



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS

MARCOS ROBERTO PAIXÃO SANTOS

JUNTOS NA LUTA:

A TRAJETÓRIA DE UMA ASSOCIAÇÃO DE USUÁRIOS E FAMILIARES DOS
SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL NA CIDADE DE SALVADOR, BAHIA

Salvador

2012

MARCOS ROBERTO PAIXÃO SANTOS

JUNTOS NA LUTA:

A TRAJETÓRIA DE UMA ASSOCIAÇÃO DE USUÁRIOS E FAMILIARES DOS
SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL NA CIDADE DE SALVADOR, BAHIA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em
Ciências Sociais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas,
Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para a
obtenção do grau de Mestre em Ciências Sociais.

Orientador: Prof. Dr. Paulo César Borges Alves

Salvador

2012

S237 Santos, Marcos Roberto Paixão
Juntos na Luta: a trajetória de uma associação de usuários e familiares dos serviços de saúde mental na cidade de Salvador, Bahia / Marcos Roberto Paixão Santos. – Salvador, 2012.
112 f.

Orientador: Prof. Dr. Paulo César Borges Alves.
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal da Bahia,
Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, 2012.

1. Psiquiatria social – Salvador (BA). 2. Doentes mentais – Aspectos sociais. 3. Saúde mental. I. Alves, Paulo César Borges. II. Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. III. Título.

CDD – 362.2042

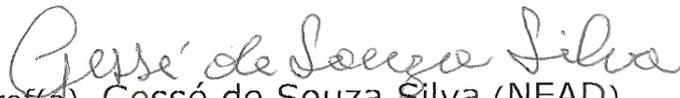
MARCOS ROBERTO PAIXÃO SANTOS

**JUNTOS NA LUTA: A TRAJETÓRIA DE UMA ASSOCIAÇÃO DE
USUÁRIOS E FAMILIARES DOS SERVIÇOS DE SAÚDE
MENTAL NA CIDADE DE SALVADOR, BAHIA**

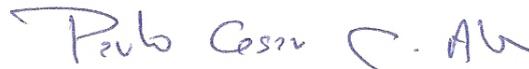
Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal da Bahia como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Ciências Sociais e, aprovada em dezesseis de abril de dois mil e doze, pela Comissão formada pelos professores:



Prof(a). Mônica de Oliveira Nunes (UFBA)
Doutora em Antropologia pela Université de Montreal



Prof(a). Gessé de Souza Silva (NEAD)
Doutor em Ciências Sociais pela Universidade Federal da Bahia



Prof(a). Paulo Cesar Borges Alves (UFBA)
Doutor em Social and Environmental Studies Sociology pela University of Liverpool

AGRADECIMENTOS

A todos os membros da AMEA. Esta dissertação não teria sido possível sem o pleno apoio, confiança e carinho de vocês.

Ao professor e orientador Paulo César B. Alves pela interlocução e por ter apostado na proposta.

Às pessoas que conheci no percurso e que contribuíram para este trabalho. Agradeço a Sheila Lima, Fernanda Vidal, Alba Borges, Gabriela Evangelista, Felipe Lobo, Renan Vieira, Catarina Sakai, Monize Silva, Ludmila Correia, Jamili Calixto e Estélio Gomberg.

A todos os colegas que passaram ou estão no Núcleo Interdisciplinar de Saúde Mental (NISAM). Um abraço especial para Mônica Nunes por ter enriquecido meu aprendizado e pela inestimável amizade.

Aos membros do antigo Núcleo de Estudantes Negras e Negros da UFBA (NENU), lugar onde obtive formação ética e política. Aquele abraço para Marcelo, Jairo, Rosana, Anderson (hoje, colega de mestrado), Dema, Frank, Gil, Trícia, Jamile, Leão, Gilvan, João, Taneska, Cris, Lu, Marlos, Kleyson, Itamar, Ari, Jorge X, Denize, Alison, Viviane, Lucinete, Quel, Zapata, Lio e tantos outros.

