mais importante o tratamento pode produzir.

A autora identificou quatro compreensões de autonomia no discurso da reforma psiquiátrica, na tentativa de explicitar concepções de sujeito e de mundo que muitas vezes são implícitas. Primeiro, identificou a autonomia referida como livre-arbítrio, independência, autossuficiência e autogoverno. Iguala-se subjetividade à individualidade, sem conexão com o social. Na segunda compreensão, a autonomia surge como uma característica sem-

pre limitada, em função da divisão interna do sujeito. O sujeito da vontade (eu) é visto como permanentemente cerceado, e o social como instância introjetada em seu “interior”. A clínica tem pouca conexão com a política, pois lida com este social interiorizado.

Na terceira compreensão, a autonomia refere-se ao indivíduo livre, independente, autossuficiente, limitado apenas pelas obrigações para com o meio onde está inserido. Indivíduo e social são articulados, mas a subjetividade não é pensada a partir da história, pois é definida a partir de uma essência. Na quarta compreensão, a autonomia é definida como a capacidade do indivíduo de gerar normas para sua vida, de ampliar e multiplicar suas relações sociais. É uma concepção que analisa o caráter processual e a historicidade da subjetividade. O risco que se apresenta, para a autora, é de se perderem as possibilidades de teorização e conhecimento tanto do indivíduo quanto da sociedade, em uma ilusão de indeterminação.

Joel Birman (1992) explicou que o tema da cidadania na reforma psiquiátrica começou a circular nos anos 80, a partir do reconhecimento de uma dívida do Estado brasileiro para com as/os doentes mentais, em função de sua longa exclusão social e da consequente ruptura de laços sociais. De acordo com esse discurso, estas pessoas estariam em uma condição negativa de cidadania, devido ao não-reconhecimento de seu estatuto legítimo de cidadania. Portanto, caberia à reforma psiquiátrica resgatar esta cidadania, restituindo-a legalmente e empiricamente, através da mudança da legislação e através de novas práticas de cuidado na perspectiva da reinserção social.

A cidadania da/do doente mental é a cidadania daquele ser que, apesar deter direitos humanos fundamentais, encontra-se apartado destes direitos. O hospital psiquiátrico, que se quer combater, é seu algoz. Nada, ou quase nada, é permitido a quem está internado no manicômio. Por isso fala-se em “resgate de sua cidadania” - ela está efetivamente sequestrada dentro do hospital. A necessidade de sua libertação é inquestionável.

Sua cidadania é presumida, como aponta Birman, pela naturalidade de seu estatuto como ser humano. Sua tríade de direitos (civis, políticos e sociais) precisa ser resgatada com sua saída do hospital, ou com a mudança deste para um ambiente humanizado, onde seus direitos sejam respeitados. No entanto, a relação entre cidadania e loucura não teria sido suficientemente analisada pelos atores da reforma, constatou Birman.

Para analisar essa relação, Birman resgata a obra inaugural de Foucault, “A História da Loucura na Idade Clássica”, na qual o autor apresenta uma história do pensamento humano a respeito da loucura. Nesta obra, Foucault identifica um momento histórico em que a loucura figurava como portadora de uma verdade, de uma positividade. É a loucura sob um olhar trágico, que a percebe como algo da ordem do obscuro, pertencente ao reino do sobrenatural – a loucura como saber esotérico, cósmico, de uma ordem não-humana portanto (Foucault, 1978). Esta visão teria existido, em um momento passado, reservando à loucura um lugar simbólico não desqualificado, não necessariamente inferior porque incomensurável, radicalmente distinto (Birman, 1992).

Esta visão trágica da loucura teria existido antes do momento iluminista, quando a loucura se reveste de uma visão crítica. Esta esteve ligada ao seu encarceramento nos hospitais, nos quais a loucura perde seu significado de verdade e transforma-se em ausência de razão. Para Foucault, a ruptura com a visão trágica e a passagem para a concepção crítica da loucura ocorre no Renascimento, quando a loucura é transportada para dentro do universo da razão. Na filosofia de Erasmo, por exemplo, encontramos a noção de que a loucura está em todos, no sentido que diz respeito ao erro, à vaidade, à distância da sabedoria, aos excessos que nos constituem a nós, falíveis humanos (Erasmo, 2003). A loucura passa, assim, ao reino do humano; a razão passa a acolher a loucura, tornando-se capaz de tomar consciência dela, de distanciar-se dela e encontrar nela própria o erro, assim como faz Erasmo quando elenca todas as faces da loucura humana em um exercício racional.

A era clássica vai marcar um outro momento deste processo: com “a grande internação”, a Europa produz outros sentidos para a loucura. Ela é colocada lado a lado com os problemas sociais e morais da cidade, perdendo sua especificidade trágica, e adentrando o universo da moral e da culpa. Foucault aponta a ruptura do pensamento filosófico como uma passagem importante do Renascimento para o Iluminismo clássico.

A loucura é expulsa do universo da razão e da verdade, em um segundo movimento que decorre de sua própria inclusão neste universo. Se a Renascença realiza a operação de dominar a violência da loucura, trazendo-a para dentro da humanidade, a Era Clássica faz a operação seguinte, de excluir a loucura juntamente com todo tipo de vício moral, circunscrevendo o campo da desrazão, onde a verdade não pode jamais ser encontrada (Foucault, 1978).

A prática da internação no Hospital Geral é um ótimo exemplo do processo de criação de alteridade operado pela cidadania, conforme Isin (2002). Isso porque a grande internação não isola a figura preexistente do louco. O gesto de internar agrupando diversos tipos de desviantes morais, incluídos aqueles que hoje são definidos como doentes mentais, engendra uma outra percepção da loucura, diferente daquela que estava instituída na era medieval ou no Renascimento. O internamento é a estratégia que cria essa nova figura estranha, uma nova alteridade:

alterando rostos familiares na paisagem social a fim de fazer deles figuras bizarras que ninguém reconhecia mais. Suscitava o Estrangeiro ali mesmo onde ninguém o pressentira. Rompia a trama, desfazia familiaridades; através dele, algo no homem foi posto fora do horizonte de seu alcance, e indefinidamente recuado em nosso horizonte. Resumindo, pode-se dizer que esse gesto foi criador de alienações (Foucault, 1978, p.81).

Em outras palavras, o louco sai da cena da cidade na mesma medida que a racionalidade se impõe como atributo do cidadão moderno. A internação diferencia os imorais, estranhos,

bizarros, dos indivíduos corretos, racionais e bem-comportados segundo os padrões morais da época.

Retornando a Birman, este processo de perda da experiência trágica remete ao “desencantamento do mundo”⁴⁸: a destituição simbólica do poder da magia, da figura da mulher, que resulta na dessacralização do mundo. O indivíduo emerge como artesão de si e do mundo, alguém capaz de inventar o mundo pelo poder de sua vontade, cessando de acreditar na harmonia cósmica de um mundo infinito e misterioso. A medicina, assim, se estabelece como saber científico sobre a vida e a morte, erigindo um monopólio do poder simbólico sobre o corpo e a dor. Ocupa o lugar estratégico oferecido à ciência pela razão iluminista, e o lugar estratégico atribuído pelo Estado na gestão das condições de saúde da população (Birman, 1992).

A psiquiatria se institui como modalidade de saber que se ocupa da cura das individualidades alienadas, devendo produzir a saúde moral das populações. As estratégias do tratamento moral são sustentadas pela teoria das paixões, compreendidas como resquícios de natureza não-regulada pela sociedade. O tratamento moral consistia justamente em impor a vontade coletiva no ser desmesurado, dominado pela animalidade, deslocando-o para a ordem da sociedade. O hospital psiquiátrico emerge como organismo de um modelo assistencial centrado no Estado e baseado no recente discurso da medicina. Este modelo assistencial e essa racionalidade teriam retirado dos doentes mentais seus direitos de cidadania. Ao menos enquanto permanecessem doentes, seus únicos direitos seriam o direito ao tratamento e à “proteção” do Estado.

À medida que a loucura é transformada em doença mental, o doente mental torna-se um ser mutilado na sua razão (impossibilitado de acesso à cidadania ou à autonomia entendidas a partir da concepção moderna):

O louco não poderia exercer sua vontade e ter discernimento para se apropriar legitimamente de sua liberdade (...) a figura do doente mental não era reconhecida como a de um ser inscrito nos universos da razão e da vontade, não podendo conseqüentemente ser representado como um sujeito do contrato social (Birman, 1992, p.74).

O doente mental, para Birman, constrói-se como a figura do não-cidadão, do não-sujeito, de ser excluído da cidadania, tendo em vista que a Psiquiatria retira do louco suas condições de cidadania por seu estatuto de doente irracional. Para Birman, a exclusão social da loucura verifica-se pela exclusão dos loucos do espaço familiar, do espaço da cidade, por seu isolamento dentro do manicômio. Acrescentaríamos ainda que a exclusão social da loucura circunscreve a própria loucura como espaço de não-cidadania, como alteridade em relação à qual se funda o cidadão racional e autônomo. Não há sujeito racional a não

⁴⁸Termo cunhado por Max Weber.

ser em sua oposição ao sujeito irracional; não há cidadão autônomo sem a existência do alienado, dominado pelas paixões.

O “paradoxo estrutural” identificado pelo autor remete justamente à condição constitutiva do doente mental e da Psiquiatria como saber sobre a loucura. A doença mental ao mesmo tempo permite ao louco um reconhecimento social como enfermo, garante seu direito à assistência, também autoriza sua marginalização através da destituição de outra parcela de direitos. Afirma Birman: a condição de cidadania do louco não tem uma positividade “líquida e certa”, que teria sofrido desvios de rota através de uma distorção dos verdadeiros direitos dos doentes. Essa positividade nunca existiu, nem de fato nem de direito; ela é uma ilusão constitutiva da psiquiatria.

Portanto, para Birman, a figura do louco não se superpõe à do cidadão, visto que a Psiquiatria, ao produzir a doença mental, retirou sua possibilidade de ser sujeito da razão e da vontade. Mas, ao mesmo tempo, essa transformação entra na ordem do possível, do desejável, daquilo que se pode alcançar pela via do tratamento. Diferentemente de sua condição antropológica no Antigo Regime, quando a perda da razão e da vontade eram consideradas como danos irreparáveis, com a modernidade a loucura enquanto doença mental passou a ser passível de restauração⁴⁹.

Consequentemente, o louco poderia restabelecer a sua condição de sujeito sendo submetido ao sequestro asilar, com finalidades terapêuticas, para que pudesse recuperar sua condição de sujeito do contrato social. Birman reconhece uma certa “pedagogia da sociabilidade” como dimensão fundamental do tratamento moral: o reconhecimento da hierarquia asilar, a inscrição nas regularidades do processo de trabalho e das demais regularidades coletivas do asilo eram centrais para o tratamento. A partir de uma postura de docilidade e obediência, submetendo-se à suposta vontade coletiva, o louco poderia recobrar sua razão. O reconhecimento das normas que regulam o contrato social era, simultaneamente, o tratamento e o sinal da cura.

O que Birman ressalta é que essa “pedagogia da sociabilidade” não se restringiu ao tratamento moral, mas encontrou lugar em diversas práticas psiquiátricas. Mesmo nas Psiquiatrias “reformadas” (como na proposta da comunidade terapêutica, da psiquiatria comunitária, de setor, da praxiterapia, etc.) persiste a identificação com o projeto político de produção do “cidadão ideal para o espaço social” (p. 86). Ele afirma: “a tentativa de ruptura da psiquiatria com o espaço asilar teve como contrapartida a produção de uma ordem social asilada pela psiquiatria, onde essa regularia a produção da cidadania” (p.86).

Marcel Gauchet e Gladys Swain (1999) questionaram o efeito de exclusão identificado por Foucault (e também por Birman e por tantos outros autores da reforma psiquiátrica) na constituição da psiquiatria clássica. Para Foucault, o famoso ato de Pinel de libertar os loucos dos grilhões não pode ser considerado uma ruptura histórica, pois Pinel mantém o isolamento do doente mental dentro da instituição asilar. Gauchet e Swain, de maneira

⁴⁹Nesse ponto, Birman concorda com a leitura de Gauchet e Swain, que pontuaremos a seguir.

oposta, percebem no gesto uma clara ruptura. A partir de uma revisão dos dados históricos, identificam na obra de Pinel e de seu seguidor, Esquirol, uma operação de inclusão ao invés de exclusão. Argumentam que estes psiquiatras propuseram, ao contrário do que a obra foucaultiana faz pensar, a possibilidade de restituição da razão pelo tratamento.

Ao invés de entenderem que a doença mental exclui o louco ao circunscrevê-lo na desrazão, Gauchet e Swain entendem que toda a proposta democrática, iluminista, sustentada pelos direitos humanos que está por trás da obra de Pinel e Esquirol pretende justamente incluir a loucura dentro do campo da humanidade, propondo a persistência de um núcleo racional em meio à loucura.

Para eles, a presença do louco na cidade medieval, sua proximidade física ao universo dos não-loucos pode parecer uma forma de inclusão quando comparada ao seu isolamento no asilo, mas isso não passaria de uma percepção ilusória. Justamente por sermos (como Foucault) atravessados pelos ideais democráticos oriundos da Revolução Francesa, é que enxergamos no tratamento medieval ao louco uma maior tolerância à loucura, um respeito à diversidade ou à dimensão trágica da loucura. A visão de Foucault teria sido distorcida por sua perspectiva moderna, que identifica no louco um semelhante. Para Gauchet e Swain, a proximidade física do louco na era medieval não era problemática justamente porque o louco não era reconhecido como humano. A loucura era portadora de uma diferença radical, sendo ora infra-humana ora supra-humana. Essa compreensão hierárquica, vertical, difere da concepção horizontal que teria sido inaugurada pela Revolução Francesa. A partir do momento em que a igualdade entre os seres humanos se torna um pressuposto básico, quando se postulam certos direitos humanos universais, é que se passa a esperar dos loucos um determinado comportamento visto como humano. Assim, o confinamento a partir de Pinel ganha outro sentido: inaugura a possibilidade de restituir a razão, e assim devolver o doente mental ao convívio civilizado (Gauchet & Swain, 1999; Bezerra Jr, 1992).

Pinel e Esquirol teriam postulado a persistência de um núcleo racional na loucura, apesar da desordem imposta pelas paixões e pela perda da unidade que caracteriza o ser normal. A perda da integridade subjetiva, para eles, não seria total, e conferiria a possibilidade da cura. Este otimismo inicialmente (com Pinel) teria se dirigido à relação médico/paciente e à possibilidade de dialogar com o insensato. Esquirol haveria deslocado este foco da relação dual para a relação paciente/instituição, tomada como *locus* de ressocialização. Assim, ao contrário da tese da exclusão, defendida por Foucault, com Pinel e Esquirol haveria se estabelecido um acesso da psiquiatria ao alienado mental, abrindo um caminho para a sua reintegração (Gauchet & Swain, 1999; Weymans, 2009).

A obra de Gauchet e Swain frequentemente é colocada em oposição à História da Loucura, como uma espécie de correção histórica⁵⁰. Entendemos que esta oposição destaca ao mesmo tempo a parte menos interessante da obra de Foucault (quando se identifica

⁵⁰Como defende por exemplo Freitas (2004).

exclusão por todo lado)⁵¹ e a parte menos interessante da obra de Gauchet e Swain (um certo revisionismo otimista da Psiquiatria pineliana). Certamente, este otimismo é um traço inegável de sua obra, e que diz respeito justamente à influência de Alexis de Tocqueville sobre Gauchet, cuja teoria da democracia percebe na civilização uma expansão humanista e da igualdade de condições (Weymans, 2009; Seigel, 1999). Ou seja: os autores partem de um ponto de vista diametralmente oposto ao de Foucault, e, por este motivo, chegam a conclusões tão radicalmente diferentes.

Foucault, como explicamos anteriormente, também percebeu a inclusão da loucura dentro da racionalidade como um traço da “visão crítica”, e demonstrou como este movimento apaziguou a alteridade violenta da loucura, tornando-a mais próxima de nós. Gauchet e Swain percebem esse mesmo movimento no ato de Pinel, embora não o reconheçam como ato nefasto, justamente porque compartilham sua crença na benevolência humanista. Ou seja, em certa medida é o mesmo fenômeno que apontam, aquele da inclusão da loucura no universo humano, da redução de sua alteridade a um tipo de fraqueza, de desarranjo, de doença. A exclusão, para Foucault, se dá posteriormente, no ato de internar e hierarquizar a humanidade a partir da razão. Em outras palavras: se somos todos humanos, somos todos cidadãos, mas apenas aos racionais reservamos a liberdade, a cidadania, a plenitude dos direitos. Aos desarrazoados, resta o direito de serem tratados “humanitariamente” isolados no hospício. Foucault, portanto, denunciou a exclusão dentro de uma perspectiva inclusiva.

De maneira distinta, Gauchet e Swain enfatizaram a inclusão por não a perceberem como hierarquizante, mas como igualitária, justamente porque oferece à loucura uma saída (a do tratamento). Fazem portanto um outro julgamento de uma questão semelhante, a partir de sua leitura tocqueviliana da realidade social.

A parte interessante da obra de Gauchet e Swain parece se localizar em relação a outros problemas – por exemplo, a função do manicômio como laboratório da modernidade. Eles apontam que o manicômio, à semelhança do panóptico, foi uma das formas da esperança utópica de reforma das instituições através de um apelo à razão, característica da modernidade. Ele nasce de uma ideia de ordem institucional derivada da própria aspiração democrática, de um projeto de organização do espaço coletivo que modifique o homem. O paradoxo que identificam é que justamente quando a sociedade se liberta de uma dominação exterior, através do processo da Revolução Francesa, e toma supostamente “seu destino nas próprias mãos” é que a sociedade se experimenta ainda mais despossuída de seu destino, à medida que se criam formas e mais formas de gerenciamento sobre a vida

⁵¹Heliana Conde Rodrigues (2007) questionou este uso da teoria de Gauchet e Swain, ao evidenciar o quanto visões que relativizam o peso excludente da Psiquiatria podem ter o efeito de apaziguar a crítica feroz à Psiquiatria feita por Foucault. Ela ressaltou, ainda, o quanto a História da Loucura é geralmente lida de forma simplificada, como se apenas apontasse exclusão por todos os lados – ao passo que é portadora de uma grande complexidade, revelando diversas sutilezas do processo histórico que passam batido em leituras mais apressadas.

em seus mais diversos aspectos. O indivíduo que toma posse política de si mesmo simultaneamente torna-se passível de sofrer a ação dos outros, uma ação que pretende modificar as regiões mais profundas do seu ser.

De um lado, o poder requer o estabelecimento de um lugar a partir do qual nada pode escapar, do qual tudo pode ser descoberto, controlado, supervisionado e verificado a qualquer momento. E, por outro lado (...) o poder é acompanhado pela vontade de se produzir uma sociedade que coincida perfeitamente com os sagrados princípios que lhe foram inculcados de fora (tradução livre de Gauchet e Swain, 1999, p.50)

O asilo não é, para os autores, o signo da exclusão, mas reflexo da utopia de modelar o homem pelo ambiente, pela hierarquia, pela arquitetura, pela disciplina.

Concordamos com Analice Palombini (2007), quando afirma que podemos tomar a obra de Gauchet e Swain e a obra de Foucault como

leituras paralelas quanto ao mesmo objeto, que seguem focos e métodos distintos, mas sem se contradizer. Ou seja, o tema da humanização do asilo, presente no livro de Gauchet e Swain, não se opõe necessariamente ao do poder conforme descrito por Foucault, mas antes revela a face produtiva deste. Da mesma forma, o poder disciplinar pode ser lido como a interpretação foucaultiana da sociedade democrática, que é o foco do interesse da pesquisa de Gauchet e Swain (p.83/84).

Gauchet e Swain (assim como Nikolas Rose, que revisamos anteriormente) reconhecem que é apenas na democracia que a sociedade assume responsabilidade para realizar o potencial humano de todos os seus membros (custe o que custar!). É na democracia que se pretende responsabilizar os indivíduos por sua existência ao mesmo tempo que torná-los objetos de uma atividade reformadora. Quando os homens deixam de ser geridos por deuses ou reis, tornam-se suscetíveis a tais intervenções.

Entendemos que essa análise do aspecto produtivo do poder manicomial é algo importante para esta tese. Juntamente com as pistas trazidas por Birman, somos capazes de pensar no manicômio não como aquilo que retira a cidadania do louco, que o exclui daquilo que é seu por direito, mas como aquilo que pretende reinstaurar sua cidadania através da restituição da sanidade. A produção do cidadão ideal para o espaço ideal, a regulação da produção da cidadania, tudo isso faz parte do projeto do manicômio como utopia totalizante. A liberdade obtida pelas revoluções burguesas se acompanha da criação de instituições pedagógicas, corretivas das mais variadas formas, todas necessárias para se regular essa própria liberdade – e o manicômio não deixa de ser uma delas.

É interessante notar que, no mesmo contexto histórico que surge o conceito de cidadania e direitos humanos, foi construído também o conceito de alienação mental. Philippe

Pinel foi um importante político da Revolução Francesa, deputado eleito da Assembleia Nacional Constituinte e, portanto, um dos construtores do conceito moderno de cidadania (Amarante, 2007). A recuperação da razão como “ponte” para cidadania faz parte deste contexto.

Para além da questão inclusão/exclusão, as diferenças entre a obra de Foucault e a de Gauchet e Swain se tornam realmente incontornáveis quando tocam em um outro problema. A saber: seria possível incorporar uma diferença radical a um sistema, sem reduzi-la às qualidades daquilo que é dominante? Seria possível “incluir” a loucura sem pretender que ela se confronte sempre com aquilo que lhe falta? Para Gauchet e Swain, a resposta é não. Quando a loucura adentra a humanidade, ela perde seu aspecto sagrado, trágico, transcendente. O Outro só pode ser incluído como “alter-ego”: como alteridade que se assemelha ao eu (Weymans, 2009).

Foucault, como sabemos, deu uma resposta diferente. Sinalizou a especificidade desta experiência trágica, cujos resquícios se encontram em determinadas produções artísticas e literárias. Percebeu nela a possibilidade de transgredir a racionalidade moderna, de criar linguagens inúteis, oníricas, que falam de outra ordem (humana, demasiado humana) que não aquela do humanismo iluminista. A alteridade radical, portanto, como algo que perturba e transforma a ordem hegemônica, e não como algo que se equipara a ela, que deve alcançá-la. É justamente esta ligação com o trágico que tornou a sua primeira obra tão única ⁵².

De forma semelhante, Birman também entende que o paradoxo da cidadania só encontra resolução (ou melhor, uma certa fuga) quando é possível restituir alguma verdade à esfera da loucura. O paradoxo da cidadania se paralisa no momento em que não se reconhece sua diferença radical, quando se subtrai a veracidade de sua experiência. É preciso, por exemplo, constatar que não há dívida da loucura para com a nossa razão científica, que não há falta a ser preenchida para que o louco torne-se sujeito de razão e de vontade. Citando diretamente o autor:

É preciso considerar que esse modelo ideal do sujeito e da cidadania, construídos no século XVIII pelo pensamento iluminista, é somente uma das modalidades possíveis de subjetividade e que existem diferentes processos de subjetivação. A loucura (...) revela a multiplicidade de formas outras para a existência do sujeito, que são certamente estranhas para os princípios da razão iluminista (Birman, 1992, p.88).

Através de um novo encantamento do real poderíamos colocar limites à razão científica, às suas utopias, de forma que a experiência da loucura possa ser novamente a fonte de

⁵²Sobre a História da Loucura, Castel relembra: “Assim se podia ler ‘História da Loucura’ nos meados dos anos 60: ao mesmo tempo como uma tese universitária na linha (...) de Bachelard e Canguilhem e como uma evocação dos poderes obscuros do proibido, à maneira de Lautréamont ou de Antonin Artaud. Essa montagem paradoxal conferia à obra sua situação única, fascinante para uns, irritante para outros, ou as duas coisas ao mesmo tempo...” (Castel, 1986, citado por Rodrigues (2007, p.44))

uma outra forma de dizer, de sentir e de fazer? Para Birman, apenas nesse mundo a loucura poderia, talvez, ser inserida novamente no espaço social, reconhecida plenamente na sua cidadania, e não sendo mais uma “cidadania tresloucada” como aquela cidadania capenga que lhe é oferecida em nosso mundo contemporâneo. Mas talvez a ideia de uma cidadania tresloucada pudesse ser pervertida do sentido original de Birman. Ao invés de uma cidadania incompleta, a “cidadania tresloucada” não seria melhor definida como justamente essa cidadania que se deixa contaminar pela diferença e pela multiplicidade, encarnadas às vezes na loucura, na arte, na experiência trágica?

...

A superação das práticas manicomiais proposta pela reforma psiquiátrica envolveu um corajoso enfrentamento da violência e da dominação que era promovida pelo aparato psiquiátrico. No entanto, após esta operação de libertação abriram-se todas as questões e dilemas que a liberdade traz consigo. Como inserir a pessoa “louca”, o “doente mental” na sociedade? Como resgatar sua cidadania, devolver sua autonomia?

Nos acostumamos a pensar a cidadania a partir da ideia de um espaço público aberto e permeável, regido por direitos e deveres estabelecidos e garantidos juridicamente, no qual uma certa operação de inserção ou inclusão seria possível. Localizamos no passado, nas conquistas gregas e modernas, nossos marcos civilizatórios, como se fôssemos herdeiros diretos de lutas previamente feitas, hoje desnecessárias. Por vezes, no confronto com este passado também nos desiludimos com as impossibilidades do presente. No entanto, Luiz Antônio Baptista (2015) nos adverte:

Deste passado grego não se encontra um clamor de saudade, a sedução para que retorne intacto com suas promessas (...) A nostalgia de um passado idealizado obscurece as interpelações desacomodadoras da atualidade; nesta idealização, o passado torna-se morto, acabado, e o agora, um vasto campo de impossibilidade (p.188).

Na comparação com os gregos, com os europeus modernos, nos situamos “do avesso”. Somos brasileiros nascidos todos errados, como Macunaíma. É chegada hora de abandonar a estratégia da comparação, do contraste, para pensar a partir do presente. Deixar a sobreposição dos ideais para revelar o que nossa realidade também tem de possibilidades, quando nos dispomos a vê-las. Abandonar a cidadania e a autonomia como utopias, no sentido do *u-topos*, do não-lugar, do lugar sempre inexistente, onde queremos inserir o outro. Seriam essas utopias o motor de nossas lutas, ou aquilo que as esvazia, porque as remete sempre a um além inalcançável?

Com o olho no além, deixamos de ver a difusão do poder psiquiátrico em nossa atualidade. Deixamos de ver que o manicômio emerge da própria proposta de produzir o cidadão, restituindo sua racionalidade e reinserindo-o na sociedade. Se o manicômio está

deixando de existir dessa forma, não significa que seu mandato não esteja sendo diluído, como apontou por exemplo Castel (1987). Neste sentido, promover a cidadania do “usuário de saúde mental” acaba sendo naturalizado como o desenvolvimento de capacidades e competências (Barreto, 2005). Pode ser algo eficaz para a pequena quantidade de sujeitos que consegue responder às cada vez maiores exigências do mercado. No entanto, não se mexem as fronteiras daquilo que se define como característica necessária ao cidadão, e se reforça a culpabilização da “ralé” que não as alcança. Bezerra Júnior (2005) chama isso de esvaziar o campo da ação e transformá-la em comportamento. É despolitizar o conceito de cidadania, transformá-lo em uma mera operação de inserção tópica.

Como colocou Deleuze⁵³, devemos nos referir menos à esfera dos direitos humanos, da justiça, e mais à jurisprudência. Como aplicamos, no cotidiano, todos estes princípios e ideais abstratos, nossas bandeiras? Como fazê-los operar, sem nos apegarmos excessivamente ao que pregam, mas como bases para inventarmos outras possibilidades?

⁵³O Abecedário de Gilles Deleuze, entrevistas a Claire Parnet. Letra G. Vídeos disponíveis no Youtube.

Capítulo 4

Pesquisar em associação

*Não é fácil perceber as coisas
pelo meio, e não de cima para
baixo, da esquerda para a direita
ou inversamente: tentem e verão
que tudo muda.*

Gilles Deleuze e Félix Guattari
(1995, p.35).

Quem primeiro sugeriu que fizéssemos uma pesquisa foi a Vera. Ainda nos reuníamos na GerAção POA, e estávamos tendo as primeiras conversas sobre a associação. Estávamos na cozinha, em um pequeno grupo de (futuros) associados. Ali, tivemos uma conversa muito rica sobre as coisas que nos incomodavam na “saúde mental” e quais poderiam ser objetivos de nossa associação. Vera (que ainda era apenas uma “usuária” da oficina de bijuteria da GerAção POA, e ainda não havia se tornado secretária da Associação) deu a ideia de fazermos uma pequena pesquisa: um questionário rápido, para descobrir o que os usuários dos serviços de saúde mental esperavam de uma associação.

No início de 2015, em uma reunião da associação, lancei o convite ao grupo para realizarmos uma pesquisa juntos, retomando de maneira diferente a ideia proposta pela Vera. Propor uma pesquisa participativa foi um movimento inusitado, dentro do contexto da associação. Naquela época, a associação estava às voltas com as sacolas de jornal, projeto de geração de renda que não deslanchou. Também nos ocupavam algumas batalhas burocráticas - havíamos, por exemplo, recém obtido o certificado de empreendimento de economia solidária, necessário para garantir nosso espaço na Casa da Economia Solidária. Também vínhamos da organização do Fórum Macrometropolitano e do Fórum Estadual da Luta Antimanicomial - espaços que, como já comentamos, haviam perdido grande parte de sua potência inicial⁵⁴.

A associação atravessava um momento difícil - um impasse, de certa forma. As de-

⁵⁴Conforme Capítulo 2.

mandas que se colocavam exigiam saberes empresariais, administrativos, legais, políticos, que nenhum de nós dominava, e que buscávamos a duras penas. Nós, os apoiadores da universidade (tanto nosso grupo da Psicologia e o pessoal da ITCP), tornávamo-nos cada vez mais cruciais para o funcionamento da associação. Na mesma medida que ocupávamos mais espaço, os “usuários” iam dando sinais de afastamento, desinteresse e cansaço, retirando-se da linha de frente⁵⁵.

Resolvemos propor ao grupo um dispositivo novo dentro da associação. Uma outra proposta de trabalho, que se diferenciava de tudo que havíamos feito até então: que tal se fizéssemos uma pesquisa juntos? Nessa proposta, misturávamos inspirações diversas: a sugestão inicial da Vera, o encontro com alguns “sobreviventes-pesquisadores” em minha pesquisa de mestrado, algumas experiências brasileiras como a pesquisa da Gestão Autônoma da Medicação e a sensação de que algo da dimensão do conhecimento, do saber, precisava ser mobilizado em nosso grupo. Esperávamos assim também impactar as relações de poder entre nós.

Propor uma pesquisa a um grupo já tão sobrecarregado de demandas parecia às vezes uma escolha estranha. No entanto, era uma aposta de que a produção de conhecimento poderia ser um exercício interessante, no qual certas diferenças entre nós pudessem ser tensionadas. Foi um convite a experimentar um outro lugar, um tanto inusitado para os “usuários” brasileiros. Afinal, se eles já estavam acostumados a circular pelos meios da economia solidária, da luta antimanicomial, ocupar um lugar de pesquisador era algo novo.

A partir do convite inicial e de outros que foram sendo feitos posteriormente, constituímos um pequeno grupo de pesquisa, do qual participaram 10 pessoas. Este grupo trabalhou junto durante o período de um ano aproximadamente. Além de mim, fizeram parte do grupo de pesquisa: Vera Regina Mansur Silva, Rafael Terreano, Sérgio Roberto Duarte de Medeiros, Leandro Lemos Menezes, Marcelino da Silva Nobre, Márcia Collar Pereira, Jaqueline Collar Pereira, Amanda Toríbio e Leonardo Wainstein. À primeira vista, éramos sete “usuários” e três “técnicos” / “acadêmicos” / “profissionais” - uma divisão que felizmente sofreu várias perturbações ao longo do processo.

Neste capítulo, queremos narrar um pouco do que se passou a partir deste convite. Ao mesmo tempo em que tentaremos apresentar a cronologia dos fatos, também tentaremos dar ênfase a alguns momentos-chave, momentos em que algo diferente, novo, se produziu. Uma reflexão metodológica mais detida assim como alguns aprofundamentos da análise de implicação serão discutidos no capítulo seguinte.

⁵⁵Conforme Capítulo 2.

4.1 Um mal-entendido promissor

Convite feito, realizamos uma primeira reunião com aqueles que se interessaram pela proposta. Éramos 6 nesse início⁵⁶. Nos reuníamos pela manhã, o que era pouco usual na associação - normalmente nos encontrávamos à tarde. No final do encontro, fazíamos um lanche e já ficávamos para a reunião geral da associação.

Em nosso primeiro encontro, expliquei aos primeiros interessados em que consistia aquele estranho convite. Perguntei o que tinha motivado seu interesse pela pesquisa: “porque queremos te ajudar”, me responderam. De maneira muito solícita e afetiva, estavam ali se prontificando a contribuir com a minha pesquisa de doutorado, algo que até o momento não tinha ficado muito compreensível para o grupo. Por que aquela doutoranda insiste em participar da associação? O que isso pode ter a ver com uma pesquisa? Agora, eu começava finalmente a falar explicitamente em fazermos uma pesquisa. Parecia que havia chegado o momento de contribuir, respondendo às perguntas que eu deveria ter em mente.

Procurei esclarecer que o convite não era bem aquele. A proposta não era para responderem a uma pesquisa previamente elaborada por mim, mas de realizarmos uma pesquisa juntos. Expliquei que isso seria bem mais trabalhoso do que apenas responder a algumas perguntas – por isso era importante que realmente tivessem interesse em fazer aquilo. Não podia ser só para me ajudar.

Depois dessa explicação, Rafa, Sérgio e Leandro se puseram a me contar histórias. Algumas delas eu já conhecia muito bem – como a história de constituição da associação, da qual havia participado. Fiquei me perguntando o que estava acontecendo. Um mal-entendido se produziu entre nós, e não se dissolvia com facilidade.

Era como se aquela reunião em horário diferente, com um propósito diferente, já houvesse instaurado outro clima, outra relação entre nós. Subitamente se endereçavam a mim de outra forma. Eu era a Carol pesquisadora, e não mais a Carol colega da associação.

Contribuiu para a confusão o fato de que eu estava efetivamente “pesquisando a pesquisa”. Essa meta-operação se explicitou logo no início, quando conversamos sobre as questões do consentimento. Expliquei que estava interessada em conhecer o que se produziria na associação a partir da realização daquela pesquisa em conjunto⁵⁷. Por isso, eu pedia permissão para gravar algumas das reuniões, para que pudesse depois me lembrar melhor do que havíamos conversado e do que havia se passado. Ofereci os termos de consentimento livre e esclarecido (Apêndice A) para serem assinados por aqueles que aceitassem participar da pesquisa. No mesmo termo, também pedia autorização para incluir

⁵⁶Leonardo, Jaqueline, Márcia e Marcelino vieram juntar-se ao grupo de pesquisa posteriormente, nessa ordem.

⁵⁷Na época, eu definia meu problema de pesquisa a partir da constituição do “comum” na associação, um conceito que foi ficando secundário ao longo da análise do processo e que nesta tese aparece apenas periféricamente.

em minha tese o processo de constituição da associação (embora uma autorização fosse independente da outra). Eu admitia que era uma proposta um tanto rocambolesca para ser apresentada, e ficamos várias horas conversando sobre este processo de consentimento⁵⁸.

Dessa forma, a condição de “participar” da pesquisa se confundia com a sua acepção tradicional, em que o participante da pesquisa é alguém que responde a perguntas previamente elaboradas, e portanto participa muito pouco. Também ali aquela posição parecia corresponder ao meu convite. Assim, os “participantes” se puseram a falar sobre coisas diversas, coisas que talvez imaginassem que eu queria ouvir. Relataram experiências de internações, sua opinião sobre a luta antimanicomial, sobre o que pensam dos hospitais psiquiátricos, os serviços que já frequentaram, seus diagnósticos e remédios...

O mal-entendido precisou ser continuamente desfeito – afinal, eu não estava ali para coletar suas histórias pessoais. No entanto, precisou ser também acompanhado – pois não se tratava de um simples erro cognitivo. Posicionar-se primeiramente na posição de respondente, de objeto de uma pesquisa gerou um novo regime discursivo, no qual era mais possível falar sobre si. Não estávamos mais operando conforme o formato rígido das reuniões administrativas, onde havia tanta coisa pra resolver e decidir. O dispositivo começou a funcionar pelo avesso, mas já produzia deslocamentos interessantes.

Eu e Amanda íamos explicitando que nossa função ali, como universitárias, não era de pesquisar *sobre* eles, mas *com* eles. Suas experiências não serviriam de *objeto* de pesquisa, mas poderiam compor o próprio processo de pesquisar.

Com esse posicionamento, deixávamos vago naquele convite a pesquisar o lugar de quem faz as perguntas. No entanto, o lugar de respondente não era abandonado. Ele foi sendo, ao longo do encontro, modificado.

Naquele novo ambiente onde estávamos nos propondo a pesquisar, a produzir conhecimento, a descobrir coisas, respostas a perguntas inexistentes eram formuladas. Elas rapidamente davam origem a perguntas – perguntas novas, que surgiam no grupo. As perguntas engatavam outras respostas, as quais remetiam a outras e outras perguntas.

Algumas eram perguntas irrespondíveis. Viravam debates, dos mais profundos que se pode ter. Cada uma delas puxava memórias, histórias, opiniões, dúvidas. Foi ficando claro que não se tratava apenas de falas sobre si produzidas por uma demanda imaginada de pesquisa, mas sim da emergência de um desejo de falar sobre si, de entender a si mesmo, de entender o mundo em que vivemos. Muito mais rapidamente do que esperávamos, uma paixão pesquisadora se apoderou de nós!

Várias dessas perguntas tinham a ver com nossa própria realidade enquanto associação. O que entendemos sobre economia solidária? A economia solidária pode dar dinheiro mesmo? Qual será nosso futuro como associação? Outras tinham a ver com as trajetórias

⁵⁸ Acrescento ainda que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da UFRGS como uma pesquisa que envolvia dois estudos: o Estudo 1, dedicado a acompanhar os processos de constituição da Associação, e o Estudo 2, uma pesquisa participativa que seria totalmente definida em conjunto com o grupo de associados.

pessoais: até onde eu posso chegar? Será que vou ser dependente de um médico para sempre? Que tipos de opções de tratamento existem em Porto Alegre? Eu sou capaz de voltar a estudar, de aprender a dirigir? Até que ponto eu sou doente? Até que ponto eu tenho mesmo autonomia?

As perguntas diziam respeito a nós mesmos. Eu estava ficando confusa. Como assim? Vocês querem fazer uma pesquisa sobre nós? Pesquisar o que a gente mesmo pensa? Uma pesquisa em benefício próprio? Ainda desconectada da linha em que embarcávamos, eu insistia em apontar que a pesquisa normalmente tem um benefício mais amplo – ela não é feita apenas em prol dos próprios pesquisadores. Ela visa gerar conhecimento, algo útil para a sociedade, ou pelo menos para a associação.

Daí foi a vez de Sérgio e Rafa ficarem confusos: como a pesquisa pode beneficiar a associação se não vai nos beneficiar a nós, a cada um dos associados? “A associação é de usuários. Se fosse outro tipo de associação, daí sim teria que pensar em como beneficiar a todos”, apontou Rafa. Era um sentido novo, que eu ainda não tinha sido capaz de alcançar. Buscar conhecimento para si não se separava de produzir conhecimento para o outro. O conhecimento que poderia me ajudar a tomar minhas decisões também poderia ser o conhecimento que possibilita o mesmo ao outro. Rafa e Sérgio me traziam para mais perto da pesquisa como processo, e da própria proposta da pesquisa-intervenção⁵⁹.

Uma multiplicidade de perguntas foram sendo levantadas, analisadas, exploradas, respondidas. As perguntas que emergiam eram perguntas muito especiais. Perguntas que mobilizavam, que inquietavam. Elas iam se impondo como as perguntas que mereciam uma pesquisa.

Assim, as experiências pessoais iam ganhando um outro estatuto. Não eram apenas as histórias privadas de cada um, mas guias valiosos na tarefa de decidir o que realmente merece ser conhecido. Eram experiências-pistas, que davam o caminho do problema a pesquisar. Aquilo que importa na vida, é aquilo que produz perguntas. Religião, família, dinheiro, internação, remédios, amores, trabalho...

Se inicialmente partimos da aceitação, motivada pelo vínculo, de participar como respondentes de uma pesquisa pré-elaborada, no modelo tradicional, fomos deslizando para um outro sentido, comum e participativo: a possibilidade de criar uma pesquisa à qual fosse interessante responder. Uma pesquisa que fizesse, finalmente, sentido para quem dela participasse. Uma pesquisa que se ocupasse das questões que realmente importam.

4.2 Uma máquina de fazer perguntas

A partir deste mal-entendido inicial, a pesquisa passa a operar como um *dispositivo*, encarnado em uma *máquina de fazer perguntas*. A investigação, a produção de conhecimento, possibilitou modificar de forma inusitada nossas relações, que se transformaram quase

⁵⁹Mais sobre essa questão no próximo capítulo.

instantaneamente.

Interrogávamos tudo que parecia importante e interessante, desde questões profundas às mais superficiais. A religião é importante? E o sexo? Que lugar têm em nossas vidas? O dinheiro? Podemos trabalhar? Que empregos já tivemos? É importante ter um benefício? E a família, qual sua importância? Há formas diferentes de nos cuidarmos, além dos remédios e consultas? O que o “usuário” é capaz de fazer, de decidir, de dizer? Ele é autônomo ou é um autômato? Um enorme rol de questões ia se constituindo. Elas proliferavam, a partir do momento em que ousamos abrir espaço para perguntar.

O que fazer com todas estas questões? Cada uma delas, eu argumentava, já era suficiente para uma pesquisa inteira. Trazia ali minha experiência pessoal em fazer pesquisas acadêmicas, e do difícil processo de definir um problema. Era importante escolher, reduzir, se quisermos investigá-las mais a fundo.

Mas como reduzir, como cortar, se todas eram tão importantes? Escolher se mostrava impossível. Essa não era uma impossibilidade paralisante, no entanto. Se a dúvida neurótica ao mesmo tempo que exige impossibilita a escolha, quando acoplávamos nossas pequenas loucuras a certeza se fazia presente com mais facilidade. O que fazia mais sentido era aproveitar todas as perguntas em um questionário, e assim entrevistarmos outros “usuários” com aquelas perguntas tão valiosas.

Eu e Amanda tentamos ainda apresentar outras metodologias de pesquisa, para além da enquete, da pesquisa do tipo “Ibope” que todos conheciam. Poderíamos fazer observações, por exemplo. Rodas de conversa em grupo também produziam dados interessantes. Poderia ser uma pesquisa bibliográfica, quem sabe? Algumas pesquisas trabalhavam até mesmo com fotografia, usavam da arte como forma de investigação.

Mas havia algo na experiência de entrevistar e de ser entrevistado que era familiar e atraente. Alguns já se imaginavam sendo entrevistados e respondendo àquelas perguntas tão interessantes (embora poucos ainda se imaginassem como entrevistadores; parecia ainda algo extremamente difícil, de uma alçada técnica, distante). A enquete era uma forma de pesquisa conhecida por todos, mas também - e talvez mais importante - era amplamente reconhecida. Havia uma preocupação em manter a pesquisa dentro dos moldes científicos, de modo que fosse certamente válida. Havia uma preocupação com a objetividade. Nossa pesquisa precisava tocar a verdade, assim como outras pesquisas científicas supostamente faziam. Assim, a enquete foi escolhida como metodologia, e a entrevista como estratégia metodológica.

Na elaboração do questionário, refletimos sobre como estas perguntas poderiam ser feitas. Elas deveriam ser questões abertas, ou de múltipla escolha? Explicamos um pouco sobre as diferenças entre pesquisas quantitativas e qualitativas. Surpreendentemente, parecia se reproduzir entre nós certos conhecidos embates acadêmicos: tínhamos entre nós defensores ardorosos de umas e de outras. Os defensores da abordagem quantitativa defendiam que perguntas fechadas produzem dados mais fáceis de analisar. Como tínhamos

pouca experiência em pesquisa, era preciso ser prático. Os defensores da abordagem qualitativa resumiam: a pergunta aberta permite ao entrevistado dar respostas que ainda não imaginamos; assim teremos resultados muito mais interessantes. Ambos pareciam ter razão. Optamos, juntos, por associar as duas perspectivas: elaboramos algumas perguntas abertas e outras fechadas. Assim, a análise não seria tão árdua, mas também abriríamos espaço para respostas mais surpreendentes.

Mesmo assim, a opção pelo questionário, com muitas respostas fechadas, certamente limitava as possibilidades de resposta. Como alguém poderia responder rapidamente às questões tão profundas que colocávamos? A verdade é que a resposta que procurávamos, quando tantas perguntas eram elaboradas, não estava no que poderiam responder os entrevistados, mas em nossas próprias conversas e debates.

Mesmo optando por uma metodologia bastante tradicional, o questionário/roteiro de entrevista que elaboramos juntos tinha elementos singulares, diferentes do que se costuma fazer em pesquisas sobre “o usuário de saúde mental”⁶⁰. A maior parte da diferença se faz sentir nas perguntas que foram formuladas. Algumas são questões quase padronizadas (ex: “qual sua opinião sobre o serviço de saúde que frequenta?”). Outras, no entanto, não poderiam ter sido escritas senão a partir de uma experiência específica, direta, a partir de um saber distinto.

Tu valorizas mais o “ser” ou o “ter”?

Esta pergunta tem uma história. Ela surge a partir de uma questão tão profunda e tão central para o que fazíamos, que não havia forma de ela não entrar no questionário. Rafael colocou primeiramente a pergunta assim: “o que vale mais na vida, dinheiro ou bem estar?”. Logo depois de formular sua pergunta, justificou: “era pras duas coisas andar junto mas não andam”. O mundo em que vivemos nos faz escolher entre o dinheiro e a vida o tempo todo. Conversamos sobre o fato de que muitas pessoas precisam trabalhar duríssimo para ganhar uma remuneração mínima, sem poder usufruir do que quer que seja um “bem-estar”. Falamos sobre o desejo de ser rico, desejo que atravessava muitos de nós. Desejo capturado pelas imagens de novelas, comerciais, noticiários, que nos convencem da necessidade de termos tantas coisas que nem sabíamos que precisávamos. Ao mesmo tempo, desconfiávamos que os “ricos” podem tornar-se tão escravos do próprio dinheiro que às vezes não conseguem viver o que importa na vida - vivem em função do “deus do capital”, como colocou Sérgio.

Todas essas relatividades eram pontuadas pelos fatos sólidos, óbvios, de que sem um mínimo de dinheiro não se pode fazer muito. Isso colocava em questão a nossa associação e sua demanda de geração de renda, de reinserção social, de tirar da pobreza tantos “usuários” que não acessam o mercado de trabalho. Vera sinalizava: “Todas as nossas

⁶⁰O roteiro de entrevista ou questionário encontra-se no Apêndice B.

reuniões falam sobre dinheiro”. É sempre algo que está em primeiro lugar para nós. Que prioridade isso deve ter? Márcia respondia, com toda franqueza: “Porque dificilmente tu encontra um lugar pra comer que não seja pago! O dinheiro ajuda a pessoa a ficar feliz. Se ela tem conforto, ela consegue ter um refresco quando tá muito calor, tem um ventilador!”. Fazia 40 graus em Porto Alegre. “Mas tem algumas coisas que o dinheiro não compra, a pessoa pode se sentir feliz sem ficar pensando em dinheiro”. Vera rebatia: “a impressão que eu tenho é que ninguém admite o quanto o dinheiro é importante. Todo mundo fala que é a saúde, é uma resposta politicamente correta”. Colocava o dedo na ferida de nossa missão de associação/empreendimento. O que importa mais, ter ou ser? O que importa mais para nós, associação? Ou para nós, todos?

Te consideras “usuário” ou “paciente”?

O “usuário” era um dos principais signos que atravessavam não apenas o fazer dentro da associação, mas a própria vida de todos que estão envolvidos com a questão da “saúde mental” de uma maneira ou de outra. Estávamos acostumados a repetir o termo como se ele remetesse a uma entidade única e transcendente. Como se “o usuário” fosse uma identidade natural.

Inquietações com seu uso e sobre o que é o tal “usuário”, no entanto, surgiram desde o início do processo de associação. Alguns gostavam do termo, outros sentiam-se incomodados. Infelizmente, nem sempre tínhamos oportunidade de discutir este assunto como ele merecia. Uma exceção foi o processo de elaboração do estatuto, quando se tornou necessário definir quem compunha a entidade. Aceitamos a sugestão de uma associada de que constasse, ao invés de “usuários”, o termo “pessoas usuárias de serviços de saúde mental”⁶¹. A nomenclatura parecia mais respeitosa e humanizada, e acabou sendo utilizada no estatuto. No entanto, em nenhum momento incorporamos as tais “pessoas usuárias” em nosso uso cotidiano. Continuávamos a falar “os usuários” pra lá e pra cá.

Através da pesquisa, tivemos a oportunidade de aprofundar a discussão entre o grupo. Uma conversa sobre o assunto durante as reuniões da pesquisa revelou, por exemplo, que algumas pessoas que “usavam” o serviço GerAção POA não se consideravam seus “usuários”. O que havia de diferente nessas pessoas, que fazia com que elas deliberadamente se excluíssem da categoria? O que estas colocações revelavam sobre os sentidos de ser “usuário”?

“Elas foram para a GerAção POA como alguém que precisava de terapia, não como doente psiquiátrico”; “Elas não têm os problemas que nós temos”; “Elas não são tão atrapalhadas quanto outra pessoa que já teve internações”.

⁶¹Essa associada trazia a influência da linguagem *people-first* que é defendida por alguns movimentos sociais. Nesta proposta, sempre utiliza-se o termo “pessoa” antes de qualificar alguém (pessoa com deficiência, pessoa em situação de rua, pessoa com esquizofrenia...), com objetivo de não fixar uma característica específica como a essência única do sujeito.

As falas davam visibilidade a uma diferenciação interna, imperceptível à primeira vista, entre os frequentadores do serviço. Nessa divisão, o “usuário” estava associado (ao menos para algumas pessoas) a alguém mais incapacitado. Aquelas que não se consideravam “usuárias”, embora “usassem” o serviço, também eram mulheres, de classe média, com sintomas depressivos ou de ansiedade⁶².

Aí encontramos um analisador⁶³ que revelava hierarquias implícitas dentro dos serviços e outros usos locais do termo “usuário”. Se ele é proposto como forma de retirar de circulação outros termos considerados estigmatizantes como “louco” ou “doente mental”, ou como forma de sinalizar a cidadania ativa e participante do “usuário do SUS”, continuava carregando sentidos pejorativos e excludentes. Coladas ao “usuário” apareciam as mesmas marcas associadas ao louco, ao doente mental, ao esquizofrênico, ao pobre, ao incapaz.

Tivemos a oportunidade de debater esse assunto novamente com a presença de uma dessas pessoas que tinha dificuldades em se reconhecer como “usuária”. Vera era também uma das pesquisadoras, e refletiu com o grupo sobre sua dificuldade em se “encaixar” naquilo que o termo denotava. Consequentemente, colocava suas dúvidas e questionamentos sobre sua inserção na própria associação e nos espaços participativos como representante dos “usuários”:

Eu tenho um questionamento pessoal, meu... O que é que me encaixou em um atendimento de saúde mental? As vezes eu penso que eu não aceito o rótulo. Eu não visto a camiseta completa, sabe? Eu não consigo me convencer! Eu penso assim: eu não tenho que me meter tanto, dar tanta opinião, porque eu não vivenciei isso, aquilo, que os outros vivenciaram. E usuário é uma definição que me incomoda muito! Usuária! Inclusive eu era contra que esse termo constasse sabe, porque eu acho paciente muito mais... Eu acho que usuário rotula muito... E me incomoda isso de eu ser contra, não me encaixar, de não aceitar.

Ela não se sentia “vestindo a camiseta completa” quando não se identificava com a categoria representacional do “usuário” como portador de transtorno mental severo e persistente, psicótico, pessoa com sofrimento psíquico grave, louco ou doente mental. Como Vera não se via como nenhuma dessas coisas, percebia em si uma diferença que não encontrava espaço dentro do rótulo de “usuária”. À medida que fomos conversando sobre seu entendimento e que o grupo foi questionando suas colocações, ela reconheceu

⁶²É preciso ressaltar também que a GerAção POA não se caracteriza exclusivamente como um serviço de saúde mental. Por ser destinado à inclusão social pelo trabalho, também tem o recorte da saúde do trabalhador. Assim, frequentar a GerAção POA torna-se algo menos estigmatizante do que frequentar um CAPS, por exemplo, já que a marca da loucura fica mais diluída, é mais incerta. Por este motivo, o serviço recebe muitos encaminhamentos da rede privada (consultórios de psiquiatras, por exemplo), acessando um público de classe média que muitas vezes foge da rede pública de “saúde mental”.

⁶³Ver Capítulo 5.

que na sua resistência em se incluir na categoria de “usuária” de serviços de saúde mental encontra-se também a questão da estigmatização do louco e do drogado, e seu receio de ser identificada dentro da mesma categoria que eles. Ela assumia que sua dificuldade em se reconhecer como “usuária” passava por aí, revelando os sentidos que aquela palavra tinha para ela e para muitos outros. Vera referiu também como algumas outras mulheres que frequentaram a associação também tinham dificuldades em se assumir como “usuárias”, e que inclusive uma delas se afastou porque tinha medo de ser reconhecida em fotos e atividades como pertencendo a uma associação de “usuários”.

Verificamos também que aqueles pesquisadores que se reconheciam como “usuários” não compartilhavam da visão estigmatizante à qual Vera se referia. Ela se retirava da categoria do “usuário” por considerá-la pejorativa e distante de suas experiências. Para ela, o rótulo de “paciente” era mais aceitável. Mas para os outros, ser “usuário” era algo muito diferente do que era para Vera. Em primeiro lugar, o termo estava equiparado a algo mais simples, uma relação de uso de um serviço, seja ele qual for (de saúde, de transporte, de telefonia, etc.). Além disso, remetia também a uma postura ativa. Ser “usuário” indicava a superação de um momento anterior. Primeiro a pessoa é paciente, precisa ser tratada com remédios, ficar dopada, fazer tudo o que mandam. Depois ela pode se tornar um “usuário” – alguém que pode ir e vir, ocupar outro lugar social, ter mais autonomia, poder reivindicar seus direitos.

Interessantemente, alguns daqueles que são nomeados pelos outros como “usuários” se apropriam do termo a eles atribuído, e tomam-no em sua acepção positiva, que remete justamente à esfera da autonomia e da cidadania. O usuário, nessa segunda concepção, é aquele que “procura se ajudar”, que é “independente”, que “não fica acomodado, esperando que façam as coisas por ele” como o paciente. O “usuário” é alguém que retoma sua vida⁶⁴.

A partir deste debate, a pergunta foi incluída em nosso questionário e pesquisa de campo da seguinte forma: “Se considera usuário ou paciente?”. As opções de resposta eram: “usuário”, “paciente” ou “os dois”. Em seguida, questionava-se a respeito da diferença percebida entre os dois termos.

Após realizarmos as entrevistas com outros “usuários de saúde mental” da região metropolitana⁶⁵, verificamos que 40% das pessoas entrevistadas se consideravam “usuárias”, 13% “pacientes” e 47% se consideravam ambos.

A respeito das diferenças entre os dois termos, 32% consideravam os dois termos equivalentes. Para eles, ser paciente e ser “usuário” era absolutamente a mesma coisa. Mas o mesmo número de pessoas entrevistadas, 32%, entendia que somos “usuários” quando frequentamos serviços de saúde mental, e que somos “pacientes” quando estamos em consultórios médicos, psicológicos, psiquiátricos ou hospitalares. Afirmavam: “Paciente é quando

⁶⁴É interessante notar que essa concepção de ser um “usuário” se aproxima muito das descrições do processo de *recovery* como uma retomada da própria vida.

⁶⁵Mais adiante detalharemos mais o processo das entrevistas.

tem médico, psicólogo e psiquiatra, neurologista. Usuário é quando usa os serviços”. Ou ainda: “Paciente é internado, usuário aproveita os serviços. É uma segunda casa”.

Talvez de forma análoga, 22% remetiam o termo “paciente” à passividade, dependência e necessidade do tratamento, enquanto ao termo “usuário” associavam liberdade, ter voz, poder escolher, ter uma posição ativa. Alguns exemplos de falas: “Usuário é uma pessoa que utiliza o sistema, mas interage, tem trânsito e voz dentro do sistema. Já o paciente recebe as orientações e as segue”; “Usuário tem mais liberdade, o paciente já não tem tanta”; “Paciente é quem precisa e usuário é para se cuidar, descontraír, para não dar recaída”.

Na discussão dos resultados⁶⁶, conforme analisávamos as diferentes respostas dadas, conversamos que talvez não exista “o usuário”, ou “o paciente”. Que mais do que categorias, essas palavras remetem a relações. Por isso elas variam tanto, porque elas se constroem de forma diferente para cada pessoa, de acordo com a rede de relações em que se insere. Para muitos, sair do contexto hospitalar ou do ambulatório e ir para serviços de atenção psicossocial significava um aumento significativo da liberdade, e a possibilidade de assumir uma postura mais ativa frente à própria vida. Para outros não. Isso porque nem sempre nos serviços de saúde mental a opinião do “usuário” é respeitada. Ou seja, mesmo sendo chamada de “usuária”, a pessoa pode sentir muitas limitações na capacidade de ser ativa, de decidir sobre as coisas. O nome não importa muito tanto quanto a relação que se estabelece.

Refletimos também que esta relação não é algo de mão única, dado apenas pelo contexto institucional ou pela postura profissional. Não se trata de simples “papéis” que assumimos automaticamente. Quando entramos em um consultório ou em um hospital podemos virar “pacientes”, quando a médica ou o médico toma todas as decisões, encaminha, muda o remédio, etc. Mas seria possível assumir uma postura ativa frente ao profissional de saúde? Ser “usuário” também na relação com o médico, por exemplo? A partir do conhecimento adquirido pela experiência de vida, isso se apresentava como uma possibilidade. Conversamos sobre algumas estratégias de como questionar, tirar dúvidas, argumentar, negociar. Manter a calma, não se alterar, aparece como algo importante. Também ajuda se tivermos alguém para nos ajudar nessa negociação, alguém que respeite nossas vontades e opiniões.

Já pensaste em ser psicólogo?

Se definição do que significa ser “usuário” remete sempre a uma relação mais do que a um estado ou essência, na outra ponta da relação estamos nós, trabalhadores psi ou da saúde mental, que provemos os serviços que são “usados”. A apropriação dos sentidos de ser “usuário” já produzia algum tipo de instabilidade, pois tornava estas fronteiras móveis,

⁶⁶Mais à frente apresentaremos como foi realizada esta etapa da pesquisa.

passíveis de mudança frente à possibilidade constante de ressignificação.

“Já pensaste em ser Psicólogo?” foi outra pergunta que foi sendo criada e desdobrada no processo de pesquisa. Uma pergunta um tanto esquisita, que dificilmente constaria em uma pesquisa tradicional feita junto a “usuários”. Uma questão que nasce de uma experiência muito sutil.

Vários dos nossos pesquisadores confessaram a vontade de estudar psicologia, psiquiatria, para “resolver os problemas, meus e de todo mundo”. Confessamos que um desejo semelhante havia nos seduzido (os psicólogos do grupo) para o curso de psicologia na época da escolha profissional. Escolher o curso a partir de uma experiência na clínica – enquanto “usuários” ou “pacientes”, portanto – era algo extremamente comum entre meus colegas.

Assim, descobrimos que o desejo de compreender nossos próprios dilemas existenciais e psíquicos, de cuidar de si e dos outros, antes de ser ato privativo de certos profissionais da “saúde mental”, era algo que compartilhávamos.

Perceber isso foi uma forma de nos aproximarmos, de borrar algumas das fronteiras tão rígidas que se estabelecem entre “usuários” e “técnicos”. Também, em nossa pesquisa, trabalhávamos juntos: elaborando as perguntas do questionário, debatendo sobre a loucura, a psicologia, a saúde mental, analisando os dados que coletamos, inventando estratégias para superar os problemas encontrados. Éramos pesquisadores, e nos fazíamos enquanto pesquisadores naquele ato de pesquisar.

Ao mesmo tempo que o exercício de pesquisar borrava algumas das diferenças identitárias entre nós, estas também não deixavam de se colocar em diversos momentos. Quando fomos a campo, por exemplo, eu propus inicialmente que as entrevistas fossem realizadas apenas pelos “usuários”. Consciente de que reforçava a divisão, pautava-me por uma perspectiva de “empoderamento”: entendia que estar em um lugar mais afinado com o mundo da pesquisa poderia produzir efeitos de poder que impediriam os “usuários” de se aventurarem mais livremente no exercício de entrevistar.

No entanto, o grupo foi questionando minha posição, confrontando-me com as limitações práticas dessa decisão. Éramos poucos, às vezes não havia duplas suficientes para fazer as entrevistas. Em acordos tecidos no cotidiano do trabalho, fui flexibilizando minha posição. Por fim, decidimos que os “universitários” ficariam de reserva para as formação das duplas de entrevistadores, comparecendo quando fosse necessário.

Nas ocasiões em que participei de uma dupla de entrevista, percebi que minha presença não causou nenhum dos efeitos que temia. Talvez fosse porque os entrevistadores já estivessem mais confiantes em suas habilidades como pesquisadores, visto que já tinham tido algumas experiências de conduzir as entrevistas sozinhos. Ou talvez porque fossem simplesmente concepções infundadas.

Em uma das entrevistas, fiz dupla com Rafael. Fiquei em um papel auxiliar, anotando as respostas e operando o gravador, enquanto Rafa conduzia a entrevista. Percebi que,

ao longo da entrevista, à medida que o entrevistado revelava algumas questões pessoais, Rafael foi fugindo do script do questionário. Ele se interessava pelo conteúdo trazido, e ia explorando as respostas. Acabou realizando uma entrevista semi-estruturada - algo que o grupo havia julgado muito avançado e difícil de fazer⁶⁷. Também assumiu uma postura de cuidado e interesse pela experiência de sofrimento do entrevistado. Ao final da entrevista, o entrevistado perguntou a Rafael se ele tinha certeza que era “usuário”, se ele não era um “psicólogo disfarçado”.

Confusões como essa causavam riso entre nós. Saboreávamos a possibilidade de brincar, bagunçar com aqueles papéis normalmente tão evidentes, tão claros. Eram também analisadores que evidenciavam todas aquelas relações de poder implícitas, envolvidas nas tarefas de escutar, de acolher, de entrevistar, de questionar, de pesquisar.

Ao mesmo tempo, nossa máquina de perguntas avançava sobre o universo psicológico e psiquiátrico: O que os diagnósticos significam? Por que eles vivem mudando? O que é a loucura afinal? O que é esquizofrenia? O que é psicose? Como é ouvir vozes? A sociedade pode deixar a pessoa doente ou louca? Será que a doença mental tem cura? Será que existe médico ou psicólogo esquizofrênico? O remédio que eu tomo, faz o que? Ele é uma droga? O remédio deixa a gente burro? Ser louco é ser burro? Como eu posso negociar com o médico a mudança do remédio? Dá pra trocar o remédio por yoga ou meditação?

Estas inquisições abriam espaço sobre uma área privativa do conhecimento, geralmente inacessível, revestida de termos técnicos que visam justamente distanciá-la da experiência cotidiana. Como parte de nossa pesquisa, resolvemos investigar algumas delas. Abrimos o DSM e conversamos sobre a forma como nascem os diagnósticos. Estudamos os tipos e efeitos de medicamentos psiquiátricos. Lemos trechos do Guia GAM, que circulou entre nós.

Nesta atividade, pusemos nossos conhecimentos lado a lado. Eu, Amanda, Leonardo, trazíamos aquilo que sabíamos, que havíamos aprendido na universidade ou na experiência de trabalho; Leandro, Rafa, Vera, Sérgio, Jaque, Márcia, traziam sua experiência de vida, suas leituras pessoais, seus valiosos questionamentos. Conversamos sobre o Haldol da perspectiva farmacológica e da perspectiva de quem já tomou o medicamento e sentiu seus efeitos. Para falar de psicose, falamos de Freud e ouvimos em primeira mão a experiência de quem já havia ouvido vozes.

Todas essas ações iam produzindo alguns efeitos, mesmo que momentâneos. Iam borrando as fronteiras entre nós, desalojando certezas, invertendo hierarquias. Nas reuniões da associação, espaço que se seguia ao encontro de pesquisa, eu começava a observar movimentos que ainda não tinha percebido, em relação ao acolhimento e cuidado mútuo que se produzia entre os “usuários”. Nossas reuniões administrativas com frequência eram invadidas por relatos de sofrimento. Seja devido a sintomas invasivos, a efeitos colaterais de

⁶⁷Suas derivações na entrevista produziram inclusive dados muito interessantes, mas que ao final se perderam na análise restrita do questionário.

medicamentos, a dificuldades de convivência com os outros, ou simplesmente pelos afetos que insistiam em estar à flor da pele, havia transbordamentos que traziam uma outra dimensão ao nosso projeto coletivo.

Em nosso grupo, quando alguém precisava de cuidado, sempre alguém tomava para si a tarefa de cuidar, oferecendo uma palavra de esperança ou um gesto de amizade. Nos revezávamos em nossa capacidade momentânea de escutar e cuidar, e em nossa necessidade de ser escutados e cuidados. O acolhimento do sofrimento não era tarefa exclusiva dos psicólogos. Acolhia melhor quem quem estava mais sensível, mais disponível no momento. Exercer a função dependia mais do corpo vibrátil de cada um do que das atribuições acadêmicas. O que emergia naqueles momentos especiais de acolhimento e encontro era um saber comum, que se sustentava a partir do que cada um havia experimentado e aprendido ao longo de suas trajetórias de vida.

A partir destas vivências foi se construindo, na associação, a proposta de criação de um grupo de ajuda mútua. Este projeto se concretizou efetivamente depois da minha saída do grupo – acompanhei-o, portanto, somente à distância. O grupo de ajuda mútua se instituiu como um novo dispositivo na associação, que se seguiu à pesquisa, e foi realizado a partir daquilo que o próprio grupo sinalizou como sua potência.

A questão de querer ser psicólogo, portanto, embora pareça simples ou estranha, encerra uma complexidade e evidencia processos sociais e psíquicos que são quase sempre invisibilizados. A vontade de ser psicólogo traz em si esse desejo de transversalidade, sua potência desestabilizadora de identidades, onde nos reconhecemos mutuamente, em nossas diferentes posições, como estando ligados, conectados. E à propósito, 40% dos entrevistados já tinham, sim, pensado em ser psicólogos.

4.3 Um time de entrevistadores

Quando terminamos de elaborar nosso questionário, nos preparamos para ir a campo. Sérgio, Marcelino, Leandro, Rafael e Vera se interessaram em ser entrevistadores⁶⁸. Alguns estavam apreensivos com aquela nova função. E se eu gaguejar? E se o entrevistado perguntar uma coisa e eu não souber responder? O próprio grupo se ocupava de acalmar as apreensões, e apontar o quanto estávamos apropriados sobre o processo de pesquisa: se perguntassem alguma coisa, já saberíamos o que responder, pois fomos nós que fizemos a pesquisa!