Aos colegas de bairro que, longe das questões acadêmicas, dão esteio ao meu trabalho e fortalecem o meu interesse pelas coisas da vida cotidiana.

Às mulheres da minha vida. Dona Márcia (minha mãe) e Elisia (minha noiva) pelo amor e tolerância dedicados nos meus momentos de isolamento e chatices típicas dos períodos em que me dedico a algo com afinco.

Ao meu pai, Roberto, pelo exemplo.

A experiência da escassez é a ponte entre o cotidiano vivido e o mundo. Por isso, constitui um instrumento primordial na percepção da situação de cada um e uma possibilidade de conhecimento e de tomada de consciência

Milton Santos

RESUMO

Esta dissertação resulta de um estudo qualitativo que teve por objetivo compreender como se configura a identidade de uma associação de indivíduos em situação de sofrimento mental num contexto de Reforma Psiquiátrica Brasileira e de Luta Antimanicomial. A pesquisa de campo, realizada entre agosto de 2010 e maio de 2011, esteve ancorada no acompanhamento do cotidiano desta associação. Neste percurso, além do uso das técnicas etnográficas de coleta de dados, foram realizadas entrevistas individuais semiestruturadas e um grupo focal. Reconstruímos e interpretamos o itinerário da associação a partir de três dimensões analíticas imbricadas entre si: a **experiência** de um membro (o processo que leva a construção da “carreira de doente mental” e os momentos em que passam a ocorrer “situações de quebra” levando o indivíduo a se organizar em grupo; o **grupo-para-sí** (o lugar onde as biografias são metabolizadas na experiência cotidiana do grupo, sendo um espaço de intersubjetividade, aprendizagem e mobilização, ao mesmo tempo em que atualizam os aspectos éticos, epistemológicos e políticos da Reforma e da Luta; o **grupo-com-os-outros** (a experiência de se constituir como objeto do olhar de outros atores presentes no referido campo). A termo, percebemos como mais do que uma associação formal, este coletivo de indivíduos se constitui como um grupo que tem por identidade de ação a superação das instituições, práticas e mentalidades manicomiais. Na efetivação desta ação, papéis e identidades são redefinidos, remetendo-nos às aporias da identidade deste novo (velho) sujeito.

Palavras-Chave: Reforma Psiquiátrica Brasileira; Luta Antimanicomial; Saúde Mental; Movimento de Usuários; Identidade.

ABSTRACT

This dissertation results from a qualitative study that aims to conceptualize the configuration of identity, specifically of an association of individuals in a state of mental distress in the context of the Brazilian Psychiatric Reform and the Anti-Asylum Fight. Fieldwork was conducted between August 2010 and May 2011 and was anchored in daily monitoring of this association. Beyond the use of ethnographic techniques for data collection, semi-structured interviews were collected with both individuals and a focus group. We reconstructed and interpreted the itinerary of the association from three interrelated analytical dimensions: the **experience** of one member (a process that leads to the construction of the "mental patient career" and moments of "situations of breach" leading individuals to organize themselves in groups; **group-to-self** (the place where biographies are metabolized in the everyday experience of the group, a space of intersubjectivity, learning, and mobilization, at the same time updating the ethics, epistemologies, and politics of the Reform and Fight; and the **group-with-others** (the experience of constructing the objective gaze of other actors present in the field.) This term we perceive as more than a formal association; the collective of individuals is constituted as a group that has an identity based in action attempting to overcome anti-asylum institutions, practices, and attitudes. Through the realization of this action, identities and roles are redefined, alerting us to the perplexities of the new (old) subject identity