Aprendemos a usar o gravador, proposto como algo que poderia substituir ou apoiar a escrita, habilidade que nem todos dominavam. Fizemos primeiramente algumas entrevistas entre nós, para nos familiarizarmos com a função e também para fazer eventuais ajustes nos questionários. Estas entrevistas também cumpriam a função de permitir que todos

⁶⁸As irmãs Jaqueline e Márcia preferiram participar apenas da etapa de planejamento e análise da pesquisa.

pudessem efetivamente responder às perguntas que havíamos elaborado, algo que era muito esperado⁶⁹.

Conversamos sobre as questões éticas que envolvem um processo de pesquisa. Sobre como fazer convites, sobre sigilo, sobre como garantir que as pessoas não se sentissem pressionadas a dar entrevistas. O termo de consentimento que eles haviam assinado para participar de minha pesquisa da tese (Apêndice A) foi retomado, e construímos um segundo termo para ser usado junto aos entrevistados de nossa pesquisa conjunta (Apêndice C), tomando como base a linguagem de pergunta-resposta do primeiro.

As questões éticas e metodológicas foram sendo aprofundadas também em leituras que fizemos de outras pesquisas em saúde mental. Lemos por exemplo uma pesquisa em que 90% dos “usuários” respondiam estar satisfeitos com seus tratamentos. Seria isso real? Estariam os serviços tão bons? Ou as pessoas não diziam a verdade nas pesquisas? Tomamos nossas experiências prévias como pesquisadores ou como participantes de pesquisas, para pensar naquilo que poderia constranger as respostas, produzir determinados resultados. Ponderamos: quantas vezes concordamos com os profissionais de saúde apenas “da boca pra fora”, mesmo sem realmente concordar com eles? Esse efeito de poder, fomos percebendo, também podia acontecer nas pesquisas. A gente podia se sentir intimidado em uma pesquisa, e por isso não conseguir fazer críticas a um serviço, especialmente quando estamos sendo entrevistados dentro do seu espaço. Outras vezes a gente está sem paciência pra responder as perguntas e apenas concorda com tudo.

A leitura dos artigos também ajudou a desconstruir algumas idealizações que pairam sobre as pesquisas científicas. Verificamos por exemplo que nem todas as pesquisas tinham amostras enormes, de centenas ou milhares de entrevistas. Isso era um receio no grupo, de que não conseguiríamos fazer entrevistas suficientes para uma pesquisa “de verdade”. Refletimos sobre o que torna os resultados de uma pesquisa verdadeiros, relevantes ou interessantes. Mais do que ter um grande número de respondentes, importa que a pesquisa seja feita com cuidado, que tenha questões interessantes, que acrescente conhecimento ao que já sabemos. Diferentes metodologias podem ser válidas, mas um cuidado ético é imprescindível.

Continuamos, em nossas reuniões, afinando o processo de entrevistas. Decidimos que seria mais interessante que elas fossem feitas em dupla. Assim, era possível dividir todas as funções envolvidas no processo de entrevista. Uma pessoa poderia se concentrar em fazer as perguntas, enquanto a outra se dedicava a anotar, operar o gravador, pegar a assinatura no termo de consentimento⁷⁰. Trabalhar em dupla também dava mais segurança para enfrentar a novidade da função de entrevistador.

Propus que a pesquisa fosse feita a partir de uma amostra do tipo “bola de neve”, onde

⁶⁹Inclusive, as entrevistas que foram feitas já com o questionário final foram consideradas válidas e compuseram os dados finais da pesquisa.

⁷⁰Mais sobre as divisões das duplas no item anterior.

cada entrevistado indica outro, e assim por diante. Isso nos possibilitaria fazer a pesquisa sem precisar circular por serviços de saúde mental, locais onde as pessoas poderiam se sentir constrangidas a participar. Seria uma forma também de evitar que tivéssemos que passar por novos comitês de ética, o que provavelmente envolveria um trâmite de vários meses. Como os entrevistadores conheciam muitas pessoas que eram “usuárias”, esta metodologia permitiria que partissem dessa rede pessoal para escolher os primeiros participantes, e estes poderiam sugerir outros e outros. Assim, nosso meio de acesso não seria pelos serviços, mas pela própria rede estabelecida entre os “usuários”.

Nossa pesquisa de campo começou a partir de uma lista de contatos que elaboramos a partir dos conhecidos de cada um dos entrevistadores. As duplas é que faziam os contatos e marcavam as entrevistas, que aconteciam geralmente na sede da associação, mas também em praças, parques e pontos de encontro. O ritmo era dado pelos entrevistadores. Nas primeiras semanas, foram poucas entrevistas. Ainda estavam se experimentando com a nova função. Conforme iam ganhando intimidade com a atividade, apareciam mais e mais questionários preenchidos e gravações.

Ser entrevistador foi uma experiência muito valorizada por alguns. Marcelino, por exemplo, falava com entusiasmo das entrevistas que estava conseguindo fazer em seu bairro. Foi a parte da pesquisa que mais agradou nosso colega, mais afeito a atividades práticas, e que ansiava pela associação ser menos burocratizada e mais atuante. Marcelino abordava vizinhos e conhecidos, que se espantavam ao vê-lo de prancheta e gravador na mão, virado pesquisador. Leandro também gostou muito de fazer as entrevistas. Estava explorando um novo lado seu, com o qual demonstrava estar muito satisfeito. Descobria não apenas que era capaz de fazer entrevistas, mas também de falar com desconhecidos tranquilamente, e até mesmo falar no microfone, quando tinha algum evento. Na associação, Leandro estava se reinventando, ampliando suas possibilidades de ser.

Íamos revisando as entrevistas juntos, nas reuniões do grupo de pesquisa. Em geral, as entrevistas eram muito boas. Alguns deslizes aconteciam, como é de se esperar de qualquer processo de pesquisa, especialmente de quando os entrevistadores são ainda inexperientes. Percebemos, por exemplo, que um dos entrevistadores às vezes “induzia” certas respostas, principalmente quando o entrevistado ficava em dúvida sobre o que responder. Conversamos sobre o papel do entrevistador, que deve deixar o entrevistado o mais livre possível para dar sua opinião, e como isso era muitas vezes difícil.

A bola de neve não funcionou como esperávamos. Como um sinal da fragilidade da rede de que dispõem os “usuários”, logo enfrentamos uma escassez de contatos. As indicações ao final da entrevista ou não aconteciam, ou eram indicadas apenas pessoas que já constavam em nossa lista, ou elas não aceitavam participar da pesquisa.

Para resolver o impasse, buscamos lugares onde poderíamos fazer as entrevistas *in loco*, e que não exigiam a demorada submissão a um novo Comitê de Ética. Acabamos realizando entrevistas na AGAFAPE e em um CAPS da região metropolitana de Porto

Alegre⁷¹. Fazer a pesquisa de campo nestes dois espaços envolveu alguns desafios. Em ambos fomos recebidos com uma certa desconfiança, vinculada ora à figura do pesquisador, ora à figura do “usuário”. Em ambos os casos, o questionário elaborado pelo grupo teve uma função importante no sentido de desfazer a desconfiança inicial.

No dia de ir à AGAFAPE, nenhuma pessoa do grupo “universitário” estava disponível. Três dos “usuários”, no entanto, se sentiram suficientemente apropriados para ir à entidade e apresentar a proposta sozinhos. Levaram consigo um pequeno projeto de pesquisa, os termos de consentimento e os questionários que serviam como roteiros de entrevista, e conversaram com uma pessoa da diretoria da entidade.

Logo depois de sua ida à entidade, tivemos um encontro do grupo de pesquisa. Contaram que a associação não havia permitido fazer a pesquisa naquele dia porque, por falha nossa, alguns dos termos de consentimento não estavam assinados. Pediram que entrássemos em contato para retornar posteriormente. No entanto, após revelarem este resultado, dois pesquisadores relataram terem se sentido mal-recebidos pela direção da associação. Um deles inclusive se recusava a voltar lá – estava visivelmente magoado. O terceiro pesquisador, diferentemente, não tinha percebido nenhum problema.

Colocou-se um impasse: voltar ou não voltar? Ponderamos que poderia ter havido, naquela má recepção, um preconceito em relação à pesquisa estar sendo feita apenas por “usuários”. Voltar poderia ser importante, para enfrentar este preconceito, e mostrar sua capacidade de conduzir a pesquisa. Por outro lado, um dos pesquisadores se recusava a retornar, e já não havia muito ânimo entre os outros dois para enfrentar aquela situação. Resolvemos que eu ligaria para a AGAFAPE e cancelaria tudo.

Na semana seguinte, conversei com a pessoa que havia recebido nosso grupo. Antes que eu pudesse falar qualquer coisa, ela rapidamente respondeu que estavam dispostos a aceitar a pesquisa. Explicou que tinham o costume de ter muito cuidado com pesquisas externas, de forma a evitar a exposição dos associados. No entanto, ela havia lido o questionário e se interessado muito pela pesquisa. Tinha gostado especialmente das perguntas que haviam sido elaboradas, e estava muito curiosa para saber como elas seriam respondidas. Frente a isso, decidi não cancelar as entrevistas e pedi um tempo para conversar com o grupo e dar uma resposta definitiva. O grupo então decidiu retomar a pesquisa dentro da AGAFAPE, mobilizado pelo efeito que nosso questionário havia produzido. Foram realizadas várias entrevistas na entidade, que passaram a compor a nossa amostra de dados.

Ao contrário do que aconteceu na AGAFAPE, quando fomos ao CAPS eram os “usuários” do grupo que tinham dificuldades com o dia e horário propostos pelo CAPS para realizar a pesquisa. Por este motivo, fomos em um grupo de três “universitários” (eu, Amanda e Leonardo) e um “usuário”, Marcelino. Pegamos o trem, em um dia chuvoso, e

⁷¹O município em questão não conta com um Comitê de Ética próprio, e as autorizações para realização de pesquisas são fornecidas pelos próprios gestores. Em nosso caso, a Coordenadora de Saúde Mental e a Coordenadora do CAPS aprovaram a realização da pesquisa dentro do CAPS.

nos dirigimos ao CAPS, onde fomos bem-recebidos na chegada. Aproveitando uma breve estadia, nos sentamos em roda no pátio, junto com os “usuários” do serviço e uma psicóloga.

Tentamos explicar que éramos parte de uma associação de saúde mental, composta por “usuários”, e que estávamos fazendo uma pesquisa sobre a realidade de outros “usuários de saúde mental”. Uma pessoa se apressou em explicar que o CAPS ali era muito bom, como se estivéssemos fiscalizando o serviço. Outro se dirigiu a Marcelino, pedindo orientação sobre o uso de seus remédios, tomando-o por médico. Uma terceira pessoa, dirigindo-se a mim, fez uma pergunta muito profunda, a respeito do que poderia fazer sobre um dilema em sua vida.

Embora explicássemos que não éramos de nenhum CAPS, nenhuma prefeitura, faculdade, não estávamos fiscalizando o CAPS, que éramos de uma associação, muitos não compreendiam o que era uma associação, o que ela fazia, e porque estávamos fazendo uma pesquisa. Essa confusão talvez explique por que, quando convidamos todos os presentes a responderem à pesquisa, a maioria se recusou a participar. Alegavam que não estavam a fim e sugeriam que convidássemos outra pessoa, enquanto fumavam tranquilamente seus cigarros no pátio, com os olhos pesados de medicação.

Fizemos quatro entrevistas apenas. Como éramos poucos, participei como entrevistadora. Percebi, ao longo das entrevistas, que o teor das perguntas ia atenuando a desconfiança que havia se instalado. Elas iam suavemente nos colocando ao lado dos usuários, desfazendo aquele ar de inquisição que circunda uma entrevista. As perguntas pareciam sinalizar que nos interessávamos por sua experiência, suas opiniões, de uma maneira diferente. As perguntas faziam sentido, outros sentidos. Nossos poucos entrevistados, assim, se sentiram à vontade para expressar críticas à forma como o cuidado era provido no CAPS: a falta de acesso a informações básicas, a sensação de não ter direito a elas, a falta de liberdade associada a ser “paciente”.

A experiência de fazer a pesquisa no CAPS ajudou a pensar que talvez não fosse a figura física do “usuário-entrevistador” que ajudasse a qualificar os dados - até porque essa figura era tão inusitada que não era bem compreendida. Os “usuários”, transformados em pesquisadores, se confundiam com médicos, profissionais de saúde, gestores. As relações de poder que atravessam a realização de uma pesquisa acadêmica também pareciam contaminar o “usuário” que pesquisava. O que teve um efeito mais interessante, ao menos naquele contexto, foi o próprio teor das perguntas que elaboramos juntos.

4.4 Discutir os dados e divulgar os resultados – ou o filho de burro que nunca nasce

As entrevistas foram realizadas ao longo de alguns meses. Foram 25, ponto no qual resolvemos parar pois já havia um esgotamento de energias do grupo. Tínhamos ao final

25 entrevistas longas, com usuários vinculados a vários tipos de serviços, compondo um *corpus* considerável para análise.

Tabulamos no computador os dados obtidos. Todos participaram deste processo, mesmo aqueles que nunca haviam usado um computador, seja por falta de oportunidade ou por receio. Também em duplas, íamos ajudando uns aos outros a digitar os dados nas planilhas do Excel. A tabulação teve um ritmo mais lento devido a esse processo de apropriação e aprendizagem, mas em pouco mais de um mês as entrevistas estavam todas digitadas.

Seguiu-se então a etapa que sempre é desafiadora nos processos de pesquisa - a análise de dados e a escrita. Desafiadora porque exige fôlego, em um momento que muitas vezes os pesquisadores já estão começando a se cansar do processo. A esta altura estávamos em dezembro, aquela época do ano em que tudo fica mais corrido, as pessoas se dispersam e os projetos pedem pausa. Resolvemos não parar e continuar verão adentro⁷². Apesar do cansaço, havia um consenso de que era importante finalizar o processo de pesquisa, dar sentido àquelas tabelas de dados que, em si, não diziam muita coisa. Como tirar conclusões? O que a pesquisa havia revelado afinal?

Propus que, ao invés de uma análise de conteúdo mais estruturada, realizássemos encontros informais onde poderíamos conversar sobre aqueles dados de uma maneira mais livre – à maneira das etapas iniciais nas quais os debates eram muito produtivos. Assim, em cada encontro escolhíamos algumas perguntas que nos interessavam, olhávamos as tabelas de dados e discutíamos o que aqueles resultados podiam significar. Alguém fazia um registro escrito das conversas, e depois, ao início da reunião seguinte, os relatos eram lidos e aprovados por todos.

Foi uma verdadeira *discussão* dos resultados, no sentido literal do termo, pois foi em discussões e conversas no coletivo que construímos a análise. Ali já podíamos ver mais claramente os efeitos de modificação das relações de saber-poder operadas pela pesquisa como dispositivo. O saber da experiência encontrava outro lugar no momento da análise. Já dispensava mediadores como o mal-entendido inicial, que permitiu que adviesse em um contexto análogo ao da entrevista, da posição de “respondente”. Ali, eram os pesquisadores que falavam, a partir de sua experiência, utilizando-a como saber que permitia a produção de conhecimento.

Na discussão, não conseguimos abordar toda a extensão dos dados produzidos. Tivemos que escolher um momento de parar, que não era o momento da exaustão dos dados, mas da exaustão dos sujeitos. Marcelino um dia reclamou: “essa pesquisa parece filho de burro que nunca nasce!”.

⁷²Houve inclusive um debate interessante dentro da associação frente à chegada do final do ano, quando os associados “universitários” se preparavam para o encerramento das atividades, e um dos “usuários” questionou esse hábito. Apontou que por falta de condições para viajar, muitos continuavam em Porto Alegre durante o verão. Falou sobre o final de ano mobilizar certas angústias e expectativas, e que era importante que a associação mantivesse suas atividades durante aquele período em que ficavam sem nada para fazer. A partir de sua colocação, resolvemos manter a associação em funcionamento na medida do possível, a partir de um revezamento das pessoas envolvidas, e a pesquisa compôs esse rol de atividades.

Talvez tenha demorado mais do que o tempo de gestação dos burros, mas o fato é que nossa pesquisa conseguiu nascer, afinal. Tivemos que deixar de lado alguns dados interessantes, que não foram contemplados pelas rodas de análise. Foi também devido a esse cansaço que desistimos de uma escrita conjunta naquele momento. Para viabilizar um fechamento, tomei a frente de elaborar um relatório simples, escrito na linguagem mais acessível que consegui produzir, onde descrevi todo o processo de pesquisa, trazendo também ao texto os relatos da discussão em grupo. O relatório foi revisado por todos e publicado na página do Facebook da associação⁷³, em 18 de maio de 2016, cerca de 14 meses depois de iniciarmos a pesquisa.

O relatório completo de pesquisa está disponível na página do Facebook da Associação Construção. Os dados apresentados no relatório revelam que o tão esperado produto de nosso esforço conjunto foi uma pesquisa de qualidade, com dados que trazem revelações muito interessantes, potencializadas pela discussão feita pelo grupo.

Uma das discussões mais ricas foi quando debatemos os dados obtidos sobre o acesso a trabalho e renda, e o recebimento de benefícios previdenciários ou assistenciais. Pudemos explorar dimensões da questão que muito provavelmente não teriam sido abordadas em uma análise de dados acadêmica. Os sentidos embutidos no embate entre trabalhar e se aposentar, desdobravam-se em uma série de questões paradoxais, que nossa metodologia de análise permitiu vir à luz.

Os dados revelaram que 60% das pessoas entrevistadas recebiam algum tipo de benefício. Entre as pessoas que tinham alguma fonte de renda, 80% vinha de benefícios. 45% das pessoas entrevistadas trabalhavam, e 55% não trabalham. Destes, a maioria (70%) já havia trabalhado antes, em funções das mais diversas⁷⁴. Segue abaixo alguns trechos do relatório, para ilustrar a análise realizada a respeito destes dados:

Os benefícios são a principal fonte de renda, o que significa que, sem eles, talvez muitos usuários não teriam nenhuma maneira de se manter por conta própria, o que é muito prejudicial. O benefício é muito bem-vindo na vida do usuário. Ele é necessário para a sobrevivência: poder comprar comida, remédios. A pessoa tem uma data certa para receber seu dinheiro, e assim pode organizar a sua vida.

Mesmo os que ganham benefício lutam para ter uma condição de vida digna, então os que não têm ficam em condição difícil. Conhecemos vários casos de pessoas doentes que tiveram os benefícios negados, e foram consideradas aptas para trabalhar. A perícia do INSS é algo muito estranho: o que um médico

⁷³www.facebook.com/associacaoconstrucao.

⁷⁴Serralheiro(a), pintor(a), professor(a), operário(a) de fábrica, estagiário(a), jovem aprendiz, vendedor(a), ambulante, técnico(a) de enfermagem, enfermeiro(a) cuidador(a), professor(a) de corte e costura, artesã(o), auxiliar de supermercado, serigrafo(a), telefonista, office-boy, garçom(nete), pedreiro(a), auxiliar de serviços gerais, atendente em floricultura, auxiliar de escritório.

acha que é doença o outro diz que não é. Assim, os usuários⁷⁵ ficam muito vulneráveis àquilo que o médico perito diz.

Quando o médico diz que a pessoa está “apta para trabalhar”, isso não significa que a pessoa consiga arranjar emprego. Pela idade avançada que muitos têm, mais o histórico de adoecimento e a falta de experiência, trabalhar torna-se quase uma impossibilidade para muitos.

Além disso, para trabalhar, muitos teriam que largar tratamento, envolvimento com a associação, oficinas, CAPS, que são coisas que fazem bem para a saúde mental. Isso muitas vezes dificulta a pessoa ir trabalhar, porque ela não se sente pronta para deixar o tratamento, e o local de trabalho muitas vezes não é flexível com os horários.

Por outro lado, o benefício tem um lado negativo, pois a pessoa muitas vezes se acomoda com aquela situação. Muitas também são estigmatizadas por não trabalhar, por ter benefício por causa de alguma doença. Às vezes a pessoa é considerada preguiçosa por não trabalhar. Um de nós já foi chamado de “louco de sem-vergonha” por ganhar benefício por transtorno mental. Tudo isso pode fazer com que a pessoa acabe ficando mais doente.

Tivemos até o caso do presidente de nossa associação que teve que deixar o cargo para não correr o risco de perder o benefício, porque ele teria que lidar com dinheiro. Esse é um bom exemplo do quanto o benefício pode deixar a pessoa presa, sem poder fazer coisas novas.

Trabalhar é muito bom para a pessoa. Achamos que todo mundo tem condição de fazer alguma coisa, potencial para desenvolver talentos, e que isso deve ser estimulado. Nem todos irão conseguir ter um emprego em turno integral, por exemplo, mas podem desenvolver algum trabalho, o que dá dignidade à pessoa. Nem todo mundo tem que trabalhar da forma tradicional, mas é muito importante ter uma atividade, um papel na sociedade.

Nem todos os empregos são bons para a saúde da pessoa, e muitas vezes os empregos disponíveis são aqueles que ninguém quer. O único emprego em que todo mundo consegue entrar é em obra (construção civil). Seja ex-presidiário, pessoa com transtorno mental, todo mundo é aceito. Mas é um ambiente muito insalubre: além do trabalho ser pesado, há muito uso de drogas, álcool no próprio ambiente de trabalho, além de ser um trabalho pouco valorizado socialmente.

Trabalhar em um bom ambiente de trabalho faz bem, ajuda a pessoa a se integrar à sociedade. Mas como fazer para tomar coragem de perder o benefício,

⁷⁵No relatório utilizamos o termo sem aspas, e assim o reproduzimos aqui.

deixar o tratamento, conseguir um emprego bom e digno? É uma mudança que muitos não conseguem fazer, e por isso ficam “presos” no benefício.

Descobrimos que em alguns países há um período de transição, em que a pessoa pode acumular o benefício e a renda do trabalho por um tempo. Nos Estados Unidos, por exemplo, a pessoa pode ter benefício e trabalhar por 2 anos. Assim ela pode ver se consegue se adaptar ao trabalho, antes de ter que abrir mão do benefício para continuar trabalhando.

Achamos que é uma boa forma de resolver o problema, pois a pessoa pode se experimentar trabalhando sem risco de não se adaptar e ter que ficar sem renda. Se tivessem essa opção, ao final de 2 anos achamos que a maioria (inclusive nós) optaria pelo trabalho ao invés do benefício, pois dá muito mais autoestima. Trabalhando, a pessoa é mais bem-vista socialmente, tem dignidade. O trabalho ajuda a se sentir livre, enquanto o benefício pode deixar a pessoa presa, doente, detonada.

Além disso, o benefício poderia vir acompanhado de cursos, capacitações, encaminhamentos para empregos com referência. Tem muita falta desse tipo de iniciativa para pessoas com problemas de saúde mental.

Mas mesmo tendo efeitos negativos, consideramos em geral que o benefício é muito importante. Alguns serviços de saúde mental não ajudam os usuários a saber mais sobre os benefícios e sobre seus direitos. Alguns profissionais não se preocupam se a pessoa tem como sobreviver, como se isso não fosse importante para a saúde mental da pessoa.

Essa discussão sobre trabalhos e benefícios foi muito interessante no grupo, pois começamos a fazer questionamentos mais profundos. Será que às vezes não é a sociedade que é doente? Será que nós temos sempre que nos adaptar ao que a sociedade exige de nós? (Toríbio et al., 2016)

Outra análise interessante foi feita a respeito dos dados sobre estigmatização. 55% das pessoas entrevistadas relataram já ter sofrido preconceito, discriminação ou rejeição. Logo em seguida, perguntamos como elas achavam que eram vistas pela sociedade. 33% deram respostas positivas, como: “Penso que me enxergam positivamente”; “Quem sabe dos meus problemas, meus amigos, sempre me apoiam, estão juntos. Não me considero vítima”; “Numa boa. Como um pai sincero”. 42% deram respostas negativas: “Com preconceito e exclusão”; “Como um vagabundo”; “De maneira preconceituosa. Não falo para todos meus amigos, porque me tiram para louco. Guardo segredo porque as pessoas não entendem”; “A sociedade me vê como um pobre coitado, porque eu sou um ser humano e ela não me vê”; “Ouvi de uma pessoa que a sociedade considera o esquizofrênico um inútil. Penso que a sociedade me enxerga assim, como um inútil”. 25% deram respostas mistas:

“Depende, às vezes bem, às vezes mal, às vezes louca”; “A sociedade me enxerga normal com algumas dificuldades”; “Alguns têm preconceito. Chamam de neandertal, não tinham respeito. Outros enxergam numa boa”.

Segue a discussão realizada pelo grupo, publicada no relatório:

Apesar do número de pessoas que já sofreram preconceito ser alto, surpreendeu que uma boa parte respondeu que nunca sofreu preconceito, vivendo em uma sociedade preconceituosa como a nossa. Pensamos que alguns podem ter sofrido preconceito sem perceber, ou estar em um meio protegido, sem circular em muitos lugares diferentes.

Mas pode ser também que haja menos preconceito do que esperávamos, o que seria uma boa notícia.

Percebemos pelas respostas que a sociedade enxerga a pessoa, mas com uma certa reserva. Existe preconceito e estigma, a pessoa é taxada de vários nomes: louco, inútil, vagabundo, pobre coitado...

Muitos de nós já vivemos na pele o preconceito, e também já vimos acontecer com outras pessoas na nossa frente. Não é só preconceito com quem é usuário ou paciente de saúde mental, mas com quem é pobre, negro, mulher, gordo, etc.

A sociedade é produtora de rótulos e estigmas. Existem rótulos para todas as coisas – cabelo, roupas, forma física, cor, etc. É difícil escapar de ter um rótulo, todo mundo tem um. A pessoa que é tatuada pode ser discriminada como bandida, o barbudo como terrorista. Os gordos são vistos como preguiçosos, relaxados, sem força de vontade. A maioria encara como “sem-vergonhice”, não como uma dificuldade que tem que resolver. Alguns se afetam com essas opiniões e começam a vomitar e parar de comer por exemplo. Isso é um exemplo de como os rótulos afetam as pessoas. Da mesma forma, uma pessoa que é vista como “inútil” ou “vagabunda” também pode se afetar com isso e ficar muito pior.

Tivemos dúvidas em algumas respostas, onde as pessoas responderam: “a sociedade me enxerga como louco” ou “como uma pessoa que já teve transtorno mental”. Nós consideramos isso uma resposta negativa, apesar de isso não ter sido dito claramente. Percebemos que essas palavras tem um peso negativo no nosso imaginário (dos pesquisadores). Achamos que elas deveriam ser consideradas negativas porque em geral têm um significado pejorativo (tanto que logo pensamos isso), mas elas podem ser vistas como positivas de alguma forma.

Louco é quem está fora do padrão. Mas o padrão está sempre mudando, hoje se apresenta de uma forma, amanhã de outra. O cara que fuma um baseado

e diz “tô muito louco” está falando positivamente. O Raul Seixas também se considerava maluco. E dentro do movimento da luta antimanicomial, tem muita gente que usa a palavra louco e maluco de um jeito positivo (Toríbio et al., 2016).

Percorrendo ainda o relatório, destacamos um terceiro e último grupo de dados, a respeito da luta antimanicomial. A pesquisa revelou que a grande maioria dos usuários se declarava a favor da luta antimanicomial, mas ao mesmo tempo se pronunciava a favor da continuidade dos hospitais psiquiátricos “reformados”. Este é um dado contraditório, cuja análise feita pelo grupo ajudou a lançar luz sobre algumas das contradições existentes, apontando caminhos para futuras pesquisas e ações.

Ficamos surpresos com o grande número de pessoas a favor de hospitais psiquiátricos reformados. Pessoas que se dizem a favor da luta antimanicomial acham que deveria existir hospitais psiquiátricos, talvez sem saber que o fim dos hospitais psiquiátricos (considerados como “manicômios”) é uma das coisas que o movimento da luta antimanicomial defende.

Entre nós, a maioria é contra os hospitais psiquiátricos, mas um de nós concordou com a maioria dos entrevistados: acha que eles poderiam existir, se fossem reformados, ao mesmo tempo que se considera a favor da luta antimanicomial. Então, aproveitando essas diferenças, fizemos um debate para entender as respostas.

Aqueles que são contra o hospital psiquiátrico, acham que o hospital pode ser limpo, arrumado, mas continua sendo manicômio. O que está errado é o sistema, que é impessoalizado. O tratamento é massificado, todo mundo é tratado igual. A pessoa fica presa, não pode sair, como uma prisão. O problema é o tipo de pensamento que está por trás disso, que quer isolar e manter separado os problemas de saúde mental dos outros problemas de saúde. O hospital psiquiátrico é uma resposta do mesmo tipo que o presídio. Quem já esteve por lá sentiu como se fosse um castigo, uma necessidade de isolar da sociedade o que é visto como problema.

Pelo fato de ser isolado, sem circulação de pessoas de fora, o hospital psiquiátrico se torna um lugar próprio para abusos, violência, abuso sexual. Tem poucos visitantes também. Muitas vezes tem superlotação, com um grande número de internos. No hospital geral isso tem menos chance de ocorrer, porque circula mais gente diferente.

Pensam também que o poder psiquiátrico depende do hospital, por isso que eles não querem fechar os hospitais. É lá que eles desempenham o poder deles,

nos outros serviços são só mais um da equipe. Além disso, é mais conveniente para a família, porque a pessoa fica mais tempo, por isso muitos familiares apoiam.

Nosso colega que é a favor dos hospitais psiquiátricos acha importante ter um lugar onde a pessoa possa ser tratada, com médico, atividades diversas, remédios, e um tratamento humano. Ele dá exemplo de pessoas que moram na rua, e acha que é melhor a pessoa poder ir pro São Pedro (por exemplo) do que ficar na rua, porque às vezes a pessoa não tem pra onde ir.

Consideramos também que, quando uma coisa existe, é muito difícil para as pessoas imaginar o mundo sem aquilo, parece ser uma mudança muito radical. Como vai haver um mundo sem hospital psiquiátrico? As pessoas se acostumam a pensar que aquilo é indispensável. (Toríbio et al., 2016)

Com a publicação do relatório, festejamos o produto de um longo e produtivo trabalho. Ainda restava, no entanto, encontrar meios de divulgar aqueles resultados, de modo que não ficassem engavetados ou esquecidos em algum canto da internet. Conversamos sobre as melhores estratégias para dar visibilidade àquele material. Marcelino sugeriu que fizéssemos novos panfletos para a Associação (pois os que tínhamos estavam desatualizados e restavam poucos), em que incluíssemos os dados da pesquisa no panfleto. Uma ideia excelente, que foi colocada em prática⁷⁶.

Inscrevemos o trabalho no 5º Congresso Brasileiro de Saúde Mental, que se realizou em maio de 2016, em São Paulo. Com algumas doações e verbas pessoais, conseguimos viabilizar a ida de cinco pesquisadores ao evento para apresentar o trabalho: Rafael, Vera, Leonardo, Amanda e eu. A experiência de apresentar no Congresso não foi das mais felizes. Vera e Rafael apresentaram os resultados, mas o tempo permitido para as apresentações era curtíssimo. Além disso, fomos alocados em uma roda de conversa sobre economia solidária, algo que apenas tangenciava nossa discussão. Não houve interesse dos participantes em saber mais sobre a pesquisa. A conversa enveredou sobre questões de associativismo que também nos interessavam, mas os “profissionais” dominaram a conversa – alguns de maneira até autoritária, como se fossem os responsáveis por colocar os pontos finais nas questões que queríamos abrir. Os poucos “usuários” presentes sentiram-se alienados da discussão. Saímos frustrados e chateados depois de passar pelo que é uma experiência típica de congressos de grande porte. O formato destes eventos não permite realmente a troca entre os participantes, privilegiando as grandes mesas e palestras dos doutores renomados. As rodas de conversa aglomeram uma dezena de trabalhos em um curto período de tempo, inviabilizando o aprofundamento das questões. Reproduz-se a hierarquia de saber-poder que estávamos tentando romper. A frustração e indignação que se instalou entre nós sinalizava que já não era mais tão natural aquele conhecido diagrama. Tínhamos

⁷⁶O panfleto encontra-se no Apêndice D.

conseguido experimentar outra forma de produção de conhecimento, e não dávamos sinal de querer retornar aos velhos modelos.

Outra experiência, muito diferente, produziu-se na UFRGS. Em junho de 2016 realizamos um pequeno evento no Instituto de Psicologia para apresentar nossa experiência de pesquisa. Tivemos um bom número de participantes, entre estudantes de graduação, pós-graduação, professores, “usuários” e profissionais da rede de atenção psicossocial. Vera e Rafael se dispuseram a ser os apresentadores, mesmo estando nervosos em desempenhar aquele papel. Rafael, nosso ex-presidente, já tinha experiência em falar em eventos, mas o ambiente acadêmico era novo e intimidante. Combinamos que eu seria a mediadora, dando um suporte aos apresentadores, e que os demais pesquisadores iriam dando suas contribuições ao longo da roda de conversa, conforme se sentissem à vontade (alguns já avisavam de antemão que preferiam não falar nada).

No dia do evento, com a sala cheia, levantei-me para dar início e introduzir os apresentadores. Ao mesmo tempo que eu, Rafael também se levantou e começou a falar, apresentando a pesquisa. Desconcertada, após uma rápida reflexão, decidi me sentar. Percebi que minha presença já havia se tornado excedente e que minha mediação já não era necessária. Creio que não poderia ter havido uma forma mais emblemática de finalizarmos aquela pesquisa, onde procuramos fazer com que o saber acadêmico, universitário, se tornasse um acessório para que outros saberes pudessem ocupar a cena.

...

Procuramos mapear, neste capítulo, nosso processo de pesquisar junto com os companheiros de associação. Esse dispositivo inusitado, em nosso entender, ajudou a produzir algumas mudanças em nossas relações. Primeiramente, experimentamos a possibilidade de fazer perguntas. Poder perguntar livremente é algo raro! Exercitar o pensamento, questionar a realidade, buscar mas também produzir conhecimento se mostrou como uma atividade potente.

Na elaboração destas perguntas, a experiência pessoal ganhava um espaço que não estava tendo até então, no cotidiano da associação. Ela também permitiu que pudéssemos nos perguntar sobre nossa própria experiência de constituir uma associação, de interrogar seus pressupostos. A pergunta do “ter ou ser?” remetia à nossa demanda de geração de renda, e ao atravessamento do dinheiro que sempre nos melindrava. As perguntas a respeito do “usuário”, do “psicólogo”, também interrogavam nossas relações dentro do espaço da associação.

A partir destas questões e do próprio processo de pesquisar, aumentamos nosso coeficiente de transversalidade, em momentos especiais em que nos modificamos mutuamente. Não deixamos de utilizar certas estratégias pedagógicas (como, por exemplo, quando nos dispusemos a tabular juntos os dados no computador, compartilhando as habilidades informáticas), mas elas estavam associadas a outras estratégias que miravam justamente

nas relações de saber/poder. Não apenas ensinamos os “usuários” a fazer uma pesquisa nos moldes acadêmicos, mas fomos afetados por suas questões, por sua forma de conhecer. Nesse processo é que o “usuário” ganhou suas famigeradas aspas – não poderíamos mais sustentar essa identidade, e nem a nossa, como profissional, pesquisador, ou como “pessoa normal”. Nosso encontro possibilitou a todos irmos um pouco além de onde estávamos, do que éramos.

Capítulo 5

A produção de conhecimento como dispositivo

Esquizofrenia

Esquisita

Sociedade na

Quantidade

Unitária do

Inigualável

Zumbido nas

Ondas que

Fluem

Repentinas e

Exóticos

Naufraágios na

Incansável

Memória

Animada

Márcia Collar Pereira

O problema que orienta esta pesquisa é a missão de produzir a cidadania e a autonomia do usuário. Ele só pôde ser elaborado nestes termos a partir do momento em que nos arriscamos a pesquisar-intervindo. No processo de constituir a Associação Construção, vi-me também capturada por essa missão, por idealizações do que seria a cidadania ou a autonomia “do usuário” que precisava ser produzida. Este incômodo lugar permitiu que pudéssemos pensar o quanto a reprodução destes ideais abstratos se misturam a tentativas de normalizar, de padronizar, de trazer o desconhecido para o conhecido.

Foi também através da pesquisa-intervenção que inventamos outras possibilidades de pensar a cidadania e a autonomia, dessa vez a partir de um exercício, de uma experimentação onde não sabíamos, de antemão, onde iríamos chegar.

Neste capítulo, exploraremos os meandros dessa escolha metodológica, com todas as dificuldades e riscos que trouxe consigo, assim como as possibilidades que abriu. Entre

seus efeitos, esteve esta reconfiguração completa do problema, forçada pela nossa experiência de pesquisar e intervir. Reconfigurar o problema aqui não foi apenas uma opção intelectual, mas uma necessidade de confrontar-nos com nossos próprios pressupostos e modos de atuar. Em uma pesquisa implicada, afetar-se foi imprescindível para produzir conhecimento, levando a pesquisa a novos caminhos.

5.1 Pesquisar-intervir: análise de um campo minado de implicações

As origens da pesquisa-intervenção podem ser encontradas na pesquisa-ação de Kurt Lewin e na pesquisa-ação crítica, em sua vertente latino-americana (Rocha & Aguiar, 2003). Com a pesquisa-ação, a pesquisa-intervenção compartilha o pressuposto de que produzir conhecimento não é necessariamente uma etapa anterior à ação junto a grupos e comunidades, mas que podem ocorrer de maneira simultânea. Não se pesquisa para produzir um conhecimento que será posteriormente aplicado, mas é na própria ação (junto a grupos e organizações) que se produz o conhecimento. A pesquisa-ação coloca em suspensão a necessidade da objetividade e neutralidade do pesquisador. Na perspectiva de Lewin, indivíduo, grupo e ambiente interagem mutuamente, formando um campo dinâmico (Passos & Barros, 2000).

A pesquisa-ação de Kurt Lewin, misturada ao referencial freireano e marxista, deu origem a outra forma de pesquisa-ação: a pesquisa-ação crítica, participante ou emancipatória. Ela está relacionada aos movimentos comunitários e às iniciativas em educação popular junto a populações excluídas. Paulo Freire introduziu a noção de que a produção de conhecimento pode ser pensada de maneira crítica e emancipatória, propondo que a pesquisa deixasse de ser descolada da realidade vivenciada pelas comunidades. Esta forma de pesquisa-ação defende a produção de um conhecimento significativo, que possa servir como base para a ação coletiva e a transformação da realidade vivenciada por estas populações (Fals Borda, 1981; Hall, 2005; Freire, 1981). A pesquisadora ou pesquisador são entendidos através da figura do “intelectual orgânico”, aliado das causas populares, que utiliza a pesquisa e a educação como forma de libertar o homem da alienação e das ilusões da ideologia a partir de uma tomada de consciência sobre as condições de sua opressão.

A pesquisa-intervenção marca não apenas uma continuidade, mas também uma ruptura com as influências funcionalistas de Lewin, com a perspectiva “conscientizadora” da pesquisa-ação crítica latino-americana e com o universo mais amplo das pesquisas participativas. Ela ao mesmo tempo “aprofunda a ruptura com os enfoques tradicionais de pesquisa e amplia as bases teórico-metodológicas das pesquisas participativas, enquanto proposta de atuação transformadora da realidade sócio-política, já que propõe uma intervenção de ordem micropolítica na experiência social” (Rocha & Aguiar, 2003, p.67).

Eduardo Passos e Regina Benevides de Barros localizam que, sob influência da noção

de inconsciente da psicanálise e de novas perspectivas políticas de movimentos sociais dos anos 60, a perspectiva conscientizadora da pesquisa-ação passou a ser contestada. A palavra *intervenção* substituiu a ideia de “ação”, denotando uma outra relação entre teoria e prática, entre sujeito e objeto (Passos & Barros, 2000). Toma como seus conceitos-orientadores as noções de subjetividade e poder, entendidas não como totalizantes, mas como sempre parciais, fragmentárias, múltiplas, localizadas. Os referenciais teóricos encontram apoio principalmente no pensamento institucionalista, na obra foucaultiana e na filosofia da diferença.

A Análise Institucional Socioanalítica, corrente desenvolvida na França durante as décadas de 60/70, vai então formular a ideia de uma pesquisa-intervenção que visava a interrogar os diversos sentidos cristalizados nas instituições. Tratava-se de produzir evidências que visibilizassem o jogo de interesses e de poder encontrados no campo de investigação. Sua metodologia estava baseada, portanto, numa argüição que desmanchasse os territórios constituídos e convocasse a criação de outras instituições. É claro que a própria noção de instituição é modificada, já que, ao não ser identificada à de estabelecimento, remete ao processo de produção constante de modos de legitimação das práticas sociais (Passos & Barros, 2000, p.73).

A pesquisa-intervenção, assim, busca interrogar os jogos de poder encontrados no campo de pesquisa, entendendo a “instituição” como uma forma geral que produz e reproduz as relações sociais. Na confrontação permanente entre instituído e instituinte que caracteriza a instituição é que se encontram as possibilidades de produzir os deslocamentos necessários para a transformação e a mudança (Barros, 2007).

A noção de *implicação* é outro conceito-ferramenta importante, pois sinaliza que os lugares designados ou ocupados pela pesquisadora não são isentos de efeitos sobre o processo de pesquisa-intervenção. Pesquisar significa estar implicado em um campo, ou seja, ocupar um determinado lugar na dinâmica das correlações de força sobre as quais se busca pesquisar e intervir.

Sejam suas relações com seus “objetos de pesquisa”, com o meio acadêmico, com a cultura, a família, o dinheiro, o desejo, o pesquisador normalmente se apresenta como aquele que objetiva as relações dos outros, as quais estuda, investiga, mas sempre excluindo as suas próprias relações do âmbito de análise (Monceau, 2010). Neste sentido, a *análise de implicação* apresenta-se como o constante olhar para esta dinâmica, como uma reflexividade permanente a respeito dos lugares que a pesquisadora/analista institucional é convocada a ocupar.

Esta análise é importante pois revela as relações de poder-saber sobre as quais se busca intervir. Trata-se, portanto, de uma recusa radical da neutralidade de quem pesquisa, produzindo também uma ruptura com a fronteira entre sujeito e objeto que geralmente

caracteriza as pesquisas científicas. Não se trata de “articular” sujeito e objeto, pesquisador e campo de pesquisa, como na pesquisa-ação, mas de entender que ambos se produzem mutuamente, em relação.

Nossas implicações, as forças que nos prendem aos nossos lugares, especialmente em termos da relação profissional-usuário, são muitas. Entre essas forças, estava todo o campo problemático que fomos mapeando nos primeiros capítulos. As demandas colocadas para a associação, que extrapolavam em muito nossa capacidade operacional; as especificidades da relação saber-poder estabelecida entre “usuários” e “profissionais” na “saúde mental”, que marcavam as diferenças de posições e ordenavam nossas relações dentro do grupo; a máquina burocrática do Estado, que pressionava a associação a dar conta de inúmeras requisições, igualadas às grandes organizações do “terceiro setor”; as desigualdades que nos atravessavam, sociais, econômicas, educacionais e raciais; a missão salvacionista da reforma psiquiátrica, que segue perseguindo formas de “produzir a cidadania e a autonomia do usuário” sem se interrogar sobre os sentidos dados aos quatro termos desta frequente proposição.

Aceitar a proposta de criar uma associação de “usuários” não significava para mim apenas a abertura de um campo de pesquisa. Era também uma forma de apoiar a concretização de um projeto no qual eu acreditava. Eu entrava ali não apenas como pesquisadora, mas como psicóloga social, ex-residente em saúde coletiva, defensora da reforma psiquiátrica, do SUS como sistema participativo. Também entrava como alguém que tinha passado um tempo no exterior e conhecido movimentos com marcas identitárias fortes, “autonomistas”, que haviam sugerido para mim o potencial de “usuários” organizados em seus próprios coletivos, independentes de profissionais e familiares. Eu acreditava que o fortalecimento do movimento de usuários era um caminho importante para a reforma psiquiátrica sair de seu ensimesmamento. Embarcava naquele projeto, portanto, com a minha subjetividade trabalhadora-militante, agitando avidamente a bandeirinha da autonomia, da cidadania, do empoderamento.

A partir deste conceito de implicação, podemos convocar outro conceito balizador da pesquisa-intervenção: a *transversalidade*. O conceito de transversalidade é introduzido por Félix Guattari em 1964, em uma elaboração que respondia ao problema da transferência nos grupos e instituições. A transversalidade é apresentada como oposição tanto a uma verticalidade hierárquica, reprodutora de estruturas sociais, e também a uma horizontalidade infértil, onde todos são igualados em um sistema improvisado que pouco produz. Em um hospital psiquiátrico, por exemplo, temos as relações dadas entre chefes, subchefes, etc, até chegar nos pacientes, os quais são igualados entre si em uma horizontalidade massacrada (Guattari, 2004).

O conceito de transversalidade, inseparável da questão do poder nos grupos e instituições, trata do estabelecimento de formas de relação que escapem ao diagrama que distribui e organiza os sujeitos a partir de um padrão hegemônico, para produzir nele um

desarranjo e uma reorganização a partir do eixo transversal (Passos & Barros, 2009).

É interessante essa virada que o conceito de transversalidade propõe, pois rompe com uma visão idealizada da igualdade como solução para o problema do poder. Dessa maneira, coloca em evidência que a utopia da igualdade não apenas esconde a diferença, como mascara a origem da constituição de um determinado grupo como “igual”. Essa constituição usualmente é externa ao grupo, dada por um processo de diferenciação social onde um grupo determina o outro como diferente de si e, portanto, internamente igual ou homogêneo.

Uma instituição na qual o diagrama é seguido à risca é uma instituição com baixo coeficiente de transversalidade. Nela, a circulação da palavra, dos afetos, do poder, ocorre apenas por trajetos pré-determinados, formalizados. A transversalidade diz respeito à explosão da comunicação entre os níveis, em diferentes sentidos. Constrói, assim, um diagrama diferente, onde um ponto pode se ligar a qualquer outro ponto. Um diagrama de hiperconectividade, composto por relações não formalizadas, abertas à mudança e ao encontro. A potência encontra-se justamente no estabelecimento de relações entre os devires minoritários que, ao se conectarem, produzem um desarranjo do sistema de organização da realidade – vetor de caotização, caosmose, que gera novos arranjos da realidade (Passos & Barros, 2009).

Guattari (2006) fala de *caosmose* para afirmar o caos não como pura indiferenciação ou universalidade, mas como complexidade que tem uma trama ontológica específica, imanente. Estar mergulhado nessa caosmose faz parte do trabalho necessário de quem trabalha com a psicose, assim como da analista institucional que se propõe a não resolver a crise, mas levá-la às últimas consequências como única condição de análise (Lourau, 2004b). Para Guattari, para trabalhar no interior da psicose ou da instituição é preciso estar aberto, receptivo, forjar um *corpo sem órgãos* que possa dar um “acesso pático à coisa cósmica” (Guattari, 2006, p.108). É deste mergulho que dependem suas possíveis conquistas de coeficientes de liberdade, o acesso a universos mutantes, a entrada em registros de alteridade.

Iniciei a pesquisa-intervenção à procura de meios para fortalecer um movimento de “usuários de saúde mental”. Foi isso que fez, em muitos momentos, que eu insistisse em reforçar a identidade do “usuário”, e em sua diferença positiva com relação ao “profissional”. Ao fazer isso, eu procurava problematizar a prática dentro da reforma psiquiátrica e da luta antimanicomial de se apresentar como um movimento misto, por entender que a suposta igualdade mascarava as maneiras pelas quais o poder profissional se sobrepõe, relegando as produções dos “usuários” a um segundo plano.

No entanto, com essa estratégia eu insistia em uma diferença rígida, dada de antemão, que o processo de pesquisa-intervenção me obrigou a repensar. Percebi que assim como a “saída pedagógica”⁷⁷, a “saída identitária” tampouco colava naquele grupo. Havia por de-

⁷⁷Ver Capítulo 2.

mais sutilezas envolvendo a própria ideia de ser um “usuário” para que isso fosse assumido como uma identidade militante, reivindicativa, por parte daquele grupo especificamente – e talvez, de maneira mais geral por outros “usuários” no Brasil, como tem sido observado na literatura.

Ao reforçar o lugar do “usuário de saúde mental” como a pessoa diagnosticada, que viveu certo tipo de sofrimento, que utiliza os serviços de saúde mental, mesmo no sentido de resgatar sua positividade, também sustentávamos a normalidade como ausência de contato com este mundo. Eu e os outros “técnicos” nos retirávamos do mundo da loucura, nos afastávamos da possibilidade de contágio. Mesmo procurando inverter os valores, empoderar e emancipar o “louco”, o efeito parecia ser o oposto. Como afirmar uma alteridade ao mesmo tempo em que insistimos em afastá-la de nós, em não perceber em nós a intrusão da diferença?

Em nossa experiência, não foi pela via identitária que os efeitos mais interessantes se produziram; pelo contrário, foi justamente no desfazer identidades e separações que potências singulares puderam advir. A força que eu tentava imprimir, por mais “bem-intencionada” que estivesse, ia no sentido da horizontalidade, e nesse sentido reforçava também os vetores verticalizantes. A transversalidade é que mostrou ser a orientação realmente mais potente.

Ao mesmo tempo em que eu insistia sobre as qualidades dos “usuários”, reforçando uma suposta “identidade coletiva”, ia cada vez mais ocupando um lugar central na sustentação organizativa da associação. Atualizavam-se, assim, as tradicionais relações entre “usuários” e “profissionais”. Na busca de garantir o funcionamento mais ou menos constante da associação, sem que a nossa frágil entidade sucumbisse às múltiplas demandas à qual estava sempre submetida, não conseguíamos em nosso cotidiano analisar a situação em que nos encontrávamos, e entender por que estávamos sempre em meio a tantas dificuldades.

Se a análise de implicações se ocupa de dar visibilidade às diferentes pertencas, referências, motivações, investimentos libidinais, a *sobreimplicação* é seu contrário: a dificuldade de analisar as diferentes dimensões colocadas em jogo, quando isolamos um dos campos de análise (Lourau, 2004a). Coimbra e Nascimento (sd) discutiram como a sobreimplicação é produzida entre os técnicos sociais a partir do acúmulo de tarefas e da demanda por respostas rápidas e competentes, frente a um contexto de desassistência e vulnerabilidade produzidas pelo capitalismo neoliberal. No mesmo sentido, Vasconcelos e Paulon (2014) apontaram os riscos de uma sobreimplicação associada à militância identitária no campo da reforma psiquiátrica.

Foram forças similares que se fizeram presentes em meu percurso, produzindo esse efeito de sobreimplicação que hoje consigo reconhecer observando, por exemplo, como meu diário de campo foi se transformando em uma lista de tarefas a cumprir. À época, a sobreimplicação se fazia sentir como incômodo, sobrecarga, culpa, preocupação, dificul-

dade de escrever e de pensar sobre o que se passava.

Também eu me vi assumindo, muitas vezes, o lugar de quem sabia, colocando-me em desnível em relação aos outros que não podiam contribuir – justamente aquilo que eu tanto criticava. Também em nossa relação, os “usuários” se retiravam, se ausentavam, se inibiam quando alguma decisão se fazia necessária, delegando a mim ou a outro “profissional” este papel. Nesta rede de relações saber-poder, a nossa “conscientização” não era suficiente para não se reproduzir os jogos dominantes.

A transversalidade serve, na pesquisa-intervenção, como um princípio-chave para a intervenção. Orientar-se pela ampliação do coeficiente de transversalidade, aumentar a receptividade a processos caóticos, são pistas importante para se colocar na trilha da produção de movimento nos grupos, para abrir espaço para a expressão da diferença, possibilitar novas vias de circulação da palavra, de construção de saber, e desestabilizar as relações de poder.

Neste sentido, a pesquisa-intervenção não visa produzir mudanças de comportamento ou um processo de conscientização previamente determinado. Ela não pode ter um caráter utilitário visto que tem como mote o questionamento do próprio “sentido” da ação. Ela visa produzir movimentos, metamorfoses, que não podem, no entanto, ser definidas a partir de um ponto de origem e um alvo a ser atingido, mas que são definidas como processos de diferenciação (Passos & Barros, 2000). Não é possível saber, de antemão, aonde se quer chegar, pois a pesquisa-intervenção não é conduzida; todos aqueles que estão implicados em um campo é que são conduzidos e levados por ela, em sua processualidade.

Nessa tarefa, uma das ferramentas da pesquisa-intervenção é construção de *analisadores*, entendidos como acontecimentos (no sentido daquilo que produz rupturas, que catalisa fluxos, que produz análise) capazes de revelar, em seu próprio funcionamento, o impensado da instituição. O analisador carrega consigo a possibilidade da análise (que se desloca, portanto, da figura da “analista”) ou de desnaturalização das práticas, atuando como catalisador no processo de criação de novos sentidos. Na pesquisa-intervenção, os acontecimentos analisadores é que conduzem a problematização das práticas, no contexto grupal e institucional onde se desenvolve o campo, e não a ação conscientizadora da analista ou pesquisadora (Aguiar & Rocha, 2007; Passos & Barros, 2000). Pelo contrário: a posição da analista institucional ou da pesquisadora em nenhum momento pode ser considerada externa ao processo de pesquisa e intervenção.

Foi importante o “chiste-analisador” produzido pelo associado que brincou que eu era o Lula da associação. Eu relutei muito em admitir que minha vontade de produzir autonomia e cidadania significava querer conduzir o coletivo a um determinado lugar – àquilo que eu considerava como autonomia e como cidadania. Eu esperava que se produzisse, na associação, uma certa forma de ser ativista, militante, algo que pudesse ser porta-voz de uma certa identidade oprimida, aquela dos “usuários”.

Levei tempo para perceber que estava reproduzindo certos modelos que não davam

conta do processo, que certos ideais que eu carregava estavam sobrecodificando a realidade. Em meu afã trabalhadora-militante, eu não me percebia tentando fazer “decalque”. Opor o mapa ao decalque é estar inteiramente voltado para uma “experimentação ancorada no real” (Deleuze & Guattari, 1995, p.22).

Assim, foi preciso me desarmar de tudo isso e me encontrar com o que se produzia naquele coletivo específico, em nossa associação. Para fazer o mapa de um processo, era preciso acompanhá-lo, ficar à espreita. Aprendi naquele coletivo o que significava fazer “n-1”, subtrair o uno da multiplicidade para fazer o múltiplo (Deleuze & Guattari, 1995). Subtrair o uno, para mim, significou abandonar um maquinário idealista que havia me subjetivado, das bandeirinhas que eu balançava arduamente, de minha vontade de “produzir” certas coisas que idealizava. Não se tratam de questões pessoais apenas, mas de um diagrama no qual estamos inseridos, profissionais, “usuários”, familiares, militantes, pesquisadores da “saúde mental”.

Este processo foi ocorrendo ao longo daquele primeiro ano de existência da associação, à medida que o incômodo produzido pela sobreimplicação obrigou uma parada para análise. Assim, nasceu a proposta de intensificar a dimensão participativa da pesquisa-intervenção, e de propor a realização de uma pesquisa participativa – uma *pesquisa em associação*.

5.2 A participação na pesquisa-intervenção

De acordo com Marisa Rocha e Kátia Aguiar (Rocha & Aguiar, 2003), tanto a pesquisa-intervenção quanto as diversas formas de pesquisa-ação podem ser incluídas dentro de um universo mais amplo, aquele das “pesquisas participativas ou colaborativas”. Isso porque todas elas procuram, de alguma forma, envolver os saberes de todos que compõem o campo de pesquisa, pensados como co-autores de uma prática de produção de conhecimento.

Assim, falar em “pesquisa participativa” é mais ou menos como falar de uma “associação”: muita coisa diferente pode estar incluída dentro do mesmo termo. Em um rápido olhar pela literatura na área, encontramos argumentos diversos na justificativa pela escolha de estratégias participativas de pesquisa.

Identificamos, primeiro, uma perspectiva que enfatiza a participação a partir dos direitos humanos e da democracia. Nessa linha, argumenta-se que as pessoas não devem ser excluídas de ações e decisões que afetam suas vidas, já que a produção de conhecimento tem um impacto direto sobre as vidas das pessoas e coletivos. Assim, elas têm o direito de serem consultadas e, de preferência, devem ter a oportunidade de contribuir ativamente com o processo de pesquisa.

Há uma perspectiva que prioriza a questão epistemológica, defendendo que o conhecimento científico é sempre parcial, especialmente na pesquisa que envolve seres humanos. Por este motivo, promover a pluralidade de perspectivas na produção de conhecimento

seria uma forma de aceitar e até minimizar a subjetividade inerente à pesquisa.

Encontramos também uma perspectiva pragmática. Para os pesquisadores que trabalham nesta linha, as pesquisas participativas são escolhidas por fatores práticos. Seja porque elas têm efeitos mais diretos sobre a vida das pessoas, e são mais facilmente colocadas em prática; porque são mais sensíveis às necessidades e interesses das populações envolvidas; porque acessam mais facilmente grupos vulneráveis ou fechados a pesquisadores externos, produzindo conhecimento mais fidedigno; ou ainda porque produzem inovação a partir da criatividade resultante de coletivos heterogêneos.

Finalmente, uma quarta perspectiva resolve tornar participativas as práticas de pesquisa como forma de romper com relações de poder hierarquizadas na produção de conhecimento. Geralmente objetiva-se atingir uma colaboração efetiva, um controle compartilhado das direções de pesquisa. Valoriza-se diferentes saberes na produção de conhecimento, recusando a autoridade científica como única fonte de saber válido.

Na área da saúde e da saúde mental, as pesquisas participativas têm ganhado relevância, principalmente devido à maior valorização da participação dos “usuários” de saúde na gestão do sistema e na produção de cuidado (Cook, 2012)⁷⁸. Áreas específicas dentro do campo da saúde desenvolveram metodologias de pesquisa na linha participativa, com fundamentação a partir das especificidades do campo em questão. Na área da deficiência, por exemplo, temos o desenvolvimento da *Emancipatory Disability Research* (Pesquisa Emancipatória da Deficiência), que defende a participação das pessoas portadoras de deficiência nas pesquisas, de forma a torná-las mais sensíveis aos seus interesses e necessidades (Oliver, 1992; Mercer, 2012).

Da mesma forma, na saúde mental também vêm despontando novas estratégias de pesquisas participativas. É importante notar que os “usuários de saúde mental” têm especificidades em relação aos “usuários de saúde” de maneira geral. Como seus problemas de saúde referem-se às suas capacidades “mentais”, seu envolvimento com pesquisas leva a discussões teórico-metodológicas intensas – seja no sentido de questionar ou de afirmar suas possibilidades.

No Reino Unido, a partir dos anos 80, alguns “sobreviventes” pioneiros começaram a realizar pesquisas locais. A pesquisa era pensada principalmente como uma forma de ativismo, à medida que dava visibilidade à diferença de perspectivas dos profissionais e dos sobreviventes a respeito de tratamentos, diagnósticos e do sistema de saúde mental de maneira geral. Ao longo dos anos 90 e 2000, esse tipo de pesquisa se difundiu, com a realização inclusive de pesquisas de grande porte, com maior financiamento, estrutura e

⁷⁸Um exemplo que se destaca é o grande crescimento da *Community-Based Participatory Research* (Pesquisa Participativa de Base Comunitária), metodologia que propõe uma parceria entre pesquisadores e comunidades no desenvolvimento de pesquisas sobre temas de saúde. Propõe-se que a colaboração se estabeleça em todas as fases da pesquisa, desde a discussão do tema e do problema de pesquisa até a disseminação dos resultados, como forma de realizar pesquisas em saúde de forma mais ética, com efeitos educativos e de empoderamento (Blumenthal, 2011). Este tipo de pesquisa é inspirado pela obra de Paulo Freire, que segue sendo uma poderosa influência no campo das pesquisas participativas.

impacto⁷⁹.

Batizada de *Survivor Research*, essa linha de pesquisa reivindica não apenas a consulta a “usuários de saúde mental” na realização de pesquisas, mas sua colaboração ativa (parceria) e se possível seu controle total sobre a elaboração de investigações. O argumento é que a pesquisa conduzida por “sobreviventes” não pode ser equiparada à pesquisa realizada por profissionais e acadêmicos. Os “sobreviventes” alegam ter prioridades de pesquisa diferentes, elaborar problemas de pesquisa de forma diferente, produzir resultados diferentes. Também definem o sofrimento de forma menos centrada no diagnóstico e nos sintomas e mais nas experiências, interpretações pessoais e na produção social do sofrimento (Sweeney, 2009).

Esta vertente também situa a pesquisa como uma forma de produzir empoderamento e mudança política, além de conhecimento científico (Rose, 2009). As pesquisas conduzidas por usuários de saúde mental, apesar de constituírem uma novidade importante em termos metodológicos, éticos e políticos, costumam ser mantidas em um lugar marginal no ranking de cientificidade determinado pelo conhecimento “baseado em evidências”.

No Brasil, tivemos recentemente a realização de algumas experiências de pesquisa participativa na saúde mental. A principal delas foi a “Pesquisa Avaliativa de Saúde Mental: instrumentos para a qualificação da utilização de psicofármacos e formação de recursos humanos – GAM-BR”, pesquisa multicêntrica desenvolvida sob a chancela da Aliança Internacional de Pesquisa entre Universidade e Comunidade (ARUCI) do Canadá com universidades brasileiras. Através desta pesquisa, foi construída a versão brasileira do Guia da Gestão Autônoma da Medicação (Guia GAM), originalmente elaborado por usuários de saúde mental e trabalhadores de serviços alternativos de saúde do Quebec.

O guia é um instrumento para interrogar o lugar da medicação na vida das pessoas, e um grupo de pesquisadores se interessou por adaptá-lo ao Brasil como forma de intervir sobre este campo de práticas que seguia sendo pouco discutido e problematizado dentro da Reforma Psiquiátrica. O processo de tradução e adaptação ao Brasil foi realizado por um grupo que reuniu pesquisadores das diferentes universidades, “usuários” e familiares. Em seguida, realizou-se uma revisão crítica do guia adaptado, através de grupos de intervenção que também eram mistos (Onocko-Campos et al., 2013).

O processo da pesquisa participativa demonstrou ter sido extremamente rico. Não apenas se produziu um instrumento útil de intervenção em saúde mental, escrito em linguagem acessível e pensado a partir das experiências reais, mas também o próprio

⁷⁹ Alguns exemplos incluem a pesquisa “Strategies for Living”, financiada pela Mental Health Foundation, na qual “sobreviventes” pesquisaram as estratégias e tratamentos considerados mais importantes pelos seus pares para lidar com seus problemas de saúde mental (Mental Health Foundation, sd). Outra pesquisa importante na área foi o “User Focused Monitoring”, um projeto financiado pelo sistema de atenção primária de Bristol, Inglaterra. Esta pesquisa foi coordenada diretamente por 18 “usuários”, que entrevistaram pessoas internadas em serviços de internação psiquiátrica, monitorando a qualidade dos serviços prestados (Davies, 2009). Após essas duas pesquisas pioneiras, muitas outras foram realizadas a partir de financiamentos públicos ou do terceiro setor (Sweeney, 2009).

processo de realização da pesquisa produziu efeitos para os “usuários” e pesquisadores acadêmicos envolvidos (Presotto et al., 2013; Silveira, 2013).

Além da participação nos grupos de intervenção, o projeto também contou com a gestão participativa através do Comitê Cidadão, um dispositivo instituído pela ARUCI – Saúde Mental e Cidadania para os projetos de pesquisa da entidade. No Brasil, o comitê foi composto por nove integrantes, todos “usuários” ou familiares. Entre as ações do Comitê, esteve a construção de critérios para avaliação dos projetos e a escrita de um artigo coletivo. Alguns dos membros do Comitê propuseram novos projetos de pesquisa para um edital da ARUCI, demonstrando sua apropriação do processo de pesquisa – um deles foi o GUSM, Guia dos Usuários de Saúde Mental, realizado pela AFLORE⁸⁰. As falas dos membros do Comitê, relatadas por Passos et al. (2013), demonstram o quanto o processo foi transformador, produzindo efeitos raramente vistos nas interações entre acadêmicos e “usuários” no Brasil.

O desafio metodológico da pesquisa participativa é o de subverter o sentido tradicional do “pesquisar sobre” para afirmar o “pesquisar com” o outro. Essa compreensão da pesquisa participativa remete ao que Moraes chamou de *PesquisarCOM* (Moraes, 2010).

PesquisarCOM envolve não tomar o outro como alvo de intervenções, como respondente de pesquisa, mas sim de propor a esse outro um encontro de saberes. Em sua pesquisa com cegos, Moraes e Kastrup (2010) propuseram oficinas de experimentação corporal onde não apenas puderam saber mais sobre a experiência da cegueira, mas também produzir uma experiência perceptiva original, singular, a partir da composição com os outros na pesquisa. Um encontro que produz um estranhamento, experiência na qual o pensamento pode advir. Moraes aponta a frase de Deleuze, segundo a qual os homens pensam raramente, e mais sob um choque, um golpe. Ela continua:

se tenho pensado algo, é assim, no golpe, no atrito, no embate com o mundo, com os outros, com o campo de pesquisa. É no estranhamento do encontro com o outro que um pensamento pode advir. O pensamento não se reduz à reconhecimento, ao reconhecimento de si mesmo ou de alguma forma dada e definida de antemão, mas ao invés disso, o pensar envolve outras aventuras, encontros inusitados com o mundo (Moraes, 2010, p.26).

Moraes retoma aquilo que Vinciane Despret chamou de *mal-entendido promissor*, “aquele que produz novas versões do que o outro pode fazer existir” (p.29). Ele anuncia que o outro que interrogamos é um *expert*, no sentido que ele pode fazer existir outras coisas. Ali onde parecia haver uma certa ordenação estável de coisas, o mal-entendido promissor abre uma bifurcação, produz uma instabilidade, a possibilidade de uma deriva, de uma variação.

⁸⁰Ver Capítulo 2.

Quando a pesquisadora se propõe como aquela que tem a capacidade de agir e que planeja os fins da intervenção, o mal-entendido é tomado como parasita, como erro a corrigir. Por outro lado, quando pesquisadora e pesquisada estão implicadas em um processo de transformação, o mal-entendido não é negativo. Ele atua redistribuindo as capacidades de agir: aquele que é interpelado, torna-se ativo no dispositivo de intervenção, mobiliza-o, produz uma transformação que passa por todos envolvidos no campo de pesquisa, e algo se passa *entre* (Moraes, 2010).

Propomos aqui que a pesquisaCOM pode ser entendida como uma forma de pesquisa-intervenção na qual a dimensão participativa da produção de conhecimento é ressaltada, colocada em relevo. Se na pesquisa-intervenção a divisão sujeito/objeto é questionada e problematizada, na pesquisaCOM a participação ativa do outro é radicalizada, pois o outro é tomado como parceiro na produção de conhecimento, sujeito potente para formular questões e dar novos rumos à pesquisa.

De maneira coerente com a proposta da pesquisa-intervenção, a pesquisaCOM é entendida não apenas como máquina de produção de conhecimento, mas como prática performativa, criadora de mundos. Pesquisar é fazer existir certos mundos, engajar-se numa política ontológica que, em última instância, produz o mundo em que vivemos. Fica marcada aí a influência daquilo que Isabelle Stengers chamou de “guinada prática”, uma proposta epistemológica e metodológica na qual não se visa pesquisar determinados objetos ou conceitos, mas a forma como são performados, praticados, feitos (*enacted*) no cotidiano⁸¹. A ideia subjacente é de que a realidade é construída, performada nessas práticas – inclusive pelas próprias pesquisas que visam investigá-la. Neste sentido é que são políticas ontológicas, quando entendemos que as condições de possibilidade, de existência, são constantemente modeladas em práticas, que adquirem aí o seu sentido político.