Keywords: Brazilian Psychiatric Reform; Anti-Asylum Fight; Mental Health; User Movement; Identity.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA: SEUS ASPECTOS POLÍTICOS, EPISTEMOLÓGICOS E ÉTICOS	16
2.1	EXPLICITANDO PRESSUPOSTOS.....	16
2.2	DO QUE SE INSTITUCIONALIZOU: DOENÇA MENTAL, MEDICALIZAÇÃO E TUTELA.....	19
2.3	DESINSTITUCIONALIZAÇÃO.....	24
2.4	AS ASSOCIAÇÕES DE USUÁRIOS DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL NO BRASIL.....	30
3	DISCUSSÃO TEÓRICO-METODOLÓGICA	34
3.1	DISCUSSÃO TEÓRICA.....	34
3.1.1	Abordagens sociológicas e antropológicas de temas relacionados à medicina	34
3.1.2	Abordagens interacionistas	37
3.1.3	A noção de experiência e grupo nas abordagens fenomenológicas e existencialistas	40
3.2	(RE)CONSTRUINDO O CAMPO.....	44
3.2.1	A atenção à saúde mental em Salvador, no momento da pesquisa	44
3.2.2	A associação: precedentes e formação	46
3.2.3	A associação e seus atores	48
3.2.3.1	<i>Membros</i>	48
3.2.3.2	<i>Não-membros</i>	50
3.2.3.3	<i>Parceiros</i>	52
3.2.4	UMA PERSPECTIVA INTERPRETATIVA: O GRUPO E SUAS MIMESSES	53
4	A AMEA: PARA-SÍ E COM-OS-OUTROS	57

4.1	CONFIGURANDO O GRUPO.....	57
4.1.1	Agenciamento e formação	57
4.1.2	E quando não dá para fazer só, quem ajuda? A presença dos assessores	61
4.2	A LUTA NA PRÁTICA: O GRUPO-PARA-SÍ.....	63
4.2.1	O grupo como lugar de reconhecimento	64
4.2.2	A crise como um elemento (des)estabilizador	67
4.2.3	Aprendizado e consciência	71
4.2.4	A AMEA para seus membros	73
4.3	A AMEA REFIGURADA: O GRUPO-COM-OS-OUTROS.....	75
4.3.1	Dialética da suspeição: autonomia e tutela	76
5	A EXPERIÊNCIA	79
5.1	ITINERÁRIOS DE UM ÀBIKU: O QUE MUDA NO ITINERÁRIO DO SUJEITO QUE PARTICIPA DA LUTA.....	79
5.1.1	Figura pública	79
5.1.2	A carreira da doença mental	81
5.1.3	A luta pela saúde mental	84
5.1.4	Mobilização e vida pessoal: as aporias da identidade	88
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	94
	REFERÊNCIAS	100
	ANEXOS	110

1 INTRODUÇÃO

Se tomarmos os estudos transculturais do professor Rubim de Pinho – que datam de 1960 – como marco na produção acadêmica que aborda temas relacionados a dinâmicas sociais e à saúde mental no Brasil, constatamos, a partir daí, uma vasta contribuição que envereda por diversas áreas da ciência, como os estudos epidemiológicos, psicopatológicos, a psiquiatria transcultural, as abordagens interacionistas e fenomenológicas, consolidando uma ampla tradição brasileira de estudos consagrados a esse campo.

No panorama nacional, as pesquisas em saúde mental têm crescido ainda mais nas últimas décadas, dado a um conjunto de transformações ocorridas nesse campo, sobretudo no que diz respeito à reorientação do modelo de assistência prestado às pessoas em situação de sofrimento mental. Como marco histórico dessa reorientação, basta lembrar que, em 2011, completaram-se dez anos da Lei 10.216/01 (também conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica), que preconiza alterações no modelo de assistência prestado às pessoas “acometidas de transtorno mental”.

Como eixo estruturante no texto da “Lei da Reforma”, o Estado se compromete em desenvolver uma política de saúde mental que objetive garantir o acesso “ao melhor tratamento do sistema de saúde”, além da institucionalização de uma série de direitos relacionados à pessoa “portadora de transtornos mentais”. Impondo limitações ao procedimento de internação, a Lei da Reforma também se volta para um conjunto de debates políticos, epistemológicos e éticos fomentados no Brasil e no mundo. Nesse sentido, seu texto é uma espécie de efeito centrípeto desse processo histórico.

Refletidos no debate sobre o modelo de assistência, em torno da Lei 10.216/01 articulam-se dois grandes eixos de perspectivas políticas, epistemológicas e éticas, que retomam nesse momento apenas de maneira tópica. De um lado, temos a pauta sobre a necessidade em se requalificar as estruturas das instituições psiquiátricas, humanizando-as e tornando-as eficientes quanto à assistência prestada. De outro, temos a demanda pela criação de modelos substitutivos voltados para um cuidado territorial que compreenda a inserção dos usuários em outros espaços, para além dos serviços.

Como parte integrante dessas perspectivas – e um potente tema de reflexão para as ciências sociais – há a projeção, na cena social, de um conjunto de atores que não são os profissionais ligados à área de saúde mental. Trata-se da mobilização – no sentido amplo do termo – de pessoas que são alvo das propostas de cuidado, os chamados “usuários” (e seus familiares) dos serviços de atenção à saúde mental. Na pauta desses atores, além de

reivindicações em relação à política de saúde mental e ações que buscam o empoderamento (VASCONCELOS, 2003), também figuram pleitos que colocam em discussão o “novo lugar social” requerido para a pessoa em situação de sofrimento mental.

Talvez pela própria polarização gerada em torno dessas perspectivas de Reforma – sobretudo a “novidade” que os modelos substitutivos ainda representam – boa parte da produção acadêmica brasileira no campo da saúde mental ainda tem como *loci* de análise questões sobre planejamento, organização e avaliação dos serviços de atenção à saúde mental substitutivos. Esses estudos têm se concentrado fundamentalmente em revistas, periódicos e pós-graduações que congregam pesquisadores formados na área da saúde ou com área de concentração afim com esse campo.

Como uma das resultantes desse estado de coisas, os estudos de caráter sócio-antropológico em saúde que dialoguem com o conjunto de questões até aqui apresentadas ainda são diminutos. Tendo como referência as ciências sociais, constataremos que os esforços de produção nesse certame têm sido ainda menores – como pude verificar em levantamento bibliográfico feito em banco de dados da CAPES e nas principais bases de dados dos periódicos científicos brasileiros que interseccionam as ciências sociais e saúde. Decerto, isso não se dá sem um potencial prejuízo no entendimento do processo em curso.

Em tempos em que a quantificação é imperativa na agenda das políticas públicas, penso que os processos qualitativos apreendidos na vivência prática dos sujeitos que são público alvo de tais políticas podem acenar com elementos para a compreensão, tanto de aspectos estruturais contidos nessas políticas, como na tematização de questões não aventadas pelo planejamento governamental, o terceiro setor e os movimentos sociais. É para uma dimensão bem particular dessa transição que chamo a atenção nesse trabalho.

O problema que originou esta pesquisa foi o interesse em saber como se produzem as identidades sociais de indivíduos em situação de sofrimento mental, fora dos serviços de atenção à saúde mental. Parto do entendimento de que o processo engendrado pela Reforma Psiquiátrica Brasileira cria um contexto em que é possível ao sujeito em situação de sofrimento mental articular novas formas de significar sua experiência. Se, como afirma Amarante (2007, p.88) “[...], o modelo psiquiátrico e asilar que os oprimiu reduziu-lhes as expectativas, obstruiu-lhes os projetos de vida, achatou-lhes as expressões e sentimentos”, a gradual cisão desse modelo parece despontar como um incremento na (re)descoberta do ser louco, significada não mais (ou apenas) pela negatividade, mas pela incorporação de outras possibilidades de ser, como a luta pela criação e efetivação de direitos. Dentre estas “outras

possibilidades de ser”, volto a atenção, neste trabalho, para a experiência de pertencer a um grupo organizado.