Assim como Márcia Moraes, também visamos neste trabalho aprofundar a dimensão participativa da pesquisa-intervenção. Alguns dos pesquisadores da Gestão Autônoma da Medicação (GAM) situam-na como uma *pesquisa-intervenção participativa* (Passos et al., 2013; Sade et al., 2013; Barros, 2015), em sua tese de doutorado a respeito da pesquisa da. Seja nomeada como PesquisaCOM⁸² ou como pesquisa-intervenção participativa, trata-se efetivamente de intensificar esse traço participativo que já compõe a pesquisa-intervenção a partir do momento em que ela se propõe a abolir a distinção sujeito/objeto. O convite para produzir conhecimento de forma participativa, com o outro, dentro de uma proposta da pesquisa-intervenção, envolve tomar o ato de pesquisar como um *dispositivo* possível, em um contexto grupal e institucional concreto.

⁸¹Segundo Moraes, o termo em inglês *enact* aponta para dois sentidos: encenar, representar um papel; e fazer existir, promulgar.

⁸²Nomenclatura também adotada pela GAM, conforme Silveira (2013).

5.3 A pesquisa como dispositivo

O que entendemos por dispositivo? O *dispositivo* pode ser definido como uma máquina. Algo que coloca em movimento, que desencadeia operações, faz conexões, e que opera em múltiplas dimensões.

Deleuze, em seu texto “O que é o dispositivo?” (Deleuze, 1996) discorre a respeito do dispositivo na obra de Foucault, o grande analista dessas máquinas invisíveis. No período mais inicial de sua obra, Foucault destaca duas dimensões do dispositivo: as curvas de visibilidade e as curvas de enunciação. Assim, antes de tudo, os dispositivos são máquinas de fazer ver e de fazer falar – ou seja, cada dispositivo tem o seu regime de luz e seu regime de enunciado. O dispositivo prisão no modelo do panóptico é uma máquina de fazer ver sem ser visto; já o dispositivo da confissão fez o sujeito falar de uma forma historicamente nova, inaugural.

Além das linhas de visibilidade e enunciação, o dispositivo comporta linhas de força. Deleuze propõe que, no dispositivo, as linhas de força fazem entrecruzar as linhas de visibilidade e de enunciação, agindo como flechas que ligam as palavras e as coisas. São linhas de poder, que não se deixam ver nem falar, mas que se articulam com o saber todo o tempo.

O quarto tipo de linhas do dispositivo são as linhas de subjetivação. Linhas evidenciadas na última fase da obra de Foucault, quando se ocupa daquilo que se passa quando as demais linhas de força dobram sobre si mesmas, atuam sobre si mesmas, criando um espaço interno mas que não deixa de ser composto pelo fora.

Quais seriam alguns dos dispositivos contemporâneos, se quiséssemos refletir sobre o assunto como forma de fazer aparecer o conceito? Talvez poderíamos pensar que o feminismo contemporâneo no Brasil está atuando como um novo dispositivo, fazendo ver e falar, por exemplo, sobre o estupro como uma cultura disseminada e não como uma prática localizada e específica; constituindo novas relações de força e novas subjetivações femininas / masculinas neste processo. Ou então, poderíamos pensar como dispositivo as ocupações secundaristas, que deram visibilidade ao já banal abandono das escolas públicas no Brasil, e alteraram significativamente as relações de poder no âmbito institucional, produzindo subjetivações estudantis bastante diversas das que vínhamos acompanhando nas últimas décadas.

Nesta perspectiva, entendemos os dispositivos como máquinas que estão aí, operando em nosso funcionamento social, produzindo novos discursos, práticas e processos de subjetivação.

Um pouco diferente é pensar o dispositivo em relação a algumas formas de pesquisa, como a pesquisa-intervenção e a cartografia, conforme propõem Virgínia Kastrup e Regina Benevides de Barros (2009). Estas autoras discutem o dispositivo como um elemento essencial à cartografia e à pesquisa-intervenção. Podemos pensar o dispositivo, dentro

deste tipo de pesquisa, como aquilo que dá consistência e passagem à diferença. As autoras propõem que o dispositivo na pesquisa desempenha *três movimentos-função*.

O primeiro é um movimento-função de referência. Um dispositivo, neste aspecto, é pensado em sua faceta de recorrência, de regularidade, pois opera em uma prática constante e concreta, onde a cartografia ou a pesquisa-intervenção se encarnam. Através da regularidade do dispositivo, busca-se acessar a qualidade de repetição da subjetividade, para poder confrontá-la de forma mais segura com a variação, com a diferença. Constituir um território que permita a desterritorialização. Um homem que enfrenta o medo de viajar com um caderno onde registra seus pensamentos: o caderno funciona como operador concreto e local do dispositivo clínico. A função de referência cria e ao mesmo tempo tensiona um território, fazendo-o encontrar-se com seus limites.

O segundo movimento-função é de explicitação, que se refere justamente à capacidade de fazer ver e falar do dispositivo enquanto máquina. Trata-se do dispositivo em sua função de produzir saber, jogar luz e enunciar o que estava invisibilizado. É uma função essencial dentro do processo de pesquisa, função em que se articula aos analisadores. Uma entrevista, um programa de rádio, um grupo, todos podem ser bons dispositivos para explicitar as linhas que compõem um campo.

O terceiro movimento-função é de produção de realidade. Trata-se da dimensão da intervenção e de seus efeitos, em uma confluência com as duas funções anteriores. Para as autoras, através da constituição de um território e dos processos de explicitação, pode-se conseguir acessar um plano de virtualidades, alcançar uma percepção pré-refletida de um campo de forças. Esse acesso possibilita a ativação de virtualidades e a produção do novo. Da tensão das linhas irrompe o novo, produzem-se novas conexões, agenciamentos, movimentos. Deleuze (1996) diz que o dispositivo se define pelo que detém em novidade e criatividade. Diz ele:

O novo é o actual. O actual não é o que somos, mas aquilo em que nos vamos tornando, aquilo que somos em devir, quer dizer, o Outro, o nosso devir-outro. É necessário distinguir, em todo o dispositivo, o que somos (o que não seremos mais), e aquilo que somos em devir: a parte da história e a parte do actual. A história é o arquivo, é o desenho do que somos e deixamos de ser, enquanto o actual é o esboço daquilo em que vamos nos tornando. Sendo que a história e o arquivo são o que nos separa ainda de nós próprios, e o actual é esse Outro com o qual coincidimos desde já (s/p).

O dispositivo, portanto, deve catalisar este encontro com esse “Outro com o qual coincidimos desde já” – ou seja, um encontro com o devir. O atual não é necessariamente melhor ou pior do que o que já deixamos de ser, mas puramente diferente. Sobre a questão de que dispositivos seriam preferíveis aos outros, Deleuze sugere seguir Espinoza, Nietzsche e Foucault, e julgar os dispositivos por critérios de imanência e não de transcendência:

segundo aquilo que detêm em ‘possibilidades’, em liberdade, em criatividade, sem nenhum apelo a valores transcendentais. Foucault alude a critérios ‘estéticos’, entendidos como critérios de vida que, de cada vez, substituem pretensões dum juízo transcendente por uma avaliação imanente. Ao lermos os últimos livros de Foucault, devemos, o melhor que possamos, compreender o programa que ele propõe aos seus leitores. Uma estética intrínseca dos modos de existência como última dimensão dos dispositivos? (s/p).

De uma maneira geral, poderíamos resumir dizendo que *cabe ao dispositivo explicitar aquilo que somos para que possamos nos tornar outros*.

Radicalizar a dimensão participativa da pesquisa-intervenção, ou escolher a pesquisa como dispositivo, foi uma escolha metodológica que pretendia mobilizar algo que estava em curso em nosso coletivo – um certo assentamento das relações em padrões conhecidos, fortemente hierarquizados, que conscientemente procurávamos combater mas que insistiam em se impor no cotidiano. Algo que viesse produzir o novo entre nós, ao mesmo tempo que pudesse produzir outras formas de ver e falar sobre estes muitos atravessamentos que se colocavam. Algo que reverberasse sobre o regime de vozes e silêncios, de luzes e sombra, que ajudavam a determinar quem podia fazer, falar, conhecer, e quem não podia.

A pesquisa é conhecida como estratégia de produção de conhecimento, muito mais do que como um dispositivo de intervenção. Ela foi escolhida principalmente porque percebíamos que algo do saber era crucial para a ordenação de nossas relações. O saber técnico, profissional, acadêmico, sustenta-se sobre o prestígio do conhecimento científico, eixo central da sociedade moderna e contemporânea. É a partir destas bases que é permitido aos saberes psiquiátricos, psicológicos, e a todos aqueles envolvidos na área de “saúde mental” a gestão do cotidiano do “usuário”, de sua cidadania e de sua autonomia. Nesta mesma operação que dá a legitimidade ao saber profissional, a pesquisa científica historicamente retirou da experiência seu registro de valor, destituindo por exemplo a experiência de vida dos “usuários” como uma fonte válida de conhecimento.

Quando se coloca a questão “é tal conhecimento verdadeiramente científico?”, Foucault (2007) propõe que não se está apenas perguntando sobre sua estrutura formal ou lógica, ou sobre em que medida obedece aos preceitos do método científico. Esta pergunta na verdade deve ser precedida de outra, mais reveladora: que tipo de pretensão de poder está envolvida no projeto científico, ou seja, na própria pretensão de ser uma ciência? Que tipo de saber se procura desqualificar quando interrogamos sua cientificidade? Que sujeito falante, que sujeito de experiência ou de saber se quer minorizar?

A ideia era colocar em questão a hegemonia deste aparato técnico-científico como produtor do único saber verdadeiro através da abertura de seu funcionamento. Proporcionar o acesso de outros tipos de saber a este sistema de verificação poderia ser uma forma de interrogar a sua autossuficiência, sempre presumida, visto que não assume nenhuma forma de complementaridade ou de contraposição. Ao mesmo tempo, era também uma maneira

de interrogar a insuficiência daqueles saberes produzidos por outros meios. Propor que fizéssemos uma pesquisa juntos era, sobretudo, a proposta de produzir um encontro entre saberes, tomando a pesquisa como meio comum, acessível, não sacralizado de produção de conhecimento.

Enquanto dispositivo, a pesquisa se desdobrou nos seus três movimentos-função. Primeiramente, a referência. O convite para pesquisar, o enquadre das reuniões matutinas, a suspensão dos problemas administrativos, tudo isso permitiu que embarcássemos em algo novo e distinto do que fazíamos antes na associação. Quinzenalmente nos encontrávamos para fazermos juntos aquela nova atividade, enfrentando os medos e receios que não deixam de acompanhar a mudança. Dando consistência a essa nova prática, constituíamos um novo território, onde podíamos nos experimentar e nos desterritorializar juntos.

O segundo movimento-função, de explicitação, pode ser localizado, por exemplo, em nossa maravilhosa máquina de fazer perguntas. O mal-entendido inicial permitiu que estabelecêssemos uma relação de produzir perguntas e respostas interessantíssimas, em um processo de questionamento que não encontrava espaço na configuração institucional anterior. Pudemos assim combater o silenciamento que estava se produzindo na associação, constantemente assolada por demandas burocrático-institucionais que imediatamente hierarquizavam o grupo entre os que sabiam ou não sabiam as respostas. A partir do momento em que as perguntas situavam-se de nosso lado, pudemos enunciar o que estava invisibilizado, mudando as regras do discurso.

A explicitação passou pela descoberta de que havia pessoas que se consideravam usuárias e outras que não se consideravam, mesmo “usando” serviços de alguma forma. Regiões de hierarquização que eram sentidas, mas nunca ditas ou questionadas. Vimos também que em alguns lugares a pessoa poderia ser usuária, em outras paciente, em algumas podia ser as duas coisas. Tocamos a questão do dinheiro que estava silenciada na associação, de forma paradoxal à sua missão de gerar renda. Demos visibilidade à nossa vontade comum de entender o mundo que nos cerca e aquilo que se passa dentro de nós, de aprender a cuidar de si e cuidar do outro. Conhecimentos que estavam circunscritos a áreas privativas do conhecimento foram abertos, socializados, e se encontraram com outros, que ficavam escondidos na intimidade pessoal.

O mal-entendido, inesperado que se produziu no encontro, possibilitou um agenciamento criativo e criador, que não poderia de modo algum ter sido planejado ou previsto. Assim, a pesquisa foi ganhando outros contornos, deixando de ser um instrumento de intervenção técnica para ser algo *comum*. As linhas de força iam sendo perturbadas, em uma reconfiguração do campo de saber-poder. Isso já diz respeito ao movimento-função de produção de realidade, no sentido de uma produção de realidade comum, e não externa. Ao mesmo tempo em que eu conduzia algumas ações da pesquisa, era também conduzida, e minha própria pesquisa se modificava naquele encontro. Na apresentação da pesquisa na universidade, o momento em que eu me tornei dispensável condensou, em um micro

acontecimento, diversas mutações invisíveis realizadas ao longo do processo.

Transformamo-nos assim em pesquisadores, atualizando um devir-pesquisador que de certa forma já se fazia sentir de forma virtual em todos nós. Nossa curiosidade sobre o mundo, a vontade de saber mais, de conhecer nossa própria singularidade, de descobrir sobre o outro, tudo isso encontrou corpo nesse dispositivo.

Quando iniciamos a pesquisa juntos, ainda estavam em mim muitas destas idealizações, destas bandeiras. O processo de pesquisa foi importante, do ponto de vista da minha implicação com o projeto, porque produziu muitos outros acontecimentos que modificaram radicalmente minhas concepções pessoais. Nos diferentes movimentos-função do dispositivo foram também ficando visíveis minhas próprias implicações com o projeto, forçando meu confronto de forma mais intensa com essas questões.

Quando eu insistia, por exemplo, que a pesquisa deveria ter um benefício mais amplo, meus parceiros de pesquisa se espantavam: “como a pesquisa pode beneficiar a associação se não vai nos beneficiar, a cada um dos associados?”. Naquele momento, o grupo produziu um deslocamento em minha visão inicial da pesquisa. Eu ainda estava mais para as bandas da pesquisa-ação – querendo colher dados que pudessem servir para subsidiar uma ação coletiva. Rafa e Sérgio me apontaram os caminhos da pesquisa-intervenção: estabelecer um processo de produção de conhecimento que não separe sujeito e objeto, e no qual os pesquisadores são necessariamente afetados. Naquele espanto, eles também me afetaram e modificaram minha visão da pesquisa.

Da mesma forma, à medida que as perguntas e respostas se tornavam guias para nosso questionário, a nossa subjetividade enquanto pesquisadores deixava de ser ruído da pesquisa, para se configurar como o melhor caminho: o método. Mas não era a subjetividade dada, identitária, a experiência fenomenológica do “usuário” que se apresenta como pista. Eram os processos de subjetivação que se produziam inclusive ali, enquanto nos dedicávamos a pesquisar, a fazer perguntas. A pesquisa, à medida que vai se pautando por um objetivo de conhecer o outro através daquilo que está mobilizado em si, tornou-se um processo de se conhecer e se autoproduzir. Um agenciamento que engendrou um exercício reflexivo, uma prática e uma investigação de si.

Escolher a pesquisa como dispositivo envolveu também uma tensão constante com a estrutura dada pelo método científico. Não estávamos apenas fazendo um exercício livre de pensamento – havia um método a seguir, uma ordem para as coisas, um rigor que almejávamos alcançar. Esta escolha restringia nossas relações com os entrevistados, que não podiam falar livremente conosco, e estavam circunscritos às perguntas do questionário. Ela também agia sobre o direcionamento de nossos encontros. Por vezes me vi cortando uma discussão interessante para que conseguíssemos terminar uma determinada tarefa. Era uma linha tênue entre seguir os movimentos do coletivo, permitir que o processo tomasse caminhos inesperados, e conduzi-lo de forma a alcançar um resultado final, um produto. Penso que o produto foi importante, e não teria sido a mesma coisa se tivés-

semos, ao final de um ano, interrompido a pesquisa sem finalizá-la. Por outro lado, foi absolutamente imprescindível permitir que o inesperado acontecesse, priorizar o processo. A deriva mostrou-se parte intrínseca do método de pesquisar juntos, de pesquisarCOM, de pesquisar participativamente.

Foi preciso pesquisar se deixando afetar pela caosmose: suspender as idealizações pessoais e grupais sobre o que deve ser o produto-pesquisa, para poder tornar-se corpo sem órgãos. Sem suportar habitar o caos, não haveria a máquina de fazer perguntas. Sem um espaço que realmente permitisse a criação, a invenção, o pensamento, não teria havido produção de conhecimento – especialmente em se tratando de contextos participativos onde a interface com a loucura se faz presente em todos os seus sentidos. Não há possibilidades de se fazer qualquer pesquisa deste gênero sem se permitir a deriva necessária.

Das contradições que me povoavam, uma das mais básicas diz da relação entre o caos e a ordem. O caos atrai e assusta, a ordem vem para domesticá-lo, fazer dele território conhecido, pacificado. Eu aprendi na vida a reconhecer as qualidades produtivas do caos e procurei estabelecer com elas uma relação de proximidade. Mas nossas capacidades pessoais de habitar essa vizinhança do caos variam. Alguns têm invejável talento para lá estarem e permanecerem; em mim, por vários motivos, era na maior parte das vezes tenso e difícil me demorar demais pelas paragens loucas. Minha capacidade de suportar o caos não era tanta quanto eu gostaria – eu precisava retornar seguidamente à segurança de terras mais ordenadas. Nesse ir e vir sempre fui levando a vida: ora mais solta, ora mais próxima das rédeas. No processo de constituir a associação, essa dinâmica tornou-se algo crucial.

Havia ocasiões em que não conseguíamos nos fazer entender em nossas conversas, como se estabelecêssemos um diálogo impossível. Às vezes, cada um parecia falar sobre um assunto diferente. Ou então todos falavam ao mesmo tempo, exaltados. Não raro, uma palavra mal-interpretada gerava uma confusão difícil de desfazer. Por vezes nos deparávamos com a indissolubilidade das certezas que marcam a subjetividade psicótica. As reuniões administrativas eram eventualmente invadidas por necessidades de compartilhar uma dor, um sofrimento, uma indignação, uma história de vida⁸³. Havia momentos em que nos desestabilizávamos todos, uns aos outros. Não era apenas o sofrimento intenso de um, a deriva de outro, a ansiedade de todos. Era também o enlouquecimento ordinário dos grupos, dos coletivos, que nos contagiava. Ânimos exaltados, tensões, brigas, desencontros que fazem parte da aventura grupal.

Essa loucura-em-nós representava a borda da experiência-limite: não apenas da loucura em si, mas também da morte do grupo, do fim da organização, da dissolução no caos. Em minha missão de não deixar morrer a associação enquanto entidade organizativa,

⁸³Lembro-me, por exemplo, de uma reunião tumultuada, na qual precisávamos finalizar um projeto para submeter a um edital de captação de verba. Um novo participante da associação ocupava todas as brechas para contar sua dolorosa história de vida. Qual urgência era, ali, mais urgente?

sustentada pelos meus ideais já mencionados, eu tecia constantemente novos territórios ordenados. Nessa lida não estava apenas eu, mas aqueles de nós mais atraídos pela margem neurótica, aquela que é socialmente recompensada e que rendia frutos visíveis em termos de avanços da nossa entidade no mundo. Apenas aqui e agora, à distância no tempo e espaço, consigo perceber mais claramente esse processo. Por um período, eu ocupei o lugar de sustentar essa função com mais proeminência – talvez devido às minhas características pessoais e à ausência de outra pessoa disponível a fazê-lo. Ocupar este lugar, no entanto, se fez às custas da perda de um lugar mais potente de análise, que era minha proposta e objetivo inicial.

Cabia a nós a tarefa de aprender a nos autogerirmos como coletivo enlouquecido, aberto para a loucura, que se permitia ser abalado por ela em todas as suas formas. Formar uma “associação de usuários de saúde mental” era uma proposta que remetia ao mesmo tempo à neurose e à psicose, à normalidade e à loucura. Só assim poderíamos existir, se quiséssemos ser o que pretendíamos. Precisávamos habitar esse paradoxo, esse limiar, esse entre. Saber compor um campo organizativo, um espaço de ancoragem, mas permitir as flutuações, dar espaço para se experimentar a loucura sem perder o contorno do coletivo: às vezes sustentar a pauta, às vezes mandar tudo para o espaço! Isso nos tornava ainda mais lentos, em termos da rapidez de nossa “produtividade”, e intensificava nossa angústia. Parecia que nunca fazíamos nada! Mas às vezes a gente parava para pensar, e via que tínhamos feito muito! Nos admirávamos com o tamanho de nossas conquistas – nós que podíamos tão pouco. Era difícil materializar nossa produção, porque ela era geralmente invisível. Ela acontecia principalmente em nós, através de nossa disponibilidade ao encontro.

Compartilhar o cuidado foi fundamental. Se nos tornamos todos pesquisadores, também nos tornamos todos psicólogos, e todos “usuários”. A partir do momento em que o cuidado deixava de ser ato privativo do profissional e tornava-se compartilhado entre o grupo, uma outra potência surgiu, ancorada no saber e na sensibilidade de cada um. Dessa forma, pudemos nos constituir em contato com aquilo que transbordava em nós, cientes de nossa capacidade de acolher o que viesse. Foi a partir deste encontro que se constituiu o grupo de ajuda mútua dentro da associação. Tratava-se, no fundo, de uma questão ética que se colocou ao grupo. Poderíamos ter escolhido calar, excluir, normatizar, em nome da governabilidade da entidade. Mas coletivamente sabíamos que essa escolha implicava em abandonar o propósito mesmo que nos unia, de contribuir com a construção de um mundo mais heterogêneo e acolhedor da diferença. Ela desfazia o próprio sentido de nossa existência em associação. Escolhemos operar a associação na convivência intensiva com a loucura, em toda sua potência desorganizativa e irruptiva. Foi muito importante descobrir em ato que isso era possível para nós.

Da mesma forma, modificar as relações de saber-poder através da pesquisa também possibilitou borrar as fronteiras e limites entre “usuários” e profissionais. No entanto, como apontei no início desta seção, a construção da pesquisa era uma proposta híbrida,

com atravessamentos distintos. O universo das pesquisas participativas abriga uma ampla gama de intenções, de filiações epistemológicas, éticas, políticas. Em mim, noções muitas vezes contraditórias encontravam abrigo. Assim como encontramos diferentes versões da reabilitação psicossocial coabitando pacificamente lado a lado⁸⁴, também em mim propostas emancipatórias, de empoderamento, de reforço de identitário haviam feito raiz. Foi o processo de pesquisa que me forçou a perceber estas contradições, e que permitiu que esta tese adquirisse um outro rumo. De uma tentativa de investigar *como* se produz a cidadania e a autonomia, fui obrigada justamente a investigar essa questão como um problema em si, que merecia ser interrogado, a partir da explicitação deste problema no encontro com a pesquisa.

Valorizar a experiência do “usuário” pode ser uma forma de multiplicar as versões da verdade, ou de procurar eleger outro saber soberano, alegando que o “usuário” tem um acesso especial à verdade por ter tido a experiência direta da loucura, do sofrimento ou do tratamento. Estas afirmações, que proliferam também no campo que mapeamos, têm tido importância quando questionam a hierarquização dos saberes e abrem espaço para outras formas de produção de conhecimento. No entanto, elas também continuam jogando o mesmo tipo de jogos de verdade, nos quais a verdade se localiza ora em um, ora em outro lado. Este tipo de visão fenomenológica da experiência acaba suscitando a naturalização de sua verificação, como se a experiência fosse um campo indeterminado, independente de qualquer produção social. Também procura afirmar o sentido de que o saber experiencial seria essencialmente minoritário, questionador, revolucionário, transformador das formas majoritárias de produção de conhecimento.

Deleuze e Guattari (1977) introduzem o conceito de *menor* a partir da obra de Kafka, proposta enquanto uma literatura menor. A literatura menor se caracteriza por ser revolucionária em seu efeito desterritorializante, em sua inseparabilidade da política e da enunciação coletiva. Uma obra menor não fala por si mesma, mas fala por milhares. Transforma a língua para fazer passar um povo, um bando, uma matilha, um coletivo. Em *Mil Platôs*, os autores (1997) desenvolveram aquilo que é “menor” a partir da fuga a um padrão majoritário, molar, identitário: padrão homem-branco, adulto-macho. Afirmam que todo devir é devir-minoritário, devir-menor. Menor no sentido da nota menor, nota transgressora, dissonante, menos brilhosa mas não menos potente. Menor no sentido que Manoel Bandeira era um “poeta menormenormenorme”⁸⁵.

Mulheres, crianças, animais, vegetais, moléculas, podem ser devires minoritários quando produzem desterritorializações nos padrões majoritários. No entanto, é preciso não confundir “minoritário” enquanto devir ou processo, e “minoridade” como conjunto ou estado.

⁸⁴Conforme Capítulo 1.

⁸⁵Esta discussão está desenvolvida mais plenamente no artigo “Os saberes menores e a profanação acadêmica: os sentidos da experiência”, de Carolina Chassot, Mateus Cunda e Lívia Zanchet, a ser publicada na revista *Pólis e Psique*. Deste artigo, aqui reproduzimos alguns parágrafos, com a permissão dos colegas autores.

Afirmam: os judeus, os ciganos, etc., podem formar minorias nessas ou naquelas condições; ainda não é o suficiente para fazer delas devires. Para o negro se tornar um devir-negro, para a mulher se tornar um devir-mulher, é preciso que deixem de se definir a partir do metro-padrão que constitui a maioria. Nesse sentido, a minoria não é essencialmente minoritária; é através de um processo, de um devir, que ela se torna menor, e aí reside sua potência.

Em nossa pesquisa, as duas acepções do termo menor estavam em constante tensão. Propor a construção de uma pesquisa a partir de um grupo de pesquisadores “usuários” era uma proposta híbrida. Havia a inspiração da pesquisa-intervenção participativa, da pesquisaCOM, mas também da *survivor research*, da *disability research*, da pesquisa-ação. Havia uma vontade de transversalizar mas também de horizontalizar, de misturar e também de resgatar; de valorizar um saber natural, identitário, e também de produzir algo novo no encontro.

A pesquisa-intervenção possibilitou evidenciar esta contradição, experimentar outros posicionamentos e descobrir aqueles que tinham mais potência. Passamos a nos perguntar se as linhas de fuga passariam, talvez, não pelo fortalecimento da identidade coletiva, mas pela desestabilização das identidades. Desistir de afirmar o que é ser “usuário”, para ver essa categoria proliferar, explodir. Colocar em questão minha própria identidade como “profissional”, como “psicóloga”, para descobrir que, mais do que resgatar o outro com o conhecimento, eu é que precisava ser resgatada de minha própria formação, carregada de idealizações paralisantes. Permitir que o conhecimento pudesse ser afetado pelo seu objeto e vice-versa envolveu perturbar a narrativa racionalista hegemônica, abandonar o metro-padrão da normalidade⁸⁶ para se aventurar em um saber realmente menor, minoritário, porque constituído *entre*. O *saber menor*, eu descobri, não é o saber “do usuário”, mas o saber que surge entre nós, de nosso encontro e de nossa disposição a produzir conhecimento juntos. Ele se torna possível na aventura de perturbar a estabilidade dos saberes.

Foi preciso operar a inversão da metodologia: de *metá-hodos*, um caminhar que visa alcançar metas pré-fixadas, para *hodos-metá*, um caminhar que traça, no percurso, suas metas (Passos & Barros, 2009). Os caminhos foram se fazendo à medida que caminhávamos. Fui coletando as pistas, procurando me guiar pelo que aumentava nosso coeficiente de transversalidade, por aquilo que fazia agenciamento e conexão, que fazia rizoma. Apesar de minhas idealizações estáticas, estes conceitos móveis, proliferantes, foram os melhores indicadores para saber por onde seguir.

Os dilemas e as vicissitudes do trabalho de pesquisar juntos na composição de saberes distintos nos levam a pensar na noção de experiência conforme trazida por Foucault (Foucault, 1978; Pelbart, 2013). O autor traz um contraponto entre o entendimento da experiência a partir da fenomenologia e aquele apresentado por autores como Nietzsche, Blanchot e Bataille. Para os fenomenólogos, há uma busca de reconstituir a experiência

⁸⁶Ver o próximo capítulo.

cotidiana como forma de resgatar o sujeito, entendido como transcendental. Trata-se de extrair as significações da experiência a partir desta dimensão subjetiva. De maneira radicalmente diferente, a experiência em Nietzsche, Blanchot e Bataille tem como função arrancar o sujeito de si mesmo, em um processo que requer o máximo de intensidade, e que beira o “invivível”, ou aquilo impossível de viver, a experiência do limite. A experiência aí é um empreendimento de des-subjetivação, de impessoalidade, de metamorfose.

Estas duas formas de entender a experiência têm influências distintas sobre as tendências contemporâneas que buscam reafirmar o lugar da experiência na construção do saber, e na valorização dos saberes menores. Pode-se, por um lado, entender a experiência como remetendo a um sujeito transcendental, e nesse sentido valorizar a experiência significa reafirmá-la como verdade última, aquela que diz do sujeito, e que deve ser reintroduzida no conhecimento científico como forma de reconectá-lo com uma verdade da qual se afastou. Neste sentido vão as propostas de valorização da voz dos usuários, e reivindicações de uma experiência específica que deve ser a única a autorizar determinados discursos de resistência.

Por outra via, no entanto, vão as propostas de valorização da experiência no sentido dos saberes menores. Estas visam produzir experiências singulares de encontro, de afetação mútua, de alteridade, em que não se busca extrair essências da experiência, afirmar identidades, mas sair de si em direção a outra coisa, tornar-se outro. São processos difíceis, tensos, porque buscam justamente operar cortes nas relações de saber e poder que nos constituem a todos, em relação às quais nunca estamos em exterioridade. Mas apostar nessa dimensão da experiência é não desistir de sempre produzir deslocamentos em uns e outros, nós e eles, e assim produzir novos saberes a partir do encontro (Cunda et al., 2017).

Estar em associação era também estar afetado pelo outro, com todas intensidades que isso produz. Deixar-se afetar envolve poder deixar que algo aconteça entre nós. Foi estar nessa construção / dissolução contínua que é a construção do *comum* – algo muito diferente de atingir um estado de comunidade. A comunidade, no sentido que normalmente vemos em uma infinidade de abordagens “comunitárias” (inclusive aquelas de pesquisas participativas) é geralmente pensada como uma abstração: um conjunto de pessoas que convive em uma suposta harmonia, unidas por laços de solidariedade, fraternidade. Nossa convivência foi amigável, mas não era harmônica. Não estávamos equiparados em uma linha horizontal, como num paraíso perdido. Esta é a diferença entre o comum e a comunidade, em sua acepção mais corrente. O comum, diz Negri (2008) não passa de uma construção contínua; é constante construção e dissolução. O comum se passa quando modalidades singulares (e não indivíduos) se reúnem, se reconfiguram, se expressam em conjunto – quando singularidades encontram expressão através de uma atividade social.

Uma criança diz: – Afetar é *quando* aciona um ponto fraco na gente. Outra criança para seu olhar em nós na esquina. Ultrapassa o vidro do carro. Na mão

uma caixa de sapato. Rouba a tranquilidade do protegido corpo maquinado pela relação com um carro. A regra de como reagir é clara: não abra o vidro, disfarce a visada, não se mostre presente. O que pode sair daquela caixa? Uma arma? Algo insiste, nos afeta e nos força a olhar para ela. Mais ainda, olhamos o olhar infantil e tiramos o vidro e a caixa que estabelecem o limite. A caixa abre. Nela, um passarinho. Desculpa para os olhares se encontrarem. Já é tarde, as regras deixaram de vigorar. Estávamos criança-pássaro-adulto em um *quando* perturbador. O pensamento nos leva, entre olhares e afetos, *quando* um jovem diz para um dos pesquisadores: “Você tem medo de ser assaltado?”. Olhares se olham. “Todos sentimos medo”, responde o pesquisador. Temos medo de que nos agriam, que levem coisas que gostamos, temos medo... Na caixa estava um pássaro, também estava a possibilidade de uma arma, e infinitos possíveis que nos rodeiam *quando* vivemos a abertura ao afetar. Ao vivermos estes olhares, emprestamos nossos corpos para estar nessa relação, capacidade de afetar e ser afetado (Lazzarotto & Carvalho, 2015).

Nós nos afetamos quando embarcamos na constituição da associação, e mais ainda quando resolvemos abraçar a proposta de pesquisar juntos. Esta tese procura mapear os caminhos desse processo afetivo, afetado, que ativou em nós novos embates. Afetar-se é modificar-se, o que nunca é um processo confortável, harmônico ou mesmo agradável. Mas produzir a mudança é algo que tem valor justamente porque transforma, porque nos obriga a diferir do que somos.

Quando me pus a seguir os movimentos do grupo, a me colocar de outra forma nas relações de poder, permitindo me afetar pelas outras formas de conhecer que começavam a proliferar, as mudanças começaram a acontecer. Foi um processo difícil e irregular. Foi preciso me despir de meus pressupostos, que determinavam o que deveria ser uma associação, que tipo de ação deveríamos fazer, que tipo de relações ter, que tipo de pesquisa fazer. Desistir de guiar o processo a um ponto predeterminado, onde atingiríamos a autonomia, onde pudéssemos resgatar a cidadania, alcançando o grande sonho antimanicomial. Foi preciso descobrir que não se resgata a cidadania como um paladino resgata uma princesa.