Com o intuito de dar cabo dessas questões, propus-me a realizar um estudo de natureza qualitativa que tem por objetivo geral compreender como se configura a identidade de uma associação de indivíduos em situação de sofrimento mental, num contexto de Reforma Psiquiátrica Brasileira e de Luta Antimanicomial.

A associação onde desenvolvi a pesquisa de campo é composta por indivíduos que têm em comum duas características: 1) São pessoas que foram diagnosticadas psiquiatricamente como indivíduos “portadores [de algum tipo] de transtorno mental”; tendo um itinerário enredado dentro da trama que elava a doença mental como paradigma, esses indivíduos desenvolveram uma “carreira” de doente mental no sentido em que Goffman atribui ao termo. 2) Pertencem a uma associação de usuários e familiares do sistema de saúde mental da Bahia, tendo, nessa formação de grupo, encontrado um novo sentido para suas vidas.

Para tratar dessas questões, defini como objetivos específicos: (a) a realização de uma etnografia da associação; (b) a compreensão de como os diferentes atores presentes na dinâmica do grupo interagem entre si; (c) a compreensão de como a participação em grupo modifica o itinerário pessoal de seus membros; (d) a análise acerca de como são refiguradas no grupo questões sobre a Reforma Psiquiátrica Brasileira e a Luta Antimanicomial.

Meu engajamento como pesquisador no campo da saúde mental antecede o presente trabalho e inicia-se com o período em que atuei como bolsista no Núcleo Interdisciplinar de Saúde Mental (NISAM), vinculado ao Instituto de Saúde Coletiva (ISC-UFBA). Durante o período de 2007 a 2009, participei da pesquisa denominada *Articulando experiências, produzindo sujeitos e incluindo cidadãos: um estudo sobre as novas formas de cuidado em saúde mental na Bahia e em Sergipe, Brasil*, que tinha como objetivos principais avaliar o sistema de atenção à saúde mental nos estados da Bahia e Sergipe tomando como referência os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), além de compreender quais são e como funcionam os recursos produzidos nos CAPS no sentido de requalificar o lugar social da pessoa em situação de sofrimento mental (NUNES, 2009).

Antes disso, meu contato com os temas correlatos à área da saúde mental era restrito a leituras de autores como Foucault e Goffman, através dos quais dirigia meu interesse para os processos de institucionalização e construção das identidades sociais. Os manicômios e a “doença mental” eram, naquela altura, uma paisagem distante, construída a partir da teoria e de narrativas dispersas que faziam deles um objeto desencarnado.

Foi como bolsista de iniciação científica que, pela primeira vez, frequentei uma instituição de assistência à saúde mental; não nos manicômios, instituições que não conheço. Naquela época, visitei um CAPS onde coletaria dados para a “pesquisa mãe”. Embora uma das indicações dessa pesquisa fosse dialogar com os usuários de tais serviços, num primeiro momento essas conversas não me pareciam muito instigantes. Foi mais levado pela inevitabilidade do trabalho do que propriamente pela motivação pessoal, que travei aquilo que seria minha primeira incursão mais encarnada no campo: o diálogo com uma usuária que, parecendo adivinhar minhas dificuldades iniciais, interpelava em inglês: “nice to meet you?”.

Esse relato, cuja retrospectiva não deixa de ter um tom anedótico, anuncia um pouco do estado inicial do sujeito que produziu esta pesquisa e que escreve este texto. Embora o deslocamento narrado ainda não tenha sido de todo superado, hoje é justamente a disposição em travar diálogos com os chamados “usuários”, não mais nas instituições em que fazem tratamento, mas fora delas, que motiva minha incursão nesse campo de estudo. É assim que chego ao movimento de “usuários”.

Conheci a Associação Metamorfose Ambulante de Usuários e Familiares do Sistema de Saúde Mental do Estado da Bahia (AMEA) por intermédio de profissionais da saúde mental e militantes da Luta Antimanicomial, que, cientes de minhas preocupações em dar cabo da problemática inicial, sugeriram a associação como um “bom espaço” para estudo. Ela era (e ainda é) uma experiência relativamente nova na Bahia, e parecia evocar muito dos desafios postos à vida dos sujeitos egressos dos manicômios. De posse dos devidos contatos telefônicos, comecei as negociações com a associação. Da primeira ligação até a primeira reunião em que entregaria o projeto de pesquisa aos membros da diretoria, foram quase dois meses. Projeto entregue e alguns dias passados, recebi uma ligação afirmando que o grupo havia anuído a minha proposta de pesquisa. Mais do que isso – e peço pela autorreferência – viram no projeto pertinência e uma oportunidade interessante para que um “olhar de fora” do universo dos terapeutas e militantes – geralmente o público que lá costumava fazer pesquisas – pudesse falar sobre alguns processos em que o grupo estava inserido.

Embora unânime, essa decisão não foi isenta de suspeição, como pude constatar em conversas posteriores. Marcado pela circulação de pesquisadores, encontrei o grupo num momento em que se encontrava um tanto quanto resabiado com a presença e com a produtividade de iniciativas similares às minhas. Talvez pela situação de nunca terem tido grandes intercursos com cientistas sociais – e pelo fato de eu nunca ter ainda frequentado uma associação daquele tipo – permitiram arriscar-se na construção de uma experiência “exótica” para aquele contexto.

Não sem certa dificuldade. Num campo em que a própria compartimentalização do conhecimento e as expectativas dos sujeitos envolvidos hora ou outra parecem demandar do pesquisador interpretações dentro de enquadramentos majoritariamente derivados do modelo biomédico, o sociólogo transita titubeante entre as aporias de teorias e métodos das ciências sociais, questões teóricas do campo “psi” e experiências subjetivas que lhe escapam. Sem dúvidas, estivemos sempre dentro do (velho e) renovado desafio antropológico acerca da relação com a alteridade.

Nesse caminhar, serviu como alento a inspiração buscada em Simmel (2006) para quem a força da Sociologia – e das ciências sociais – não está em seu objeto, difuso no plano das ciências que tratam do homem, mas sim na construção e condução do objeto de acordo com o método sociológico, o que, no caso do autor, significa um convite para que o pesquisador possa buscar em temas da vida cotidiana a inspiração para a abordagem metodológica. Nesse sentido, penso que não diferenciar a esquizofrenia de um transtorno bipolar, por exemplo, contribuiu para a transformação do deslocamento inicial que senti, em abertura instigante para a relação com a alteridade.

Felizmente, esse esforço já produziu resultados que antecedem esta dissertação. A partir da solicitação da associação quanto à necessidade de que fosse realizada alguma contrapartida a esta pesquisa, realizamos, no final do trabalho de campo, duas oficinas com o intuito de apresentar uma seleção de dados etnográficos que informavam sobre processos que fortalecem/enfraquecem o grupo, buscando estratégias que possibilitassem potencializar os primeiros e reduzir os segundos. Em tais oficinas – onde, além dos membros da associação, fizeram-se presentes outros atores que compuseram direta ou indiretamente o universo da pesquisa – nós (eu e eles) construímos algumas sínteses, de que o presente trabalho é também produto. Num espaço tão pequeno e de rostos tão conhecidos – como é o espaço da saúde mental no contexto baiano – nos expusemos (eu e o grupo) na emissão e recepção de opiniões, compartilhando pontos de vista sobre processos e reavaliando ações – eu, as da pesquisa; eles, as de atuação.