Fui me deslocando, ao longo do processo, de um posicionamento identitário, horizontalizante, para aceitar a possibilidade de contágio, de afetação. Fui aprendendo a desistir da diferenciação eu/outro como estratégia de emancipação, para deixar passar algo que não é a identidade do grupo, a identidade individual, mas algo que *acontece entre*. É da dimensão do acontecimento que falamos, e que podemos (talvez? se ainda quisermos?) falar em cidadania e autonomia. Não como estados, mas como algo que exercemos nas relações. Uma atividade social diferente, que permite existência às singularidades, às multiplicidades. Algo que não fala de indivíduos que alcançam determinados estados, mas de processos de afetação mútua, em uma abertura dolorosa mas imprescindível para a vida.

Foi assim que novas perguntas puderam ser feitas, perguntas que eu certamente nunca

faria, e que eram feitas com facilidade e velocidade atordoantes. De onde vinha essa coragem de perguntar? Será que ela me contagiou, me dando também coragem de perguntar tantas outras coisas?

...

Neste capítulo, discutimos em maior profundidade nossa opção pela pesquisa-intervenção como estratégia de produção de conhecimento. Escolha que fez com que abdicássemos da possibilidade de manter o objeto de pesquisa a uma distância ideal, supostamente necessária para poder enxergá-lo como realmente é. Apostamos que o essencial não se mostra à distância.

Assim, ao longo desta pesquisa, nossa questão jamais esteve distante, clara e cristalina. Pelo contrário, ela esteve sempre muito perto. A proximidade foi acolhida e escolhida como método.

O receio que os pesquisadores têm da proximidade com o objeto não é descabido – realmente é difícil pesquisar assim de perto. A questão adquire contornos imprecisos. Ela se mostra instável: se reconfigura a cada olhar, a cada ação, a cada toque, a cada mês, a cada ano. Ela some como um fantasma, para depois reaparecer de outra forma. Ela mobiliza afetos no pesquisador, que se irrita, se perde, se apaixona, se indigna, se afasta e se aproxima. Estar perto demais é aceitar um risco diferente na pesquisa, o risco de se afetar, de se modificar.

O que o processo de pesquisa-intervenção nos levou a descobrir, através dos analisadores produzidos, da análise de implicação, da cartografia dos processos e da escrita que aqui se concretiza, foi justamente um pequeno deslocamento que se produziu. Pequeno, ínfimo, quase imperceptível antes de todas essas operações. O deslocamento de uma posição “emancipatória”, ancorada na macropolítica, para uma posição micropolítica, na qual a emancipação se mostra radicalmente impossível. Deslocamo-nos da posição do “intelectual orgânico”, daquele que conscientiza o outro, que o empodera, que produz sua cidadania ou sua autonomia, para uma posição muito menos heróica, aquela na qual nos permitimos ser afetados em uma relação. Uma posição na qual objeto e pesquisador são indissociáveis, onde eu e outro se desfazem, onde o “usuário” e o “profissional” perdem seu sentido.

Não se trata de uma mudança definitiva, de uma “conquista”, uma aquisição. Mas de uma construção possível, provisória – uma espécie de zona autônoma temporária, conforme o texto marginal de Hakim Bey (1990). Muitas vezes nos víamos voltando a posições emancipatórias, ou até mesmo reproduzindo microfascismos, sendo tutelares, paternalistas ou indiferentes, tomadas pela nossa vontade de conduzir, de produzir certas coisas. Não há nada definitivo por aqui, nenhuma vitória final.

Mas comemoramos estes pequenos momentos de deslocamento, quando conseguimos por vezes superar o impasse horizontalidade/verticalidade para embarcarmos em relações transversais, que puderam nos levar muito mais longe. O próprio processo de se abrir para

a transversalidade é que nos permitiu descambar menos vezes para posições identitárias, que eram confrontadas por nossos colegas pesquisadores. Uma nova permeabilidade que também produz mais e mais aberturas, se assim permitirmos.

Construções possíveis sobre cidadania, autonomia e saúde mental: um olhar micropolítico

*Por que não teria direito de
falar da medicina sem ser
médico, se falo dela como um
cão? Por que razão não falar da
droga sem ser drogado, se falo
dela como um passarinho?*

Gilles Deleuze (1992, p.21).

Comumente se ouve que a cidadania é uma produção, entendida quer como processo, quer como resultado. À luz desse prisma, produzir é ter um status, é habilitar-se a participar dos espaços de trocas materiais e simbólicas, quase como se nessa hora pudéssemos ainda nostalgicamente (...) varrer as camadas de pó acumuladas pelo tempo para reencontrarmos a *pólis* intacta num cenário em que, como diz Bauman (1998), “as velhas *ágoras* foram ocupadas por empreiteiras e recicladas em parques temáticos (Barreto, 2005, p.44)

Tanto a cidadania quanto a autonomia têm pelo menos duas histórias. Podemos tomá-las em seu sentido mais ordinário, difundido, aquele que está bastante naturalizado em nossos discursos. Outra opção é tomá-las pelo avesso, ou por aquilo que o sentido tradicional normalmente deixa escondido, invisível.

A cidadania é geralmente compreendida como um sistema formal de pertencimento e de igualdade. Muitas vezes é circunscrita à esfera jurídica, pois tem como base os direitos e deveres do cidadão. É também pensada como um *status* compartilhado por todos aqueles inseridos neste mesmo sistema, sendo acessada por um processo de inclusão. Conforme as narrativas mais correntes, na modernidade teríamos alcançado o estágio máximo da cidadania – a cidadania universal – que garante através da lei a igualdade entre todos os cidadãos de um mesmo país.

No processo de redemocratização do Brasil, nos anos 80, a cidadania era palavra importante, porque sintetizava as aspirações de conquista efetiva deste estado para todos

os brasileiros, através da gradual reconstrução das instituições democráticas. Também no processo de reforma psiquiátrica, que anteriormente referimos, a desospitalização envolvia a libertação do “louco” do sequestro manicomial e sua inserção neste sistema de igualdade, que se acreditava da ordem do direito natural, portanto moralmente garantido a todos seres humanos.

A narrativa básica da autonomia também é amplamente conhecida. É aquela que vem automaticamente às nossas mentes quando pensamos em autonomia. Autossuficiência, independência do indivíduo, que circula pela sociedade com sua vontade própria, seu livre arbítrio, sua capacidade de se autogerir, de fazer escolhas racionais e baseadas no seu interesse próprio. A autonomia, como base do indivíduo, implica não depender dos outros.

Quando o Estado de bem-estar social entra em crise (justamente quando, no Brasil, acreditávamos finalmente tê-lo alcançado!), uma nova ordem se impõe no mundo do capitalismo tardio e do governo neoliberal. Assim, autonomia e cidadania se aproximam. Ser um cidadão deixa de se referir a estar apenas inserido neste sistema de igualdade, mas também a estar emancipado, livre de opressão ou de dependências excessivas. Ter responsabilidade pessoal, ser participativo, ativo, empreendedor. A autonomia torna-se uma capacidade essencial, e aqueles que dela não dispõem, seja por qual motivo for, devem ser auxiliados para alcançarem este patamar desejado de autossuficiência.

No entanto, as genealogias da cidadania demonstram que a cidadania local, concreta, é muito diferente da cidadania formal e teórica. Através de jogos de poder elaborados, distribuída em redes complexas de privilégios e de escassez, a cidadania se constitui no embate direto. Não se apresenta como um sistema formal binário, mas um dispositivo de poder e de produção de alteridade. Isso porque, mesmo quando se propõe universal, a cidadania sempre constitui seus outros, aqueles seres cujas características são indesejadas na definição do cidadão. Assim, a cidadania constitui alteridade e identidade. A mulher, o escravo, o negro, a refugiada, a imigrante, o pobre, a estrangeira, a louca, são alguns daqueles que foram problematizados pela cidadania, e que também se envolveram na disputa de suas fronteiras. Ela não é (e nunca poderia ter sido) um estado fixo, garantido ou dado.

Para a geometria descritiva (ramo da geometria que visa representar objetos tridimensionais em duas dimensões), o *rebatimento* é o processo no qual um plano se desloca, tomando como eixo de deslocamento a linha em que ele intercede com qualquer outro plano, de modo a coincidirem um com o outro. Assim, o plano principal sofre o rebatimento de um outro plano secundário, de modo que todos os pontos de um coincidam com todos os pontos de outro. Alfredo Veiga-Neto e Maura Lopes (2013) apontam que há exercícios ou tentativas de rebatimento em nossas relações de poder, no sentido que aqueles considerados anormais são rebatidos em relação ao plano da norma. Os processos de normalização, portanto, buscam trazer para os planos da normalidade aqueles que se

situam fora de tais planos.

Eduardo Passos e Regina Benevides de Barros (2009) apontam que o sistema de rebatimento das variáveis maiores constituem “um metro padrão que equaliza a realidade” (p.29). Assim, a organização social hegemônica sustenta o ideal majoritário e iguala entre si as variáveis menores, submetendo-as a este ideal que não alcançam.

Sob o mito da cidadania universal, escondem-se diversos crivos. Pode estar lá o homem, livre, emancipado, racional, branco. Sobrepõe-se à figura do cidadão livre cada vez mais a figura do sujeito autônomo, empreendedor de si. Ele precisa ser proativo, participativo, desenvolver uma série de capacidades para sustentar sua suposta igualdade.

A autonomia tornou-se um dos atributos principais do jogo contemporâneo de circunscrever a cidadania. É um dos metros-padrão para o cidadão enquanto figura abstrata, mas que tem efeitos para o exercício de uma cidadania que se disputa em relações de força bastante concretas. Vimos, no exemplo do presidente da associação que precisou abdicar do cargo para manter sua subsistência, que a relação entre cidadania e autonomia pode ser complexa e paradoxal. Se ocupar o cargo de presidência era algo que demonstrava o aumento de sua autonomia, também não significava necessariamente que ele estava preparado para ser completamente desligado das redes de seguridade social. No entanto, acessar essa rede envolve se manter em um lugar estagnado, o lugar do louco incapaz. Evidencia-se aí uma cidadania que não se configura como acesso a um sistema de igualdade, mas como um bem marcado sistema de diferenciação.

No Brasil, o jogo de poder que a cidadania procura equilibrar (ou encobrir?) é um jogo ainda mais radical. Nossa herança colonial de um projeto iluminista implantado à força, de fora para dentro, gerou um sistema de igualdade que é mais de obrigações do que de liberdades. Nosso Estado autoritário, escravocrata, racista e machista usa de forma diferente o jogo da cidadania. O resultado é que nos acostumamos a conviver com um exército de subalternos, a “ralé brasileira”, para quem as liberdades civis, políticas e a proteção social não são muito mais do que uma lenda. O pobre brasileiro é um outro tipo de outro, culpabilizado por seu próprio fracasso em uma sociedade que se pensa justa, meritocrática, que sustenta o mito da cidadania universal. É o pobre que não consegue planejar seu futuro, não consegue sair de relações de violência, não consegue subir na vida, parar de beber, de se drogar. Sua imoralidade é sua condenação e a justificativa simplista da desigualdade.

Na reforma psiquiátrica, entendida tanto como um híbrido movimento social quanto como o conjunto de seus efeitos sobre a reorganização do cuidado em saúde mental, inventam-se as mais diversas formas de resgatar a cidadania do “usuário de saúde mental”, e de produzir sua autonomia. Produzir a cidadania e a autonomia são muitas vezes tomadas como missões abstratas, pouco refletidas, que se aproximam do treinamento de habilidades, de capacitação e normalização. Procura-se produzir a autonomia e a cidadania do “usuário”, como se estas se localizassem dentro de seu corpo individual, de sua mente

em reabilitação. Almeja-se reinserir o “usuário” plenamente na sociedade, possibilitando que possa participar das trocas sociais como um outro cidadão autônomo.

Como vimos, a reforma psiquiátrica enfrenta um momento de crise pois sua progressiva institucionalização entra em conflito com sua proposta de desinstitucionalização. Para muitos daqueles que se preocupam com os rumos da reforma, vendo-a ser capturada por todos os lados, o empoderamento surge como proposta nova. Se os “usuários” continuam sendo oprimidos em relações terapêuticas hierárquicas, verticais, seu empoderamento individual e coletivo parece ser a saída. Almeja-se daí o “usuário” protagonista, aquele que reivindica seus direitos ativamente, que questiona, que tensiona as relações de poder. Este empoderamento se faz em outros tipos de estratégias, mais horizontais, de conscientização, valorização e visibilização da experiência vivida do “usuário”, e de criação de novas instâncias de reconhecimento social.

Esta perspectiva do empoderamento encontra-se com a tradição de pensar a autonomia e a cidadania de forma diferente daquela que apresentamos como sua visão liberal, pois opera a partir do ponto de vista das lutas sociais. Entende-se aí a importância de garantir a cidadania através do exercício da autonomia enquanto emancipação política. Um trabalho constante de defesa e reivindicação de ampliação de direitos, que sustenta o constante embate que define a cidadania.

As associações de saúde mental, no contexto brasileiro, emergem bem no centro deste campo problemático. Sua consistência institucional está atravessada pelos ideais de cidadania, autonomia e, mais recentemente, empoderamento do “usuário”, em um cruzamento de propostas liberais e emancipatórias. Assim, elas recebem uma série de “missões impossíveis”, à medida que se confrontam com os limites concretos que são cotidianamente colocados ao cumprimento de seus mandatos. Em nossa associação, constituída de forma similar a tantas outras, vivenciamos estes limites em uma sensação constante de fracasso, de lentidão, de dissolução. Os problemas burocráticos, financeiros, políticos, administrativos multiplicavam-se, exigindo uma série de competências e habilidades que reforçavam nossas desigualdades internas. Facilmente caíamos em nossos lugares habituais, “usuários” e “profissionais”. Eu mesma me via caindo em relações hierárquicas que procurava, justamente, combater.

Inventamos uma estratégia distinta, para bagunçar um pouco o diagrama que constantemente atribuía nossos lugares. Uma experiência que apresentamos e discutimos nos dois capítulos anteriores. Agora cabe refletir sobre o que ela pode nos dizer sobre a questão da cidadania e da autonomia que primeiramente nos colocamos como problema. Seria possível pensar estes conceitos de outra forma, a partir de outras versões, levando em conta as pistas que fomos encontrando no campo de nossa pesquisa-intervenção?

O que pode a micropolítica?

Pensar a cidadania e a autonomia da forma como colocamos acima, seja de um ponto de vista liberal ou do ponto de vista das lutas sociais por garantia de direitos, é algo que entendemos facilmente, pois são perspectivas bastante presentes no discurso contemporâneo. No entanto, há muito em nossas relações sociais que não se encaixa, que não se reduz à macropolítica. Que não pode ser reduzida àquilo que é visível, aquilo que diz respeito à consciência humana, às relações interpessoais.

Juntamente com Suely Rolnik (1993), entendemos que há algo nessas definições que precisa ser problematizado, e que concerne justamente à redução da subjetividade à sua forma individual. O indivíduo e o outro, deste ponto de vista, são entendidos como unidades independentes, juridicamente circunscritas em torno da noção do cidadão e ontologicamente em torno do sujeito autônomo e racional. Esta concepção descarta a subjetividade enquanto processo de subjetivação, em sua dimensão molecular, impessoal, que está ao mesmo tempo além e aquém do eu.

Um processo de subjetivação não pode se confundir com um indivíduo ou um sujeito. Ele é a produção de um modo de existência, de uma singularidade. Produz uma individuação, mas que não tem a ver com uma pessoa. Deleuze (1992) aponta que esse tipo de individuação, particular ou coletiva, se caracteriza como um *acontecimento*. Uma hora do dia, um rio, um vento, uma batalha, uma vida são individuações que estão aquém e além de uma pessoa. Um modo intensivo, mais do que um território constante, fixo. Um conjunto de intensidades.

Quando tomada desta forma, a suposta unidade identitária se desfaz em fluxos e partículas, em agenciamentos coletivos, em devires que expressam nossa permeabilidade ao outro – a possibilidade mesma de nos tornarmos outros (Rolnik, 1993). Perdemos a certeza de sermos sempre a mesma pessoa, ou até de sermos uma pessoa apenas, e nos abrimos para a possibilidade de sermos talvez muitas outras coisas.

Nessa dimensão molecular, invisível, somos capazes de nos tornarmos outros a cada vez que encarnamos uma diferença, e somos constantemente arrancados de nós mesmos. O encontro com o outro provoca turbulências e transformações irreversíveis. Trata-se da alteridade na perspectiva do caos, daquilo que difere de si mesmo e que sempre se torna outro. Um caos que não necessariamente é destrutivo, mas que pode ser criativo, inventivo, e que tem um efeito de complexificação do mundo (Rolnik, 1993).

A abertura depende de suportarmos o caos, a violência das diferenças, sem associá-las ao perigo de desintegração, de modo que o caos deixe de ser tão aterrador. A abertura de se deixar desestabilizar pela potência invisível depende de incorporarmos outra prática de pensamento. Um pensamento que não é apenas consciente, mas que procede por sensação, por afeto. Uma passagem entre consciência e inconsciente, entre representação e afeto, entre atual e virtual, entre território e caos, entre molar e molecular (Rolnik, 1993).

Do ponto de vista das estratégias de resistência, defender a universalidade dos direitos é algo essencial, mas que diz respeito apenas à dimensão macropolítica. Toda política é ao mesmo tempo macropolítica e micropolítica. Toda sociedade, todo indivíduo, são atravessados pelas duas segmentaridades, que se distinguem, mas são inseparáveis (Deleuze & Guattari, 1996). A dimensão macropolítica geralmente está em evidência, e a micropolítica é negligenciada.

Em nossa experiência de pesquisa-intervenção, bastante local e com todas suas idiosincrasias, percebemos que esta estratégia macropolítica teve efeitos bastante limitados. Quando procuramos, das mais diversas formas, empoderar os “usuários” para que pudessem atuar em espaços de defesa de direitos, em assembleias, audiências públicas, encontros; quando procuramos hastear bandeiras, da economia solidária, da luta antimanicomial, da reforma psiquiátrica; quando insistimos na importância de seu protagonismo e autonomia, entendidos como uma atuação autossuficiente na esfera pública – em todos estes momentos, algo emperrava e não deslanchava. Por algum motivo, não foi ali que encontramos a nossa potência coletiva.

Para Rolnik, a reivindicação de direitos é necessária, essencial, mas não pode ser regida por uma alteridade em que o “outro” do cidadão seja pura diferença identitária, e sim por uma alteridade que possa atualizar novos modos de existência. Para além do respeito à diferença identitária do outro, atitude propriamente democrática, está o desejo da alteridade em sua dimensão invisível. Uma espécie de amor pelo desconhecido, pela incerteza criadora, amor pelo devir.

O dispositivo de pesquisa foi proposto como forma de desterritorializar nossas relações, e produzir algo novo, que não sabíamos exatamente o que seria. “Não ideias justas, mas justo ideias”, conforme a reformulação da frase de Godard proposta por Deleuze (1992, p.53), a pesquisa foi apenas um dispositivo, não “o” dispositivo perfeito, ideal. Mesmo com todas suas limitações, nossa pequena experiência de pesquisar juntos possibilitou um outro tipo de encontro, onde o inesperado passou a ter um lugar. O pensamento tornou-se atribuição comum, não exclusiva de uma categoria social, e deixamo-nos arrastar por lógicas diversas, que expressavam uma potência criadora insuspeitada. O caos tomou conta de nós, em preciosos momentos onde pudemos suportá-lo, deixá-lo passar.

O dispositivo tornou evidente que minha vontade de emancipar o outro era justamente o que tornava isso impossível. Quando eu me propunha a isso, automaticamente localizava o processo de emancipação no outro, fosse no indivíduo ou no grupo, representantes de uma categoria social. Assim, a relação entre nós se tornava algo instrumental, e não uma relação que pudesse ser mutuamente transformadora e criadora.

Nossa pesquisa não foi uma pesquisa de “usuários”, porque ao longo da pesquisa o “usuário” foi se desfazendo como unidade representacional. Junto com ele, ia se desfazendo o “psicólogo”, o “técnico”, o “acadêmico”. O que não significa que tenhamos superado completamente e de uma vez por todas essas diferenças identitárias, mas que pudemos

de vez em quando produzir outras ressonâncias, em agenciamentos transversais. Foram processos de desterritorialização que nos modificaram, certamente.

Os chamados “novos movimentos sociais” têm a questão da diferença e identidade em seu cerne, pois reivindicam a igualdade de direitos ao mesmo tempo em que procuram afirmar sua diferença específica. Foi assim que o movimento de “usuários” ou sobreviventes ganhou legitimidade no exterior, sustentando a especificidade da experiência da loucura, do sofrimento, da passagem pelo aparato psiquiátrico. No entanto, dentro destes movimentos, muitas questões surgem a respeito da definição destas identidades, e das armadilhas que podem estar colocadas por esta afirmação identitária.

O feminismo, por exemplo, em sua fase inicial defendeu a igualdade de direitos entre homens e mulheres através da argumentação da cidadania universal. Posteriormente, passou a defender a especificidade da condição feminina em relação ao homem. Esta afirmação de uma diferença essencial (que pode ser biológica, social e/ou cultural, dependendo da perspectiva), contudo, não apenas deu munição para argumentos da superioridade masculina, como invisibilizou diferenças internas à categoria “mulher”. Para Joan W. Scott (1994), a questão não está em abrir mão da igualdade ou da diferença, mas em dar continuidade à própria dicotomia igualdade/diferença, universalidade/especificidade. A insistência, diz Scott, deve ser pela continuidade das diferenças. Ou seja, na diferença como a condição da existência, como o desafio constante à fixação identitária, e de certas identidades como a medida do que se propõe como igualdade.

Scott propõe que a resolução do dilema não vem de ignorar ou exaltar a diferença como ela se constitui normativamente, mas de problematizar as operações de diferenciação por categorias homogêneas e de hierarquização destas categorias, recusando uma verdade última a respeito da diferença. A recusa se faz justamente em nome de uma igualdade, mas uma igualdade que não remete a uma essência, e sim à diferença enquanto potência disruptiva, desestabilizadora das binaridades. Este seria o trabalho da diferença dentro da diferença, um trabalho contínuo de recusa da estabilidade, da fixação das identidades.

Da mesma forma, o movimento *queer* tem problematizado a distribuição normativa da sexualidade e do gênero em categorias fixas. O termo *queer* em inglês diz respeito ao que é estranho, esquisito, excêntrico, “levemente insano”, segundo o dicionário Merriam-Webster. Na teoria *queer*, o termo, usado tradicionalmente de forma pejorativa, é reapropriado para falar da homossexualidade, transexualidade e outras formas de sexualidade consideradas desviantes sem defini-las de forma clara. O termo *queer* visa justamente fugir do aprisionamento identitário.

O ativismo gay historicamente esforçou-se em separar loucura e sexualidade, como forma de retirar a homossexualidade do campo da patologia. Também as feministas procuraram afastar a loucura, mostrando que o estereótipo da mulher louca visava minimizar a racionalidade feminina. Algumas autoras da teoria *queer*, no entanto, têm pensado que a loucura pode ter também um lugar dentro da estranheza que visam celebrar com este

termo. Apontam que a loucura também é constituída por uma forma de repressão apoiada na binaridade e na normalidade, ao mesmo tempo em que pode ser uma forma de performatividade que rompe com os padrões normativos. Questionam o fato de o termo *queer* se reduzir à sexualidade, se a mesma lógica que afirma a representação masculina, heterossexual também está na raiz da divisão binária entre normais e loucos, causando efeitos muito similares de hierarquização dos modos de existência (Rowe & Chávez, 2011).

O problema que localizamos no movimento da reforma psiquiátrica não é o fato de ser “misto”, mas de esconder sob esta suposta unidade as diferenças que ali se agitam. Assim, a saída não precisa ser necessariamente a autonomização da categoria dos “usuários”, insistindo no fortalecimento de sua identidade, mas sim a quebra da hegemonia profissional dentro do movimento e a possibilidade de diferenças encontrarem expressão. Se entendemos a diferença como algo impessoal, que está aquém e além do indivíduo, então esta quebra se faz justamente abrindo mão das identidades, em agenciamentos entre os diferentes saberes. Trata-se de aprofundar a transversalidade do movimento, de recusar toda forma de silenciamento, padronização, homogeneização. Conforme apontou Guattari (1985):

A verdadeira fratura só se efetuará a partir do momento em que questões tais como as do burocratismo das organizações, das atitudes repressivas dos militantes com respeito a suas mulheres, seus filhos, etc, seu desconhecimento do problema do cansaço, da neurose, do delírio (é comum a recusa de se ouvir alguém que “destrambelha”..., arrebenta-se logo com a pessoa, dá-se rapidamente a pessoa por acabada, considera-se que ela não tem mais seu lugar na organização, e chega-se até a afirmar que se tornou perigosa...), se não passarem ao centro das preocupações políticas, ao menos forem consideradas como sendo tão importantes quanto qualquer tarefa de organização; tão importantes quanto a necessidade de se afrontar com o poder burguês, com o patrão, com a polícia... A luta deve ser levada em nossas próprias fileiras, contra nossa própria polícia interior.

Sabemos que o movimento antimanicomial e o movimento da reforma psiquiátrica, tiveram essa capacidade de autoanálise, como já foi demonstrado em sua história. A desinstitucionalização é justamente isso, a problematização das relações de poder, a retirada do metro-padrão da normalidade, a possibilidade de se afetar pela loucura em suas diversas formas. Certamente esta é uma questão profundamente vivida no movimento, como presenciei no encontro nacional do MNLA em 2014, mas que muitas vezes em suas expressões locais é silenciada. Na tentativa de se fazer um discurso único, em defesa da reforma, de sustentá-la politicamente, muitas outras vozes precisam ser caladas.

Se as identidades “diferentes” se fixam, representam-se sempre da mesma forma, elas não apenas invisibilizam as outras diferenças internas, mas continuam a remeter à mesma

oposição binária frente à figura dominante. Se a linguagem nos recorta como indivíduos, se o poder insiste em nos individualizar, Deleuze aponta, com Foucault, que

a luta por uma subjetividade moderna passa por uma resistência às duas formas atuais de sujeição, uma que consiste em nos individualizar de acordo com as exigências do poder, outra que consiste em ligar cada indivíduo a uma identidade sabida e conhecida, bem determinada de uma vez por todas (Deleuze, 1988, p.113).

Para Veiga-Neto e Lopes (2013), o processo de normalização por rebatimento sempre deixa uma sensação de “desencaixe”, de descompasso entre o ideal da identidade universal e uma realidade que é pura diferença. No mundo da vida, apontam, os planos jamais se rebatem no mesmo plano (Veiga-Neto & Lopes, 2013). Quando Vera falou sobre seu incômodo em não se “encaixar” como usuária, ela estava sinalizando o desconforto causado pela insistência em uma diferença fixa. Em nosso grupo, pudemos verificar que dentro da categoria “usuário” estavam tantas outras diferenças, possibilidades, inclusive um processo de apropriação do termo que lhe dava sentidos novos e inesperados.

Fazer aparecer a diferença dentro da diferença envolveu não apenas dar visibilidade para estas diferenças internas, mas também questionar as próprias fronteiras que constituem a categoria “usuário”. Este termo, que nasce no bojo da reforma psiquiátrica como forma de superar problemas dos termos “pacientes”, “doentes mentais”, logo se encontra limitado pelos mesmos efeitos de poder que negativaram os outros termos. A melhor forma de celebrar a diferença, nos parece agora, não é enaltecê-la dentro de parâmetros fixos, mas colocar em questão o plano de rebatimento que a define. Em nosso caso, envolveu deslocar-nos, todos, do plano da normalidade, da racionalidade única, do sentido pré-fixado, para podermos nos experimentar em conexão com um vetor caotizante.

Deleuze e Guattari, em sua obra conjunta, provocaram-nos a pensar na esquizofrenia não como uma entidade clínica, patológica, mas como um fluxo de desterritorialização. O esquizo, para a esquizoanálise, é aquele que mais perto está da microfísica, orientado por moléculas que já não obedecem a leis, estatísticas, mas que seguem linhas de fuga infinitesimais. Se acessar um pólo esquizo-revolucionário pode ser pensado como uma forma de combater nossas formações despótico-paranóides, ordenadoras, macropolíticas, governadas por ideais transcendententes (Deleuze & Guattari, 2004; Deleuze, 1992), em nossa pesquisa pudemos experimentar um pouco deste pólo, no agenciamento coletivo que se deu. Quando dizemos que na pesquisa-intervenção pudemos ter um encontro com a loucura, não se tratou de localizá-la em nossos colegas “usuários”, mas de falar sobre algo que se agenciou *entre* nós. Alguns com mais facilidade para acessar estes fluxos, outros menos, mas a variação foi conjunta. “Variamos” todos, podemos dizer, no sentido pleno do termo. Talvez possamos nos afirmar como *queers*, estranhos, esquisitos, loucos, de jeitos muito diferentes. Poder enlouquecer, vez por outra, é das coisas mais saudáveis que existem.

Isso não significa que a loucura não precisa de cuidado, pelo contrário: ela precisa de um cuidado que não a fixe eternamente em algo incurável, ou que a obrigue a alcançar determinado patamar para ser reconhecida. Descobrimos que a produção de conhecimento, assim como o cuidado, tem muito a ganhar quando se encontra com a alteridade, com a possibilidade de ser produzido de outras formas, a partir de outras lógicas, reconhecendo outras experiências.

Ética e relação

Eduardo Vasconcelos, a partir da obra de Roberto DaMatta, tem sinalizado que nossa cultura “relacional” brasileira não é boa para fazer surgir movimentos autonomistas, como um movimento independente de “usuários”. Ao contrário do que acontece em culturas mais “autonomistas”, como os anglo-saxões, nós brasileiros seríamos demasiado afeitos às relações (familiares, sociais). Isso impediria nosso funcionamento em um registro de igualdade, como aquele da cidadania. Em nossa sociedade, antes de sermos cidadãos, seríamos primeiramente situados por nossa posição na rede de relações sociais, o que perverteria a lógica de igualdade universal.

Deixemos de lado a questão (bastante pertinente) do quanto as ditas sociedades “desenvolvidas” realmente conseguem submeter estes registros de diferenciação social a uma igualdade jurídica. Gostaríamos de colocar uma outra questão: poderia ser que essa característica relacional, tão forte em nossa cultura, fosse algo não necessariamente tóxico para nossa cidadania e a autonomia mas, pelo contrário, uma espécie de trunfo?

Nossa pergunta é inspirada por um estudo realizado pela antropóloga holandesa Jeanette Pols, que estudou justamente a questão das práticas de cidadania em saúde mental. Para pesquisar o assunto, ela lançou mão de uma abordagem instigante: observou como os residentes de um lar terapêutico eram lavados, banhados pelas enfermeiras e enfermeiros. A partir desta observação, percebeu diferentes formas de lidar com o banho, que relacionou a quatro formas de performar a cidadania através do cuidado.

No primeiro “repertório” de cidadania, o banho era entendido como um ato privado: lava-se um cidadão auto-governado, que deve portanto ter primazia na escolha de como será lavado. Ele escolhe seus sabonetes, seu horário de tomar banho, a frequência com que quer ser lavado, se prefere se lavar sozinho ou ser lavado por alguém.

No segundo repertório, o banho é uma capacidade: todos os residentes, sem exceção, são ensinados a se lavarem. É subentendido que o cidadão invariavelmente desejará ser o mais autossuficiente possível – por isso, ensiná-lo a se lavar é um dever.

No terceiro repertório, o banho é uma pré-condição: lavar-se é um mero incômodo, uma tarefa subalterna. Isso porque cidadão não é localizado no corpo, mas em sua mente. Assim, as enfermeiras e enfermeiros delegam a tarefa a assistentes geriátricos, enquanto ocupam-se de tarefas mais elevadas, da “saúde mental”, montando com os pacientes seus projetos de vida.

No quarto repertório, analisou Pols, o banho é uma atividade relacional. O banho deixa de ser o centro, para ser (mais um) meio de relação possível. Neste quarto repertório, não há hierarquia entre atividades: paciente, enfermeira ou assistente podem realizá-lo, de acordo com o que for mais conveniente, agradável ou efetivo em cada situação. A enfermeira não apenas regula o paciente ou a paciente, mas se relaciona com eles, em uma mesma rede, da qual também é um membro. Negociações se colocam cotidianamente, pois as posições não são fixas. Não há um que impõe normas ao outro. Por isso, a relação é influenciadas por mudanças ao longo do tempo. Não há autoridade profissional rígida nem autoridade abstrata do paciente. Era possível não tomar banho⁸⁷, assim como era possível tomar banho das mais diversas formas que fossem necessárias para cada um. O banho era visto como uma oportunidade de estabelecer uma relação.

Nos três primeiros repertórios, a cidadania performada, conclui Pols, é aquela da autonomia enquanto autossuficiência: o cidadão autônomo ora é aquele que cultiva seus interesses individuais e privados, aquele que procura ser independente ou aquele que aspira à autorrealização. O convívio resume-se a interações entre indivíduos autônomos a partir de seus interesses, competências e projetos. A quarta forma de cidadania, a *cidadania relacional*, diferencia-se por não ser prescritiva. Não há hierarquia predefinida de objetivos.

Não se reconhece a existência de um “eu” autônomo separado dos outros: pelo contrário, o eu é variável e inconsistente. Ser um cidadão significa estar conectado a outras pessoas, em uma rede. Exerce-se um cuidado imprevisível, com poucas prescrições, sem métodos certos ou regras de como agir. Cuidador e paciente precisam resolver-se, entre eles. Nesta performance da cidadania como algo que depende de uma relação, percebe-se uma sociabilidade na qual o cidadão reconhece sua dependência dos outros. Não há cidadania fora da relação que se passa no presente, visto que não há ideal ou prescrição a seguir. Como afirma a autora: “Ao invés de um *cidadão* claramente delineado, estas práticas de banho apresentam uma forma de se *negociar* ou *praticar* a cidadania” (Pols, 2006, p.97, grifos da autora).