2 REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA: SEUS ASPECTOS POLÍTICOS, EPISTEMOLÓGICOS E ÉTICOS

2.1 EXPLICITANDO PRESSUPOSTOS

Processo que remonta aos últimos quarenta anos, a Reforma Psiquiátrica Brasileira tem gerado transformações na elaboração/gestão das políticas de atenção à saúde mental no âmbito da saúde pública. Como movimento sociopolítico, em seu cerne estão os esforços para criar e garantir condições que possibilitem a assistência, a ampliação dos direitos e a inclusão social de pessoas em situação de sofrimento mental, usuárias (ou não) dos serviços de atenção à saúde mental. A expressão política mais evidente desse movimento é o conjunto de atores que compõem a chamada Luta Antimanicomial, que, no Brasil, tem como marco histórico a atuação do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) na década de 70 do século passado¹.

Do ponto de vista jurídico/administrativo, essa Reforma tem como parâmetro um conjunto de Leis e Portarias Ministeriais, Leis estaduais e municipais, Programas, projetos e acordos internacionais dos quais o Estado brasileiro é signatário. Pensando esse complexo normativo, Berlinck et al. (2008) conclui que a Reforma

[...], redireciona o modelo da assistência psiquiátrica; regulamenta cuidado especial com a clientela internada por longos anos, e prevê possibilidade de punição para a internação involuntária ou desnecessária; impulsiona a desinstitucionalização de pacientes com longo tempo de permanência em hospital psiquiátrico, pela concessão de auxílio-reabilitação psicossocial e inclusão em programas extrahospitalares de atenção; inclui assistência de saúde mental para os detentos do sistema penitenciário, possibilitando o pensamento sobre um novo modo de tratar com a questão dos manicômios judiciais; dispõe sobre assistência farmacêutica na atenção psiquiátrica e assegura medicamentos básicos de saúde mental para usuários de serviços ambulatoriais públicos de saúde que disponham de atenção em saúde mental etc (BERLINCK et al. 2008, p.24).

Evidentemente, a legislação é apenas um dos prismas pelo qual a Reforma pode ser analisada, não devendo esta ser redutível àquela dimensão. Se mundialmente foram várias as reforma psiquiátricas – e mesmo movimentos que não caberiam nesse termo, como a Antipsiquiatria e a Psiquiatria Democrática (AMARANTE, 1996; ROTELLI, LEONARDIS, MAURI, 2001) – no Brasil, a Reforma também não é algo acabado nem monolítico. Como

¹ Refiro-me à Reforma Psiquiátrica Brasileira (ou apenas Reforma) e à Luta Antimanicomial (ou apenas Luta), ambas com as iniciais em letra maiúscula, para tratar do conjunto de atores e ações que compõem esse movimento sociopolítico no Brasil.

processo dialético, ela engloba distintos posicionamentos políticos, éticos e epistemológicos, orientadores de diferentes engajamentos e linhas de ação ². A Reforma também pode ser lida como um “*campo*” (BOURDIEU, 2009) onde participam um conjunto de agentes diferentemente posicionados, muitos dos quais conflitantes entre si quanto à qualificação do que se entende por Reforma Psiquiátrica e os meios pelos quais esta se faria possível ³.

Dadas essas premissas iniciais, penso ser necessário explicitar que dimensão da Reforma Psiquiátrica será aludida neste trabalho. Aqui, refiro-me sempre à Reforma Psiquiátrica Brasileira tendo em vista sua expressão antimanicomial, não apenas por ser a conotação jurídico/administrativa que majoritariamente esse movimento tem adotado, mas, sobretudo, por ser a perspectiva que informa a associação de cuja experiência falaremos. Mas, o que há de antimanicomial nessa perspectiva de Reforma, que justifique tal qualificação?

Essa questão ficará mais nítida no decorrer da discussão. Por hora, um primeiro indicativo pode ser buscado em Amarante (1994, 1996, 2007), para quem a Reforma, assim entendida, possuiria como elemento distintivo a crítica epistemológica que dirige ao saber psiquiátrico, o que marca seu sentido na direção da desinstitucionalização. É dessa crítica que advêm não só os princípios fundamentais da normatividade, mas também da *práxis* que deve municiar o cotidiano da clínica e dos movimentos organizados em torno desse processo.