Um pensamento semelhante é proposto por outra antropóloga holandesa, Annemarie Mol⁸⁸, em seu livro *Logic of Care* (2008). Mol procura, ao longo de seu livro, evidenciar um ideal de autonomia que se erige como característica do homem ocidental, e que mascara nossa vulnerabilidade inerente. Somos seres marcados pela fragilidade da vida, e estabelecemos uma rede de dependências para sobrevivermos. Quando adoecemos, isso se torna ainda mais evidente.

Mol estuda as práticas de cuidado com pessoas diabéticas para evidenciar a existência de duas lógicas opostas: a lógica da escolha e a lógica do cuidado. Aponta como, na Ho-

⁸⁷A flexibilidade permitiu por exemplo que um paciente delirante raramente tomasse banho, pois, para ele, os chuveiros eram câmaras de gás.

⁸⁸Pols foi assistente de Mol na pesquisa publicada no livro *The Body Multiple*, e hoje ambas são professoras na Universidade de Amsterdam.

landa e em outros países “desenvolvidos”, a lógica da escolha tem cada vez mais se imposto na área da saúde. O profissional informa, o paciente decide, e aquela decisão é respeitada, não importa o que aconteça. Acima de tudo, sua individualidade deve ser preservada, ela é o maior valor. Embora a lógica da escolha pareça, à princípio, irreprovável – ninguém em sã consciência deseja se submeter a práticas médicas paternalistas, dominadoras, opressivas – à medida que ela se impõe no cotidiano destes sistemas de saúde como uma nova ordem, questões começam a se colocar. Mol procura questionar o quando a lógica da escolha é aquela que realmente desejamos para definir nossas práticas de cuidado. Ela se pergunta se, na tentativa de garantirmos nossa liberdade e autonomia, não estamos perdendo algo de essencial, absolutamente necessário para garantir nossa saúde.

Com sua observação minuciosa, cuidadosa e ancorada na materialidade das práticas concretas, ela demonstra como a saúde de qualidade se produz não pela lógica da escolha, mas pela lógica do cuidado. A lógica da escolha valoriza a autonomia, a igualdade, e procura repelir formas de opressão que podem ocorrer entre profissionais de saúde e pacientes. A lógica do cuidado envolve a atenção, a especificidade, e procura repelir a negligência, o descaso, a indiferença ao sofrimento. Na lógica da escolha, o indivíduo responde por si. Na lógica do cuidado, nada está dado de antemão. Há ambivalências, dúvidas, impasses, em que nenhum ator age sozinho. As decisões são tomadas, ela demonstra, fluidamente, em uma constante negociação entre os atores, que permanentemente analisam novas informações, monitoram efeitos, cedendo aqui ou ali. Onde ora somos cuidadores, ora somos cuidados, pois compartilhamos a mesma fragilidade, a mesma vulnerabilidade.

Isso envolveria, diz Mol, pensar uma cidadania que não opere pelo silenciamento do corpo, mas justamente uma cidadania onde o corpo, com suas dores, seu sofrimento, possa ter um espaço. A partir desta materialidade, não podemos restringir a noção de cidadania a alguém que controle completamente seu corpo, sua vontade, suas paixões e emoções. O paciente no consultório está em uma relação de dependência (não só do médico, do profissional de saúde, mas de diversos tipos de aparelhos, códigos, leitura de limiares, pesquisas científicas, medicamentos). A vida está em questão, e é ela que organiza as possibilidades, não a vontade inabalável do cidadão livre. A autora propõe a necessidade de não retroceder, mas de ir além daquilo que se produziu como *emancipação do paciente*. Isso significa não apenas inverter o pólo das relações de poder, localizando-o agora no paciente (que, cada vez, equipara-se ao consumidor), mas colocar no centro a vida, em sua fragilidade e materialidade. Pensar assim uma cidadania cheia de barulhos, ao invés de uma cidadania do corpo silenciado.

Nós, aqui no Brasil, estaríamos colocando a lógica da escolha como nosso novo ideal, quando procuramos combater práticas totais que insistem em se manter? Talvez possamos ouvir algo daqueles que já percorreram este caminho, os mesmos heróis ocidentais que nos disseram que este seria o caminho ideal. Se nos inspiramos nos países “desenvolvidos” para buscar a emancipação de minorias oprimidas e superar práticas paternalistas e opressoras

que (sem dúvida) por aqui proliferam, devemos estar atentos aos efeitos que uma perspectiva “emancipatória” produziu, ao menos na área da saúde. É interessante que estas autoras estejam a advogar a revalorização do cuidado, de uma ética relacional, que por aqui nos esforçamos em rejeitar, na busca pela cidadania e autonomia. O que está em jogo aqui é justamente desistir de se pautar por um ideal universal para poder abrir espaço em nossas relações para as singularidades, as especificidades.

Pensar a cidadania e a autonomia a partir de um ponto de vista relacional é algo que redefine completamente a questão, o problema que nos colocamos. Não podemos mais nos perguntar como produzir a autonomia ou a cidadania de alguém, mas pensar também em nosso lugar em uma rede que nos inclui. É preciso pensar nas relações que estabelecemos com os outros, perguntar sobre o que se passa entre. Uma cidadania relacional envolve uma rede de relações, assim como a autonomia. Abandonamos a ideia de autossuficiência individual e de inserção em um sistema preexistente, para pensar nelas como exercícios constantes, contínuos em redes que compomos coletivamente.

Foi mais ou menos esta a trajetória desta tese, teste trabalho. Precisamos repensar o problema da cidadania e da autonomia a partir da noção de relação, porque foi o que se mostrou profícuo em nossa experiência. Neste sentido, passamos a nos perguntar: será que o aspecto “relacional” de nossa cultura pode ser, não um defeito, mas algo que nos possibilita a acessar de outra forma a questão da cidadania e da autonomia? Nossa facilidade para o afeto, para a proximidade, nosso olhar para fora, aquelas qualidades que eu reconheci ao voltar ao Brasil, e que são tão denegridas na busca de uma individualidade anônima?

Remetemos também à dissertação de Marciana Zambillo (2015), na qual revisa o conceito de autonomia a partir da filosofia, da psicanálise, da reforma psiquiátrica, em diálogo constante com a experiência da pesquisa GAM. Em uma análise rara na literatura brasileira, a autora propõe pensar a autonomia a partir do conceito de cogestão. Assim, a autonomia ganha uma dimensão negociada, ética, no sentido daquilo que se faz a cada encontro.

Cleci Maraschin (2005) propõe que, quando falamos em “inclusão”, ela pode ser entendida como uma simples “anexação” de alguém a uma rede preexistente, sendo que a rede não se modifica com essa operação. Nesse caso, o sujeito deve se adequar ao sistema desta rede, em um processo de subordinação. Muito diferente é pensar em uma “inclusão” quando ela provoca uma necessária transformação estrutural das redes envolvidas. Nesse caso, a própria rede se afeta, produzindo assim novas conversações que sustentem o exercício da legitimidade do viver de todos, bem como a responsabilização ética e coletiva dos resultados das escolhas feitas. Assim, a inclusão, muito mais do que uma operação simples de inserção, seria a ampliação dos espaços de experimentação para todos, mesmo para aqueles que se consideram legítimos ou já incluídos, pois, ao incluir uma outra diferença, ela amplia o universo de conversações.

Nesse sentido, a “produção de cidadania e autonomia” não pode ser entendida como algo que fazemos ao outro, como uma operação tópica de inclusão, porque, se a entendemos assim, já nos afastamos de uma relação onde a cidadania e a autonomia são possíveis. A palavra “produção” toma um sentido mais difuso, de algo que é da ordem da proliferação, da usina, do acontecimento. Nos afastamos da linha de produção para nos aproximarmos de uma produção inespecífica, cujo resultado final não saberemos qual será.

Estamos propondo, portanto, que a cidadania e a autonomia só podem ser pensadas a partir de uma relação que nos modifica. Necessariamente trazemos a discussão para o âmbito da ética. Falamos, mais especificamente, de uma passagem da moral para a ética. Ser ético implica justamente ter o caráter criador da vida como critério de valor, e não qualquer espécie de forma que a vida tenha tomado ou venha a tomar (Rolnik, 1993). Ser ético portanto não pode ser reduzido ao cumprimento de normas, ou mesmo de direitos. É preciso ir além, aceitar a potencialidade produtora e inventiva que existe em cada encontro.

Para Foucault (2004), o grande problema ético é a liberdade. Ele define: a ética é a prática refletida da liberdade. Sim, pois em todas nossas ações temos um grau de liberdade possível, mesmo se estamos sempre imersos em relações de poder. Na realidade, Foucault justamente define o poder pela presença da liberdade, pensada de forma não substancialista, não fundacionista. Falar em práticas de liberdade ao invés de apenas “liberdade” é uma forma de dizer que o que interessa não é a liberdade como conceito universal, como substância, mas sua manifestação prática, contextualizada, cotidiana.

Como jogamos o jogo do poder com um mínimo de dominação? Como não aniquilamos a diferença do outro? Como nos abrimos para ser afetado pelo outro? Como cuidamos sem tutelar, sem conduzir a conduta do outro, sem presumir a forma final desse cuidado? São preocupações éticas, cujas respostas não se encontram erigindo ideais fixos, mas em um processo de experimentação contínua.

Não se trata de liberação ou libertação. Há muito menos heroísmo profissional nesse tipo de cidadania, marcadamente micropolítica. Até porque não há, entre as malhas do poder, “praias de liberdade” (Foucault, 2003, p.248). A liberdade só existe no registro da imanência presente, ela não é uma universalidade transcendente, um estado a atingir. Ela se faz com pensamento e ação, com reflexão e prática, ou melhor dizendo, em práticas reflexivas, em pensamentos ativos...

Trata-se de 'duplicar' a relação de forças, de uma relação consigo que nos permita resistir, furtar-nos, fazer a vida ou a morte voltarem-se contra o poder. (...) Não se trata mais de formas determinadas, como no saber, nem de regras coercitivas, como no poder: trata-se de *regras facultativas* que produzem a existência como obra de arte, regras ao mesmo tempo éticas e estéticas que constituem modos de existência ou estilos de vida (Deleuze, 1992, p.123).

A ética é um conjunto de regras facultativas em que avaliamos o que fazemos, o que dizemos, em função do modo de existência que isso produz. Quais modos de existência queremos afirmar, com nossas práticas? Essa é a pergunta fundamental.

Despedida do absoluto

Enquanto se realizava a pesquisa e a escrita desta tese, o país mudava com uma velocidade rara. Comecei o doutorado em 2013 e em 2016 me encaminhava para seu final. O primeiro, ano convulsivo onde a força das massas se fez presente com uma intensidade esquecida. Ano de Multidão. O último, ano também convulsivo, onde assistimos estarecidos ao sequestro de um sonho de democracia, de igualdade social, de cidadania, de justiça. Sentimos intensamente o bem-desferido golpe, que levou ao chão tantos ideais que fizeram parte de nossas subjetivações militantes. Se em 2013 novos tempos pareciam se anunciar, hoje sentimos o cheiro de mofo dos porões ressurgindo, pintado de verde-amarelo.

Esses atravessamentos se fazem sentir nesta escrita, que não deixa de guardar um tom de desilusão. Foi com sofrimento que precisamos nos despedir de nossas “ideias fixas”. As palavras cidadania, autonomia, liberdade, democracia, protagonismo, empoderamento, participação, usuários, trabalhadores, todas elas foram perdendo seus sentidos originais. Ao mesmo tempo em que o país se transformava, também em nossa pequena associação sentíamos que certas coisas já não se sustentavam mais, que certos moldes não nos serviam.

Foi com alegria, no entanto, que encontramos resguardo em novas “ideias móveis”, que são, de certa forma, muito mais adequadas aos nossos tempos. O vazio deixado pela queda dos ideais também abriu espaços, anunciando possibilidades de outras e diferentes construções – mais provisórias e instáveis, e por isso, mais interessantes.

Percebemos o quanto nossas “ideias fixas” nos aproximavam da velha missão manicomial de “produzir o cidadão ideal para o espaço social”(Birman, 1992, p.86), manicômio este que surge justamente no bojo de uma sociedade democrática que precisa governar pela liberdade. Se nosso cidadão ideal era um cidadão politizado, empoderado, protagonista, pouco importa. O fato é que tínhamos em mente que tipo de subjetividade queríamos produzir.

Retomando Rolnik (1993), não se trata de trocar de bandeiras, mas de des-hastear toda e qualquer espécie de bandeira. Abraçar o encontro com a alteridade é desistir de *ideais que alucinam novos mundos estáveis*. Não são novos ideais que vão nos retirar da crise em que estamos, mas a criação de uma nova atitude política que aceite o caos, que não confunda ordem com equilíbrio, que reconheça a instabilidade como a face necessária da liberdade. A liberdade, pelo vetor da ética, se passa nesse plano de subjetivação, em que abandonamos nossa unidade individual e conquistamos a capacidade de tomar decisões a favor das diferenças, da processualidade. Envolve atravessar o terror que a alteridade mobiliza em nossa alma, e que nos faz presas fáceis de bandeiras idealizadoras. Desobstruir a experimentação, afirmá-la na subjetividade. É por aí, diz a autora, que

passa a reinvenção da democracia.

Aprendi que não há como produzir a cidadania e autonomia *de* alguém, mas apenas de exercê-la *com* alguém, *entre* alguéms, ou *entre* coisas que se passam. Localizar a cidadania “na sociedade” e localizar a autonomia “no indivíduo” são lados da mesma moeda, de uma ação na qual não estamos envolvidos ou implicados, e que permanecemos enquanto indivíduos inalterados. Eu insiro o outro em algum lugar, promovo sua inclusão social. Posso até “emprestar” minha contratualidade, mas nunca pego nada emprestado. Eu posso até reconhecer algo de valor na experiência da loucura, do sofrimento, mas ela permanece fora de mim.

Se eu não me colocava, inicialmente, como alguém que pudesse se afetar pelo processo, mas como alguém que conduziria o processo, isso era para mim quase imperceptível. Isso porque esse nosso mandato vem camuflado de libertação. Aprendemos isso, em nossa formação de psicólogos – não em uma única disciplina, mas sutilmente em quase todas elas. Qual o psicólogo que aprende a se misturar com seu “paciente”? Portanto, todo o processo de pesquisa se deu como uma lenta e dolorosa revelação, algo que nos obrigou a repensar completamente as posições que aprendemos. Podermos nos misturar não significa uma indiferenciação simbiótica, pelo contrário, significa poder diferir de nós mesmos.

Cidadania, autonomia e saúde mental não são termos de fácil reconciliação. Eles nos levam a paradoxos, a dilemas. O que fazemos com estes dilemas é que importa. Em momentos mais instituintes do movimento da reforma psiquiátrica estes dilemas se mostraram operativos, produtivos de novas formas de pensar e atuar. Foram dilemas semelhantes que possibilitaram por exemplo a proposta de desinstitucionalização e de transversalidade, que colocaram em questão os limites entre profissionais e “usuários”, suas relações de poder, que inventaram novos dispositivos para modificar o que estava instituído. No entanto, à medida em que estes paradoxos são escondidos sob os ideais e bandeiras genéricas da “produção de cidadania e autonomia do usuário”, eles perdem sua capacidade produtiva. Deixam de ser operativos para se reproduzirem infinitamente.

O paradoxo precisa ser habitado, analisado, obrigar a diferir, produzir afetação. Caso contrário, ele aprisiona em contradições. Assim, no afã de incluir, de reinserir socialmente, de produzir cidadãos autônomos, se reproduzem práticas locais que mutilam iniciativas, reproduzem controle, estimulam a passividade. Ou então engajam a participação, o ativismo, o empreendedorismo, mas apenas de modo instrumental, visando atingir efeitos definidos previamente pelo olhar “técnico”.

A desinstitucionalização, ousamos dizer, precisa andar por outros caminhos. Há outras desinstitucionalizações a fazer, não apenas a desinstitucionalização dos manicômios. Precisamos nos desinstitucionalizar de nossas identidades profissionais rígidas, de nossa suposta neutralidade, de nosso medo da alteridade, da hierarquização dos saberes, da fragmentação das lutas, da instrumentalização da relação. Desinstitucionalizar novamente a reforma psiquiátrica envolve poder olhar novamente para nossas práticas, com a mesma

ousadia do passado. Nesse sentido, ser antimanicomial é desistir da utopia da produção do cidadão ideal, da autonomia ideal, o grande sonho manicomial.

Para isso, as associações não são fins a serem atingidos, mas meios. Mais importante do que criar uma associação é estar realmente *em associação, em construção*. A associação pode ser um espaço potente, desde que nele se possa criar, produzir coisas desconhecidas, inesperadas. Onde se possa exercitar a autonomia, a cidadania, a liberdade, mas de forma transversal e comum.

Referências Bibliográficas

- Abraham, A. (18 de novembro de 2016). Remembering mad pride, the movement that celebrated mental illness. Disponível em: https://www.vice.com/en_uk/article/mad-pride-remembering-the-uks-mental-health-pride-movement.
- Aguiar, K. F. d. & Rocha, M. L. d. (2007). Micropolítica e o exercício da pesquisa-intervenção: referenciais e dispositivos em análise. *Psicologia: ciência e profissão*, 27(4), 648–663.
- Alarcon, S. (2005). Da reforma psiquiátrica à luta pela vida não-fascista'. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, 12(2), 249–263.
- Alverga, A. R. d. (2004). *A loucura interrompida nas malhas da subjetividade manicomial*. Dissertação de Mestrado, Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal-RN.
- Alverga, A. R. d. & Dimenstein, M. (2006). A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. *Interface*, 10(20), 299–316.
- Amarante, P. (1995). *Loucos pela vida: A Trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Amarante, P. (1997). Loucura, cultura e subjetividade: Conceitos e estratégias, percursos e atores da reforma psiquiátrica brasileira. In S. Fleury (Ed.), *Saúde e Democracia: a Luta do CEBES* (pp. 163–186). São Paulo: Lemos Editorial.
- Amarante, P. (2007). *Saúde Mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Andrade, A. (2012). *Sujeitos e(m) movimento: uma análise crítica da Reforma Psiquiátrica brasileira na perspectiva dos experientes*. Tese de Doutorado, Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis-SC.
- Arejano, C. B., Padilha, M. I. C. d. S., & Albuquerque, G. L. d. (2003). Reforma psiquiátrica: uma análise das relações de poder nos serviços de atenção à saúde mental. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 56(5), 549–554.

- Baptista, L. A. (2015). Politizar. In T. M. G. Fonseca, M. L. Nascimento, & C. Maraschin (Eds.), *Pesquisar na diferença: um abecedário* (pp. 187–190). Porto Alegre: Editora Sulina.
- Baremblytt, G. F. (1996). *Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Editora Rosa dos Tempos.
- Barnes, M. & Bowl, R. (2001). *Taking over the asylum - Empowerment and mental health*. London: Palgrave.
- Barreto, J. (2005). *O umbigo da reforma psiquiátrica: cidadania e avaliação de qualidade em saúde mental*. Juiz de Fora: Universidade Federal de Juiz de Fora.
- Barros, L. M. R. (2015). *A análise em uma pesquisa-intervenção participativa: O caso da Gestão Autônoma da Medicação*. Tese de Doutorado, Psicologia, Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro-RJ.
- Barros, R. B. d. (2007). *Grupo - A Afirmação de um Simulacro*. Porto Alegre: Sulina/Editora da UFRGS.
- Bey, H. (1990). *TAZ - Zona Autônoma Temporária*. Coletivo Sabotagem.
- Bezerra Jr, B. (1992). Cidadania e loucura: um paradoxo? In B. Bezerra Jr. & P. Amarante (Eds.), *Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica* (pp. 113–126). Rio de Janeiro: Relume-Dumará.
- Bezerra Jr, B. (2005). Prefácio - medir ou estimar? In J. Barreto (Ed.), *O umbigo da reforma psiquiátrica: cidadania e avaliação de qualidade em saúde mental* (pp. 11–16). Juiz de Fora: Universidade Federal de Juiz de Fora.
- Birman, J. (1992). A cidadania tresloucada - notas introdutórias sobre a cidadania dos doentes mentais. In B. Bezerra Jr. & P. Amarante (Eds.), *Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica* (pp. 71–90). Rio de Janeiro: Relume-Dumará.
- Blumenthal, D. S. (2011). Is community-based participatory research possible? *American Journal of Preventive Medicine*, 40(3), 386–389.
- Brasil – Ministério da Saúde (1988). *I Conferência Nacional de Saúde Mental – Relatório final*. Brasília: Centro de Documentação, Ministério da Saúde.
- Campos, F. C. (2000). *O modelo da Reforma Psiquiátrica Brasileira e as modelagens de São Paulo, Campinas e Santos*. Tese de Doutorado em Saúde Coletiva, Universidade de Campinas, Campinas-SP.

- Campos, G. W. S. (2008). Produção de conhecimento, avaliação de políticas públicas em saúde mental: notas reflexivas. In R. O. Campos, J. P. Furtado, E. Passos, & R. Benevides (Eds.), *Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos da narratividade* (pp. 97–102). São Paulo: Aderaldo & Rothschild Editores.
- Carvalho, J. (2004). *Cidadania no Brasil – o longo caminho*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Castel, R. (1987). *A gestão dos Riscos - Da antipsiquiatria à pós-psicanálise*. F. Alves.
- Chassot, C. S. (2012). *The British mental health service user / survivor movement and the experience of mental distress*. Dissertação de Mestrado, Dynamics of Health and Welfare, Universidade de Évora, Évora, Portugal / École des Hautes Études en Sciences Sociales, Paris, França.
- Chassot, C. S., dos Santos, C. B., Barone, L. R., & Hadler, O. H. (2014). O uso de conceitos na construção de uma tese: a desmontagem e suas operações. *Revista Polis e Psique*, 4 (2), 129–142.
- Chassot, C. S. & Mendes, F. (2015). The experience of mental distress and recovery among people involved with the service user/survivor movement. *Health (London)*, 19(4), 372–388.
- Clarke, J. (2007). Unsettled connections: Citizens, consumers and the reform of public services. *Journal of Consumer Culture*, 7(2), 159–178.
- Coimbra, C. M. B. & do Nascimento, M. L. (s/d). *Sobreimplicação: práticas de esvaziamento político?* Disponível em www.slab.uff.br. Acesso em 01/10/2016.
- Cook, T. (2012). Where participatory approaches meet pragmatism in funded (health) research: The challenge of finding meaningful spaces. *Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research*, 13(1).
- Cordeiro, M. D. (2014). *Trajetória da loucura: a importância do cuidado - Uma reflexão sobre a reabilitação psicossocial como um laço social*. Trabalho Técnico Orientado, Especialização em Saúde Mental, Faculdade de Medicina do ABC, Santo André-SP.
- Costa, D. (2011). *Loucos para prot(agonizar) - micropolítica e participação em saúde mental*. Dissertação de Mestrado, Psicologia Social e Institucional, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre –RS.
- Costa, M. (2017). Recovery como estratégia para avançar a reforma psiquiátrica no Brasil. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health*, 9(21).
- Covre, M. (1991). *O que é cidadania*. São Paulo: Brasiliense.

- Crossley, N. (2006). *Contesting Psychiatry – social movements in mental health*. Abingdon: Routledge.
- Cunda, M. F., Zanchet, L., & Chassot, C. S. (2017). Os saberes menores e a profanação acadêmica: os sentidos da experiência. *Pólis e Psique*, (no prelo).
- DaMatta, R. (1997). *A casa e a rua: espaço, cidadania, mulher e morte no Brasil*. Rio de Janeiro: Rocco.
- Davies, R. (2009). Influencing change: Outcomes from user-focused monitoring (UFM) inpatient research in Bristol in 2002. In A. Sweeney, P. Beresford, A. Faulkner, M. Nettle, & D. Rose (Eds.), *This is survivor research* (pp. 98–106). Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Deegan, P. E. (1988). Recovery: The lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11(4), 11–19.
- Deleuze, G. (1988). *Foucault*. São Paulo: Brasiliense. 9a. reimpressão, 2013.
- Deleuze, G. (1992). *Conversações*. Rio de Janeiro: Editora 34.
- Deleuze, G. (1996). *O Mistério de Ariana*. Lisboa: Vega/Passagens.
- Deleuze, G. & Guattari, F. (1977). *Kafka - por uma literatura menor*. Rio de Janeiro: Imago.
- Deleuze, G. & Guattari, F. (1995). *Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia - Volume 1*. Rio de Janeiro: Editora 34.
- Deleuze, G. & Guattari, F. (1996). *Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia - Volume 3*. Rio de Janeiro: Editora 34.
- Deleuze, G. & Guattari, F. (1997). *Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia - Volume 5*. Rio de Janeiro: Editora 34.
- Deleuze, G. & Guattari, F. (2000). *O que é a filosofia?* São Paulo: Editora 34.
- Deleuze, G. & Guattari, F. (2004). *Anti-Édipo: capitalismo e esquizofrenia*. Lisboa: Assírio e Alvim.
- Demo, P. (1995). *Cidadania tutelada e cidadania assistida*. Campinas: Ed Autores Associados.
- Diaz, F. (2008). *Os Movimentos Sociais na Reforma Psiquiátrica: O “Novo” na História da Psiquiatria do Brasil*. Tese de Doutorado, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro-RJ.
- Duarte, T. (2012). Recovery da doença mental: uma visão para os sistemas e serviços de saúde mental. *Análise Psicológica*, 25(1), 127–133.

- Emerich, B. F., Campos, R. O., & Passos, E. (2014). Direitos na loucura: o que dizem usuários e gestores dos centros de atenção psicossocial (caps). *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 18(51), 685–696.
- Erasmus, D. (2003). *Elogio da Loucura*. Porto Alegre: L&PM.
- Fals Borda, O. (1981). Aspectos teóricos da pesquisa participante: considerações sobre o significado e o papel da ciência na participação popular. In C. Brandão (Ed.), *Pesquisa participante* (pp. 42–62). São Paulo: Editora Brasiliense.
- Ferreira, S., Lopes, M., Sena, R., Magalhães, A., Carvalho, V., & Braga, P. (2008). Loucura e cidadania. In K. Nilo, M. Moraes, M. Guimarães, M. Vasconcelos, M. Nogueira, & M. Abou-Yd (Eds.), *Política de Saúde Mental de Belo Horizonte: o cotidiano de uma utopia* (pp. 229–234). Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.
- Figueiró, R. d. A. (2009). *Ajuda mútua nos CAPS: o papel dos serviços no empoderamento dos usuários*. Dissertação de Mestrado, Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal-RN.
- Figueiró, R. d. A. & Dimenstein, M. (2010). O cotidiano de usuários de caps: empoderamento ou captura? *Fractal: Revista de Psicologia*, 22(2), 431–446.
- Foucault, M. (1978). *História da Loucura na idade clássica*. São Paulo: Perspectiva.
- Foucault, M. (2003). *Ditos & Escritos IV - Estratégia, Poder-Saber*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Foucault, M. (2004). *Ditos & Escritos V - Ética, Sexualidade, Política*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Foucault, M. (2007). *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal.
- Freire, P. (1981). Criando métodos de pesquisa alternativa: aprendendo a fazê-la melhor através da ação. In C. Brandão (Ed.), *Pesquisa participante* (pp. 34–41). São Paulo: Editora Brasiliense.
- Freitas, F. F. P. d. (2004). A história da psiquiatria não contada por Foucault. *Hist. ciênc. saúde-Manguinhos*, 11(1), 75–91.
- Funari, P. P. (2003). A cidadania entre os romanos. In J. Pinski & C. B. Pinski (Eds.), *História da Cidadania* (pp. 49–80). São Paulo: Editora Contexto.
- Ganança, A. C. (2006). *Associativismo no Brasil - Características e limites para a construção de uma nova institucionalidade democrática participativa*. Dissertação, Ciência Política, UNB, Brasília-DF.

- Gauchet, M. & Swain, G. (1999). *Madness and Democracy: the modern psychiatric universe*. Princeton: Princeton University Press.
- Group, S. H. (s / d). Mental health and survivors' movements and context. <http://studymore.org.uk/mpu.htm>. Acessado em 06 Jan 2017.
- Grunpeter, P. V. (2008). *A Participação dos Portadores de Transtornos Mentais no Movimento de Luta Antimanicomial em Pernambuco*. Dissertação de Mestrado, Serviço Social, Universidade Federal de Pernambuco, Recife-PE.
- Guarinello, N. L. (2003). Cidades-estado na antiguidade clássica. In J. Pinski & C. B. Pinski (Eds.), *História da Cidadania* (pp. 29–48). São Paulo: Editora Contexto.
- Guattari, F. (1985). *Revolução molecular - Pulsações políticas do desejo*. São Paulo: Editora Brasiliense.
- Guattari, F. (2004). *Psicanálise e transversalidade: ensaios de análise institucional*. São Paulo: Ideias & Letras.
- Guattari, F. (2006). *Caosmose: um novo paradigma estético*. São Paulo: Editora 34.
- Guerra, A. M. C. (2004). Reabilitação psicossocial no campo da reforma psiquiátrica: uma reflexão sobre o controverso conceito e seus possíveis paradigmas. *Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental*, 7(2), 83–96.
- Hall, B. L. (2005). In from the cold? reflections on participatory research from 1970-2005. *Convergence*, 38(1), 5–24.
- Harvey, D. (1992). *Condição pós-moderna: uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural*. São Paulo: Loyola.
- Held, D. (1999). Cidadania e autonomia. *Perspectivas*, 22, 201–231.
- Henna, E. (2006). *Descrição do processo de Reforma Psiquiátrica em Santo André de 1987 a 2006*. Trabalho de Conclusão de Curso, Especialização em Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo-SP.
- Henna, E. S., de Abreu, L. C., Neto, M. L. F., & Reis, A. O. A. (2008). Rede de atenção à saúde mental de base comunitária: a experiência de santo andré. *Rev Bras Crescimento Desenvol Hum*, 18(1), 16–26.
- Hirdes, A. (2009). Autonomia e cidadania na reabilitação psicossocial: uma reflexão. *Ciênc Saúde Coletiva*, 14(1), 165–71.
- Hoornaert, E. (2003). As comunidades cristãs dos primeiros séculos. In J. Pinski & C. B. Pinski (Eds.), *História da Cidadania* (pp. 81–96). São Paulo: Editora Contexto.

- Isin, E. F. (2002). *Being political – genealogies of citizenship*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Kastrup, V. & Barros, R. B. d. (2009). Movimentos-funções do dispositivo na prática da cartografia. In E. Passos, V. Kastrup, & L. da Escóssia (Eds.), *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade* (pp. 76–91). Porto Alegre: Sulina.
- Kinoshita, R. T. (1996). Contratualidade e reabilitação psicossocial. In A. Pitta (Ed.), *Reabilitação psicossocial no Brasil* (pp. 55–59). São Paulo: Hucitec.
- Lazzarotto, G. D. R. & Carvalho, J. D. d. (2015). Afetar. In T. M. G. Fonseca, M. L. Nascimento, & C. Maraschin (Eds.), *Pesquisar na diferença: um abecedário* (pp. 25–27). Porto Alegre: Editora Sulina.
- Leal, E. M. (2001). Clínica e subjetividade contemporânea: a questão da autonomia na reforma psiquiátrica brasileira. In F. A.C. & C. M.T. (Eds.), *A reforma psiquiátrica e os desafios da desinstitucionalização. Contribuições à III Conferência Nacional de Saúde Mental - Dezembro de 2001* (pp. 69–83). Rio de Janeiro: Edições CUCA - IPUB/UFRJ.
- Lima, J. C. & Souza, A. R. d. (2014). Trabalho, solidariedade social e economia solidária. *Lua Nova*, 93, 139–168.
- Lobosque, A. (2003). Loucura, ética e política: algumas questões de ordem da luta antimanicomial. In Conselho Federal de Psicologia (Ed.), *Loucura, ética e política: Escritos militantes* (pp. 20–30). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Lourau, R. (2004a). Implicação e sobreimplicação. In S. Altoé (Ed.), *René Lourau - analista institucional em tempo integral* (pp. 186–198). São Paulo: Hucitec.
- Lourau, R. (2004b). Pequeno manual de análise institucional. In S. Altoé (Ed.), *René Lourau - analista institucional em tempo integral* (pp. 122–127). São Paulo: Hucitec.
- Lucas, L. (2007). *De pacientes a cidadãos: a trajetória da Associação “Loucos pela Vida” no município de Mogi das Cruzes - SP*. Dissertação de Mestrado, Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo-SP.
- Maia, R. C. & Fernandes, A. B. (2000). O movimento antimanicomial como agente discursivo na esfera pública política. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 17(48), 157–171.
- Maraschin, C. (2005). Redes de conversação como operadoras de mudanças estruturais na convivência. In N. M. C. Pellanda, E. T. M. Schlünzen, & K. S. Junior (Eds.), *Inclusão digital: tecendo redes afetivas/cognitivas* (pp. 135–143). Rio de Janeiro: D. P & A Editora.

- Marshall, T. (1967). *Cidadania, Classe Social e Status*. Rio de Janeiro: Zahar editores.
- Martins, D. (2003). Contribuição para discussão do tema: Loucura, política e ética. In Conselho Federal de Psicologia (Ed.), *Loucura, ética e política: escritos militantes* (pp. 137–143). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Mental Health Foundation (s/d). *Strategies For Living - Summary Report*. Mental Health Foundation.
- Mercer, G. (2012). Emancipatory disability research. In C. Barnes, M. Oliver, & L. Barton (Eds.), *Disability Studies Today* (pp. 228–249). Cambridge: Polity Press.
- Mol, A. (2008). *The logic of care: Health and the problem of patient choice*. Londres e Nova Iorque: Routledge.
- Monceau, G. (2010). Analyser ses implications dans l'institution scientifique: une voie alternative. *Estud. pesqui. psicol. (Impr.)*, 10(1), 13–30.
- Moraes, M. (2010). PesquisarCOM: política ontológica e deficiência visual. In M. Moraes & V. Kastrup (Eds.), *Exercícios de ver e não ver: arte e pesquisa com pessoas com deficiência visual* (pp. 26–51). Rio de Janeiro: Nau Editora.
- Moraes, M. & Kastrup, V. (2010). *Exercícios de ver e não ver: arte e pesquisa com pessoas com deficiência visual*. Rio de Janeiro: Nau Editora.
- Moura, F. (2013). *Do manicômio à associação: uma etnografia de uma associação de usuários e usuárias de serviços de saúde mental de Florianópolis, Santa Catarina*. Trabalho de Conclusão de Curso, Ciências Sociais, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis-SC.
- Negri, A. & Casarino, C. (2008). *In praise of the common: a conversation on philosophy and politics*. Minneapolis: Minnesota Press.
- Odalia, N. (2003). Revolução francesa - a liberdade como meta coletiva. In J. Pinski & C. B. Pinski (Eds.), *História da Cidadania* (pp. 159–170). São Paulo: Editora Contexto.
- Oliveira, A. G. B. d. & Alessi, N. P. (2005). Cidadania: instrumento e finalidade do processo de trabalho na reforma psiquiátrica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(1), 191–203.
- Oliver, M. (1992). Changing the social relations of research production? *Disability, Handicap & Society*, 7(2), 101–114.
- Onocko-Campos, R. T., Passos, E., Palombini, A. d. L., Santos, D. V. D. d., Stefanello, S., Gonçalves, L. L. M., Andrade, P. M. d., & Borges, L. R. (2013). A gestão autônoma

- da medicação: uma intervenção analisadora de serviços em saúde mental. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(10), 2889–2898.
- Palombini, A. d. L. (2007). *Vertigens de uma psicanálise a céu aberto: a cidade - Contribuições do acompanhamento terapêutico à clínica na reforma psiquiátrica*. Tese de Doutorado, Saúde Coletiva, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro-RJ.
- Passos, E. & Barros, R. B. d. (2000). A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 16(1), 71–79.
- Passos, E. & Barros, R. B. d. (2009). A cartografia como método de pesquisa-intervenção. In E. Passos, V. Kastrup, & L. da Escóssia (Eds.), *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade* (pp. 17–31). Porto Alegre: Sulina.
- Passos, E., Otanari, T., Emerich, B., & Guerini, L. (2013). O comitê cidadão como estratégia cogestiva em uma pesquisa participativa no campo da saúde mental. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(10), 2919–2928.
- Passos, E., Palombini, A. d. L., & Campos, R. O. (2013). Estratégia cogestiva na pesquisa e na clínica em saúde mental. *ECOS-Estudos Contemporâneos da Subjetividade*, 3(1), 4–17.
- Pelbart, P. P. (2013). Experiência e sujeito. In S. Muchail, M. Fonseca, & A. Veiga-Neto (Eds.), *O mesmo e o outro - 50 anos de História da Loucura* (pp. 45–58). Belo Horizonte: Autêntica.
- Pereira, M. F. (2003). A participação dos usuários. In Conselho Federal de Psicologia (Ed.), *Loucura, ética e política: escritos militantes* (pp. 72–83). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Pilgrim, D. (2008). ‘Recovery’ and current mental health policy. *Chronic illness*, 4, 295–304.
- Pilgrim, D. (2012). The British welfare state and mental health problems: The continuing relevance of the work of Claus Offe. *Sociology of Health & Illness*, 34(7), 1070–1084.
- Pitta, A. (1996). O que é reabilitação psicossocial no Brasil, hoje? In A. Pitta (Ed.), *Reabilitação psicossocial no Brasil* (pp. 19–30). São Paulo: Hucitec.
- Pitta, A. M. F. (2011). Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: Instituições, atores e políticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(12), 4579–4589.
- Pols, J. (2006). Washing the citizen: washing, cleanliness and citizenship in mental health care. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 30(1), 77–104.

- Porter, R. (1981). *A Mad People's History of Madness*. Londres: University of Pittsburgh Press.
- Porter, R. (2002). *Madness – a brief history*. Oxford: Oxford University Press.
- Presotto, R. F., Silveira, M., Delgado, P. G. G., & Vasconcelos, E. M. (2013). Experiências brasileiras sobre participação de usuários e familiares na pesquisa em saúde mental. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(10), 2837–2845.
- Rocha, M. L. d. & Aguiar, K. F. d. (2003). Pesquisa-intervenção e a produção de novas análises. *Psicologia: ciência e profissão*, 23(4), 64–73.
- Rodrigues, H. d. B. C. (2007). Michel Foucault, as marcas da pantera e a pantera cor-de-rosa. apontamentos sobre o processo de desinstitucionalização psiquiátrica. *Vivências*, 32, 41–60.
- Rolnik, S. (1993). À sombra da cidadania: Alteridade, homem da ética e reinvenção da democracia. In M. Magalhães (Ed.), *Na Sombra da Cidade* (pp. 143–170). São Paulo: Escuta.
- Rose, D. (2009). Survivor-produced knowledge. In A. Sweeney, P. Beresford, A. Faulkner, M. Nettle, & D. Rose (Eds.), *This is survivor research* (pp. 38–43). Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Rose, N. (2011). *Inventando nossos selfs: psicologia, poder e subjetividade*. Petrópolis: Vozes.
- Rotelli, F. (2001). O inventário das subtrações. In F. Rotelli, O. De Leonardis, & D. Mauri (Eds.), *Desinstitucionalização* (pp. 61–87). São Paulo: Editora Hucitec.
- Rotelli, F., De Leonardis, O., & Mauri, D. (2001). Desinstitucionalização, uma outra via. In F. Rotelli, O. De Leonardis, & D. Mauri (Eds.), *Desinstitucionalização* (pp. 17–60). São Paulo: Editora Hucitec.
- Rowe, D. D. & Chávez, K. R. (2011). Valerie Solanas and the queer performativity of madness. *Cultural Studies - Critical Methodologies*, 11(3), 274–284.
- Sade, C., Barros, L. M. R., Melo, J. J. M., & Passos, E. (2013). O uso da entrevista na pesquisa-intervenção participativa em saúde mental: o dispositivo gam como entrevista coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(10).
- Saraceno, B. (1996a). Reabilitação psicossocial: uma estratégia para passagem do milênio. In A. Pitta (Ed.), *Reabilitação psicossocial no Brasil* (pp. 13–18). São Paulo: Hucitec.

- Saraceno, B. (1996b). Reabilitação psicossocial. uma prática à espera de teoria. In A. Pitta (Ed.), *Reabilitação psicossocial no Brasil* (pp. 150–154). São Paulo: Hucitec.
- Saraceno, B. (1999). *Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. Belo Horizonte: Te Corá Editora/Instituto Franco Basaglia.
- Sartori, L. (2010). *O Manejo da Cidadania em um Centro de Atenção Psicossocial*. Dissertação de Mestrado, Antropologia Social, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos-SP.
- Sartori, L. (2011). O manejo da cidadania e a democracia do cuidado. *CAMPOS-Revista de Antropologia Social*, 12(1), 85–101.
- Scott, J. W. (1994). Deconstructing equality-versus-difference: Or, the uses of poststructuralist theory for feminism. In S. Seidman (Ed.), *The postmodern turn: New perspectives on social theory* (pp. 282–298). Cambridge: Cambridge University Press.
- Seigel, J. (1999). Foreword. In M. Gauchet & G. Swain (Eds.), *Madness and Democracy: the modern psychiatric universe* (pp. vii–xxvi). Princeton: Princeton University Press.
- Silva, M. V. O. (2003). O movimento da luta antimanicomial e o movimento dos usuários e familiares. In Conselho Federal de Psicologia (Ed.), *Loucura, ética e política: Escritos militantes* (pp. 84–111). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Silva, T. M. d. S. (2010). *Ser louco não impede a autonomia*. Trabalho de Conclusão de Curso, Serviço Social, Fundação Universidade Regional de Blumenau, Blumenau-SC.
- Silveira, M. (2013). *Vozes no corpo, territórios na mão: loucura, corpo e escrita no PesquisARCOM*. Dissertação de Mestrado, Psicologia Social e Institucional, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre-RS.
- Souza, J. (2009). *A ralé brasileira: quem é e como vive*. Belo Horizonte: Editora UFMG.
- Souza, W. S. (1999). *Associações de usuários e familiares frente à implantação da política de saúde mental no município do Rio de Janeiro*. Dissertação de Mestrado, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro-RJ.
- Stirner, M. (2004). *O único e sua propriedade*. Lisboa: Editora Antígona.
- Sweeney, A. (2009). So what is survivor research? In A. Sweeney, P. Beresford, A. Faulkner, M. Nettle, & D. Rose (Eds.), *This is survivor research* (pp. 22–37). Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Tenório, F. (2002). A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, 9(1), 25–59.

- Toríbio, A., Chassot, C. S., Pereira, J. C., Menezes, L. L., Wainstein, L., da Silva Nobre, M., Pereira, M. C., Terreano, R., de Medeiros, S. D., & Mansur, V. R. (2016). *Relatório - Pesquisando e construindo ideias em saúde mental*. Associação Construção - disponível em www.facebook.com/associacaoconstrucao.
- Vasconcelos, E. M. (2003). *O poder que brota da dor e da opressão: empowerment, sua história, teoria e estratégias*. São Paulo: Paulus.
- Vasconcelos, E. M. (2004). *Tipologia e desafios dos dispositivos participativos e de empoderamento de usuários, familiares e trabalhadores no campo da saúde mental no Brasil recente*. Artigo não publicado. Disponível em <http://www.rubedo.psc.br/artigosb/perfusua.htm>.
- Vasconcelos, E. M. (2007). Dispositivos associativos de luta e empoderamento de usuários, familiares e trabalhadores em saúde mental no Brasil. *Vivência*, 32, 173–206.
- Vasconcelos, E. M. (2008). Dispositivos associativos e de luta no campo da saúde mental no Brasil: quadro atual, tipologia, desafios e propostas. In E. M. Vasconcelos (Ed.), *Abordagens psicossociais, vol II: reforma psiquiátrica e saúde mental na ótica da cultura e das lutas populares* (pp. 56–141). São Paulo, Hucitec.
- Vasconcelos, E. M. (2009). Perfil das organizações de usuários e familiares no Brasil, seus desafios e propostas. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 1(1), CD-Rom.
- Vasconcelos, E. M. (2014). *Protagonismo e empoderamento de usuários e familiares em saúde mental: a experiência no Brasil e no MNLA, seus desafios e propostas*. Artigo não publicado, distribuído no X Encontro Nacional do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, 31 de maio de 2014, Niterói-RJ.
- Vasconcelos, M. d. F. F. d. & Paulon, S. M. (2014). Instituição militância em análise: a (sobre) implicação de trabalhadores na reforma psiquiátrica brasileira. *Psicol. soc.(Online)*, 26(spe), 222–234.
- Veiga-Neto, A. & Lopes, M. C. (2013). Rebatimentos: a inclusão como dominação do outro pelo mesmo. In S. Muchail, M. Fonseca, & A. Veiga-Neto (Eds.), *O mesmo e o outro - 50 anos de História da Loucura* (pp. 103–124). Belo Horizonte: Autêntica.
- Vianna, P. C. d. M., Barros, S., Costa, A. S. S. M. d., Silveira, M. R. d., & Silva, T. C. d. (2006). A organização de rede social - as associações de familiares dos serviços de saúde mental. *REME - Rev. Min. Enferm.*, 10(4), 361–368.
- Weymans, W. (2009). Revising Foucault's model of modernity and exclusion: Gauchet and Swain on madness and democracy. *Thesis Eleven*, 98(1), 33–51.

Yasui, S. (2006). *Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira*. Tese de Doutorado, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro-RJ.

Zambillo, M. (2015). *Autonomias errantes: entre modos de ser autoimpostos e possibilidades de invenção de si*. Dissertação de Mestrado, Psicologia Social e Institucional, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre-RS.

Apêndices

Apêndice A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido 1

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL E
INSTITUCIONAL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa que está sendo proposta por Carolina Seibel Chassot, aluna de doutorado do Programa de Psicologia Social e Institucional da UFRGS, sob a orientação da professora Rosane Azevedo Neves da Silva. Esta pesquisa envolve dois estudos diferentes – chamados daqui para frente de Estudo 1 e Estudo 2.

O que é o Estudo 1?

O Estudo 1 é uma “pesquisa cartográfica” que procura mapear um processo em andamento. A pesquisadora (Carolina S. Chassot) irá registrar em diários de campo suas observações e reflexões sobre as ações da Associação Construção. Seu objetivo é compreender como se constrói o “comum” na associação, ou seja, como as atividades da associação possibilitam a criação de um coletivo onde todos, usuários e trabalhadores, possam trabalhar juntos e expressar suas diferenças e singularidades.

Como posso participar do Estudo 1?

Se você aceitar participar do Estudo 1, você está dando autorização para que a pesquisadora (Carolina S. Chassot) escreva sobre as ações da associação, inclusive aquelas em que você estará presente.

Eu serei identificado no Estudo 1?

A participação no Estudo 1 será anônima, o que significa que o seu nome não será divulgado na escrita da pesquisa.

Quais são os benefícios de participar do Estudo 1?

O estudo 1 não trará benefícios individuais para os seus participantes. Ele poderá trazer benefícios para a Associação Construção na divulgação de suas ações, assim como para outras associações e grupos de usuários, trabalhadores e familiares, que poderão aprender com a experiência da associação.

Quais são os riscos de participar do Estudo 1?

A participação nesta pesquisa tem risco mínimo, pois envolve apenas a continuidade das ações que você já vem realizando na associação. Caso ocorra algum incômodo ou situação adversa durante a realização da pesquisa, as pesquisadoras comprometem-se a fazer os encaminhamentos necessários.

Quais são os direitos de quem participa da pesquisa?

Todos os participantes têm direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento. A desistência não envolve nenhum prejuízo quanto a continuar participando da Associação.

O que é o Estudo 2?

O estudo 2 é uma “pesquisa participativa”, ou seja, nesse tipo de pesquisa as pessoas que aceitarem participar da pesquisa irão conduzir todas as suas etapas, desde o planejamento, a coleta de dados, a análise dos dados e a escrita da pesquisa.

O que vamos pesquisar?

A proposta é que os membros da Associação Construção possam fazer uma pesquisa para conhecer o que os demais usuários de saúde mental de Porto Alegre esperam de uma associação. Esta é apenas uma proposta inicial, e poderá ser modificada pelo grupo de pesquisa, pois é o grupo quem definirá os objetivos.

Como faremos a pesquisa?

Em reuniões quinzenais, vamos discutir o que é uma pesquisa, para que serve, e quais são as diferentes formas de fazer pesquisa. Vamos planejar as etapas da pesquisa, e depois ir nos locais conversar com os usuários, buscar as informações que precisarmos. Vamos também discutir os resultados da pesquisa e ver o que pudemos aprender com isso. Se quisermos, poderemos também divulgar os resultados para outras pessoas que possam se interessar pelo assunto. Tudo será feito em grupo, e cada um irá colaborar da forma que se sentir à vontade. A aluna de doutorado Carolina S. Chassot e a aluna de graduação Amanda Toríbio irão dar o apoio para o grupo conforme for necessário.

Quais são os benefícios de participar da pesquisa?

Os pesquisadores poderão se beneficiar aprendendo sobre como fazer uma pesquisa, conhecendo outros serviços de saúde mental e usuários destes serviços e obtendo informações que podem ser úteis para a Associação Construção. A pesquisa tem caráter voluntário, ou seja, não está garantida remuneração para os pesquisadores. Os gastos com transporte serão pagos pela pesquisa, ou seja, as passagens de ônibus para participar das reuniões da pesquisa serão custeadas (apenas para quem não tem passe livre).

Quais são os riscos de participar da pesquisa?

A participação nesta pesquisa tem risco mínimo. Caso ocorra algum incômodo ou situação adversa durante a realização da pesquisa, as pesquisadoras comprometem-se a fazer os encaminhamentos necessários.

Quais são os direitos de quem participa da pesquisa?

Todos os participantes têm direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento. A desistência não envolve nenhum prejuízo quanto a continuar participando da Associação. Se os pesquisadores da Associação não desejarem ser identificados como coautores da pesquisa, poderão receber pseudônimos.

O Estudo 1 e o Estudo 2 se relacionam?

Sim. A pesquisa cartográfica (estudo 1) também irá investigar os efeitos da pesquisa participativa (estudo 2) para os pesquisadores da Associação Construção. O objetivo é saber se a pesquisa pode ser uma forma de construir cooperativamente um saber comum entre os usuários.

Posso aceitar fazer parte de apenas um dos Estudos?

Sim. Você poderá aceitar fazer parte apenas do Estudo 1, caso não queira ser pesquisador no Estudo 2. Você também pode querer apenas ser pesquisador no Estudo 2 sem fazer parte do Estudo 1.

Informamos que os dados coletados ficarão armazenados por cinco anos sob guarda dos pesquisadores responsáveis, no Instituto de Psicologia da UFRGS (Ramiro Barcelos, 2600, sala 300K). Se tiver qualquer dúvida ou precisar de algum esclarecimento você poderá entrar em contato com os pesquisadores pelos telefones: Carolina Seibel Chassot (8143-3404); Rosane Azevedo Neves da Silva (3308 5465) ou, ainda, na secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia da UFRGS (3308 5698).

Aceite de Participação Voluntária

Eu, _____, RG _____, declaro que fui informado(a) dos objetivos da pesquisa acima e concordo em participar: () do Estudo 1 () do Estudo 2. Recebo uma via deste documento assinado pelos pesquisadores.

Porto Alegre, ____ de _____ de 20____.

Assinatura do participante

Carolina S. Chassot
Doutoranda do PPGPSI-UFRGS

Rosane A. Neves da Silva
Professora do PPGPSI-UFRGS

Apêndice B

Questionário / Roteiro de entrevista

Data: ____/____/____

Questionário
Pesquisa Associação Construção

1. Idade: ____ anos
2. Sexo: () Masculino () Feminino
3. Cidade onde mora: _____
4. Utilizas qual serviço de saúde mental (Exemplo: Caps, Residencial Terapêutico, Ambulatório, Consulta com psiquiatra, Hospital, Oficina de geração de renda e trabalho, Clínica psiquiátrica, etc)?

5. Tens uma fonte de renda?
() Não tem renda
() Sim, tem renda → Ganhas o suficiente para te manter? () Não () Sim
6. Trabalhas atualmente? Já trabalhaste antes? Fazendo o que?

7. Recebes benefício ou aposentadoria?
() Não () Sim. → Qual tipo? _____

8. Nível de escolaridade:
() Ensino Fundamental Incompleto.
() Ensino Fundamental Completo.
() Ensino Médio Incompleto.
() Ensino Médio Completo.
Curso técnico / outros? _____
() Ensino Superior Incompleto
Curso: _____
() Ensino Superior Completo
Curso: _____
() Pós-Graduação
Curso: _____

9. Tu estás...?
() Solteiro(a) () Namorando () Casado(a) () Em união estável / morando junto () Separado(a) () Viúvo(a)

10. Tens filhos?
() Não () Sim – número de filhos: _____

Idade dos filhos: _____

11. Recebes passagem de ônibus gratuita (isenção)?

Não Sim

12. És interditado?

Não Sim

Obs: se for interditado, responsável deve autorizar a pessoa a responder a pesquisa e assinar o termo de consentimento

13. Tens alguém na sua vida que te dá apoio ou suporte afetivo? (Exemplo: cuidador, amigo, familiar...)

Não Sim. Quem? _____

14. Tens alguma crença religiosa?

Não Sim → Qual? _____

15. Qual a importância dessa crença na tua vida?

Muito importante Importante Pouco importante Nada importante

16. Qual a tua opinião sobre os serviços de saúde que tu frequentas e/ou frequentaste anteriormente (serviços de saúde clínicos e de saúde mental)?

Nome do Serviço: _____

Muito Satisfatório Satisfatório Pouco Satisfatório Insatisfatório

Por que tu tens essa opinião?

Nome do Serviço 2 (se houver): _____

Muito Satisfatório Satisfatório Pouco Satisfatório Insatisfatório

Por que tu tens essa opinião?

Nome do Serviço 3 (se houver): _____

Muito Satisfatório Satisfatório Pouco Satisfatório Insatisfatório

Por que tu tens essa opinião?

17. Tu recebes as informações necessárias nos serviços de saúde que frequentas (sobre seus medicamentos, diagnósticos, estado clínico, tratamentos, etc.)?

Não Sim

18. Tu te consideras no direito de receber estas informações?

Não Sim

19. O que tu pensas sobre o uso de remédios psiquiátricos?

20. Fazes uso de alguma medicação psiquiátrica?

Não Sim → Quais medicamentos usas?

Quais efeitos tu sentes desse(s) medicamento(s)?

Em relação ao uso desse(s) medicamento(s), tu estás:

Muito satisfeito Satisfeito Pouco satisfeito Insatisfeito

21. Já recebeste algum diagnóstico psiquiátrico (nome da doença)?

Não Sim → Qual ou quais?

O que achas deste diagnóstico?

22. Te consideras usuário ou paciente?

Usuário Paciente Os dois Nenhum

Preferes outro termo: _____

Acreditas que existe alguma diferença entre ser usuário ou paciente? Qual?

23. Como achas que a sociedade te enxerga?

24. Já sofreste algum tipo de preconceito, discriminação ou rejeição?

Não Sim. Queres contar o que aconteceu?

25. Já foste internado?

Não, nunca. Sim → Quantas vezes? _____ vezes

Onde foste internado(a) e quanto tempo durou cada internação?

26. Qual a tua opinião sobre as internações psiquiátricas?

27. Conheces a luta antimanicomial?

Não Sim → Como conhecestes a luta antimanicomial?

Como te posicionas em relação a luta antimanicomial?

28. A tua família conhece a luta antimanicomial?

Não Sim → Como ela se posiciona?

29. Tu achas que deveria haver hospitais apenas psiquiátricos ou achas que as internações psiquiátricas deveriam ser em hospitais gerais?

Hospitais psiquiátricos deveriam existir

Hospitais psiquiátricos deveriam existir, mas com algumas mudanças.

Internações deveriam ser em hospitais gerais

Não sabe / não quis opinar

30. Quais são tuas aptidões/capacidades?

31. Tu te sentes confortável em conviver socialmente?

Não Sim

32. Tu valorizas mais o “ser” ou o “ter”?

O ser

- O ter
- As duas coisas
- Outra resposta: _____

33. Consideras importante ter um parceiro afetivo ou sexual?

- Não Sim

34. Tu te julgas capaz de ajudar?

- Não Sim

35. E de receber ajuda?

- Não Sim

36. Tu te consideras cidadão sendo usuário?

- Não Sim

37. Tu já pensaste em ser um psicólogo?

- Não Sim → Por quê?

38. Costumas praticar atividades que te ajudem a limpar/relaxar a mente?

- Não Sim → Quais são estas atividades?

39. Fazes ou fizeste psicoterapia?

- Não → Gostarias de fazer? _____
- Sim → Como esta funciona/funcionou?

40. Tu consideras importante a existência de uma Associação constituída por usuários da saúde mental?

- Não Sim

41. Na tua opinião, quais deveriam ser os objetivos de uma Associação de usuários de saúde mental?

42. Quais deveriam ser os horários de funcionamento desta Associação?

43. Tens sugestões de atividades para esta Associação? Se sim, quais são elas?

44. Você poderia indicar outro(s) usuário(s) ou ex-usuário(s) de saúde mental que você conheça, e que poderiam participar da pesquisa?

Nome: _____

Telefone: _____

Serviço que frequenta: _____

Obrigado(a) por responder ao questionário!

Se tiver interesse, você está convidado a participar da Associação Construção (reuniões sextas feiras, as 14h, rua vigário José Inácio, 303, 3°. andar)

Apêndice C

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido 2

ASSOCIAÇÃO CONSTRUÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa realizada pela Associação Construção em parceria com a UFRGS - Universidade Federal do Rio Grande do Sul (pesquisa de doutorado em Psicologia Social da aluna Carolina S. Chassot).

Os **objetivos da pesquisa** são conhecer e identificar as características e necessidades dos usuários e ex-usuários de serviços de saúde mental da Grande Porto Alegre, para direcionar as ações da Associação na busca de melhorias para os usuários.

A pesquisa consiste em **responder a um questionário** com perguntas sobre a sua experiência e opiniões sobre diversos assuntos, e tem **duração** aproximada de 1 hora.

Você tem **direito** a não querer participar ou a desistir em qualquer momento. Você também tem direito a não responder a qualquer uma das perguntas. Assinando esse termo, você aceita participar da pesquisa, mas mesmo assim pode desistir quando desejar, sem nenhum prejuízo para você ou seu tratamento.

A pesquisa é **anônima**, ou seja, sua identidade não será divulgada em nenhum momento. A entrevista será gravada em áudio.

A pesquisa contém **riscos** mínimos. Se você sentir algum desconforto ao responder às perguntas, os pesquisadores colocam-se à disposição para apoiá-lo no momento, e você poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável (Carolina S. Chassot, fone 48-8823 9361).

A pesquisa não deverá trazer nenhum **benefício** pessoal direto para você, mas você estará contribuindo para melhorar as ações da Associação Construção.

Informamos que os dados coletados ficarão armazenados por cinco anos sob guarda dos pesquisadores responsáveis, na sede da Associação Construção. Se você tiver qualquer dúvida ou precisar de algum esclarecimento você poderá entrar em contato com os pesquisadores pelos telefones: Carolina Seibel Chassot (48-8823-9361); Rosane Azevedo Neves da Silva (3308 5465).

Aceite de Participação Voluntária

Eu, underline

, RG underline

,

declaro que fui informado(a) dos objetivos da pesquisa acima e concordo em participar desta pesquisa.

Recebo uma via deste documento assinado pelos pesquisadores.

Porto Alegre, ____ de _____ de 20 ____.

Assinatura do participante

Rosane A. Neves da Silva
Professora do PPGPSI-UFRGS

Pesquisador

Pesquisador

Apêndice D

Panfleto com resultados da pesquisa

Pesquisando e Construindo Ideias em Saúde Mental

Por que fizemos uma pesquisa?

Entre 2015 e 2016, a Associação Construção realizou uma pesquisa para traçar o perfil dos usuários, conhecer as suas demandas relacionadas à saúde mental e descobrir o que desejam de uma Associação. Através da pesquisa, buscamos responder às dúvidas relacionadas aos diagnósticos, medicamentos, tratamentos, internações, situação financeira, benefícios, etc. Com isso, pretendemos ajudar a melhorar os serviços, qualificar os servidores, melhorar a vida dos usuários e defender seus direitos.

Como fizemos?

Esta pesquisa foi feita coletivamente, pelo grupo de associados (pesquisadores). Ela levou um pouco mais de um ano para ser feita e passou por diversas etapas. Passamos por encontros de planejamento, nos quais decidimos fazer uma pesquisa quantitativa e qualitativa, através do uso de um questionário. Tivemos o apoio da UFRGS na elaboração da pesquisa. Nosso questionário foi finalizado com 44 questões. No final, conseguimos fazer 25 entrevistas, com usuários de diversos tipos de serviços de saúde mental da região metropolitana de Porto Alegre.

Equipe de pesquisadores:

Amanda Toribio
Carolina Seibel Chassot
Jaqueline Collar Pereira
Leandro Lemos Menezes
Leonardo Wainstein
Marcelino da Silva Nobre
Márcia Collar Pereira
Rafael Terreano
Sérgio Duarte de Medeiros
Vera Regina Mansur



A Associação

Visamos lutar pelos direitos dos usuários de serviços de saúde mental. Como o nosso símbolo do João de Barro indica, somos uma construção coletiva. Criamos um espaço de acolhimento e parceria, onde usuários, ex-usuários, familiares e aliados podem trabalhar juntos, gerando novas ideias e atitudes no campo da saúde mental.

Princípios

Temos como princípios a defesa da Reforma Psiquiátrica, da Luta Antimanicomial, dos Direitos Humanos e da Economia Solidária.

Quem participa?

Nos reunimos desde janeiro de 2014, sempre abertos à participação de todos que se sensibilizam com a causa da Luta Antimanicomial.

O que fazemos?

Todas as atividades da Associação estão abertas a todos que quiserem nos conhecer.

- **Grupo de produção:** usamos a técnica de sublimação para estampar materiais, como canecas, camisetas e tecidos no geral. Somos certificados como Empreendimento de Economia Solidária.
- **Grupo de ajuda mútua:** em encontros semanais, buscamos cuidar uns dos outros através da conversa e da troca de experiências.
- **Reunião geral:** todas as quintas-feiras à tarde, quando organizamos o funcionamento da associação.
- **Controle social e participação:** Participamos do Conselho Municipal de Saúde e do Fórum de Economia Solidária de Porto Alegre

Mas não podemos parar por aí! A Associação está sempre aberta a ideias que contribuam para a construção de novas atividades!
Venha participar, trazendo suas propostas e construindo junto com a gente!

Parcerias / Apoio:





Associação Construção

Construindo ideias e atitudes na saúde mental



Participe dessa construção!

Rua Vigário José Inácio, 303, 4 andar,
Centro Histórico, Porto Alegre (RS)
Email: associacaoconstrucao@gmail.com
Facebook: Associação Construção
Telefone: (51) 3226-1190

Frente do panfleto

Resumo dos Resultados da Pesquisa:



→ Perfil

Número de entrevistados: 25

- Sexo masculino: 70%
- Sexo feminino: 30%

→ Escolaridade:

- Fundamental incompleto: 8%
- Fundamental completo: 25%
- Médio incompleto: 16,5%
- Médio completo: 30%
- Superior incompleto: 12,5%
- Superior completo: 8%

→ Estado civil:

- Casado: 13%
- Solteiro: 87% (25% estão namorando)

→ Interdição

- 25% eram interditados judicialmente.

→ Renda

- 73% recebiam alguma fonte de renda
- 27% não recebiam nada.

→ Trabalho

- 45% das pessoas entrevistadas trabalham
- 55% não trabalham.
- Destes, 70% já trabalharam.

→ Benefício:

- 60% das pessoas entrevistadas recebem algum tipo de benefício
- Dos que recebem alguma renda, 80% vem de benefício.

→ Internação:

- Já foi internado por motivos psiquiátricos?
- Sim: 74%
- Não: 26%
- Opinião sobre internações psiquiátricas:
- Opiniões "negativas": 37%
- "É tipo uma gaiola pra nós. Somos tratado como preso e robô".
- Opiniões "positivas": 37%
- "Ajuda", "É bom"
- Opiniões "meio a meio": 20%
- "Quando a pessoa faz algo muito grave se machuca, expõe os outros, usa muita droga, está revoltado com a família, é necessário. Mas tem família que quer se livrar do cara, não tem estrutura para ficar com a pessoa em casa".
- Outras/não respondeu: 6%

→ Serviços de saúde mental:

- Alguns comentários positivos:
"Os profissionais que me atenderam no decorrer dos anos me proporcionaram confiança no meu potencial e na minha reinserção no mercado de trabalho" (Consulta com psicólogo).
- "Me ajudou a sair de casa" (Oficina de geração de renda)
- Comentários negativos:
"Gosto da doutora, das amigas. Preciso dos remédios. Mas o CAPS podia ser melhor. Sou quase um internado, venho todos os dias". (CAPS)
- "Tratamento é bom, mas fica muito tempo sem fazer nada, é parecido com a prisão. A gente fala pra doutor tudo o que ele quer ouvir para poder sair". (Clínica psiquiátrica)

→ Medicação psiquiátrica

- Faz uso de medicação psiquiátrica?
- Sim: 82%
- Não: 18%
- Opinião sobre medicamentos psiquiátricos
- "Acho necessário em alguns casos, mas os médicos deveriam ter mais critérios antes de doparem seus pacientes".
- "Ajudam, são necessários, mas atrapalham um pouco sexualmente".
- "Acho que é necessário. Foi um avanço para a psiquiatria. O paciente pode ficar estável e ter uma vida praticamente normal se fizer uso da medicação"

→ Diagnóstico:

- Já recebeu algum diagnóstico psiquiátrico?
- Sim: 85%
- Não: 15%
- O que você acha do diagnóstico?
- Concorda / está correto / está certo: 65%
- É horrível / é estranho / assustador / demorou para aceitar: 25%
- Não respondeu: 12%
- Não sabe / acha que depende do médico: 8%
- Acha que estava certo antes, mas agora deveria ter mudado: 4%

→ Se considera usuário ou paciente?

- Usuário: 40%
- Paciente: 13%
- Os dois: 47%
- Qual a diferença?
- 32% relaciona o termo "usuário" aos serviços de saúde mental e o termo "paciente" ao médico, psicólogo, psiquiatra ou hospital.
- O mesmo número, 32% acha que os dois termos são a mesma coisa, não tem diferença
- Para 22% o termo "paciente" está relacionado com passividade, dependência, necessidade (precisar do tratamento), e o termo "usuário" associado a liberdade, ter voz, poder escolher, ser ativo.



→ Luta Antimanicomial:

- Como se posiciona em relação à luta?
- A favor: 72%
- "É uma forma de ação que busca garantir ou conquistar respeito, cidadania e reconhecimento dos nossos direitos. Sou totalmente favorável à luta antimanicomial pois tudo que segrega, estigmatiza, denota doença social e esta luta vai justamente contra estas doenças sociais".
- Contra: 5%
- "Sou contra, sou a favor de hospitais gerais".
- Não sabe / está formando opinião: 16%
- Outras respostas: 11%

→ Associação:

- Consideras importante a existência de uma associação constituída por usuários da saúde mental?
- Sim: 100%
- Quais deveriam ser os objetivos de uma associação de usuários?
- Lutar por direitos/políticas públicas/ acesso à saúde: 30%
- Promover atividades de suporte direto: 30%
- Promover geração de renda e inclusão social: 30%
- Outras: 30%

A pesquisa completa com nossos comentários pode ser acessada através do Facebook da Associação Construção.

Verso do panfleto