Lancetti (2009) aprofunda essa perspectiva argumentando que o paradigma encetado pela Reforma deve ser estendido para além das bandeiras ideológicas. Esse paradigma preconiza uma nova concepção da clínica, ampliada pela exacerbação da complexidade e, por isso, demandante de novas práticas terapêuticas, como o *clínico no território*. Nesse sentido, a desconstrução do espaço manicomial – desconstrução material e epistêmica – sinaliza como

² Um bom indicador dessa multiplicidade nas formas de se fazer a Reforma, pode ser buscado nas práticas dos serviços substitutivos, CAPS. No Brasil, é bastante ampla a bibliografia nesse certame. Sobre isso, consultar: Alverga e Dimenstein (2005); Lancetti (2009); Nunes (2008, 2009, 2010).

³ Correndo o risco de fazer uma classificação um tanto quanto sumária, no período dessa pesquisa alguns atores presentes no campo eram: o diversificado Movimento da Luta Antimanicomial (MLA), cujas principais expressões em âmbito nacional são a Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial (RENILA) e o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA); organizações de terceiro setor com caráter corporativo como a Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME); a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP); a Federação Brasileira de Hospitais (FBH); a indústria farmacêutica; as diversas associações de usuários, familiares e profissionais. Esse campo é conflituoso, pois os agentes nem sempre pensam a Reforma da mesma maneira. Um exemplo da variedade desses posicionamentos pode ser verificado no recente pronunciamento do presidente da Associação Brasileira de Psiquiatria, quando da sua posse, em 2010 (SILVA, 2010). Outro posicionamento pode ser visto na entrevista do psiquiatra e pesquisador Gentil Valentim Filho ao programa *Roda Viva*, da TV Cultura (FILHO 2011).

apenas um dos vários caminhos a se trilhar na busca da promoção de outras identidades, não cronificadas.

No âmbito desse processo de Reforma, erige-se a noção de **saúde mental**, que guarda a dupla especificidade de ser, ao mesmo tempo, um campo de conhecimento no âmbito das políticas públicas de saúde (AMARANTE, 2007) e um marco de ruptura epistemológica frente à instituição psiquiátrica e seu construto histórico, a **doença mental**. Para Amarante,

A saúde mental não se baseia em apenas um tipo de conhecimento, a psiquiatria, e muito menos é exercida por apenas, ou fundamentalmente, um profissional, o psiquiatra. Quando nos referimos à saúde mental, ampliamos o espectro dos conhecimentos envolvidos, de uma forma tão polissêmica que encontramos dificuldades de delimitar suas fronteiras, de saber onde começam ou terminam seus limites (AMARANTE, 2007, p.15-16).

Apesar das dificuldades na delimitação das fronteiras, é possível afirmar que o trabalho em saúde mental tem como horizonte: (a) distar dos princípios de categorização que prescrevem um tipo de comportamento tido com saudável em contraposição a um comportamento doente; (b) distar da compreensão estritamente biologizante da doença e da lógica linear do paradigma clínico do problema-solução, sintetizado no dualismo causa/cura (AMARANTE, 2007; ROTELLI et al, 2001). A saúde mental comporta a polissemia e a ideia de cuidado, somando esforços para que a experiência de sofrimento possa ser compreendida em sua complexidade; daí ela não ser apenas “psi” (psiquiátrico, psicológico ou psicanalítico), mas **psicossocial** (LANCETTI, 2009).

Mas quem é sujeito da experiência que se quer compreender em sua complexidade? “Alienado mental”, “doente mental”, “paciente”, “portador de transtorno mental”, “usuário”, “pessoa em situação de sofrimento psíquico” etc. São vários os termos com os quais pesquisadores e terapeutas vêm se referindo às pessoas internadas ou egressas de hospitais psiquiátricos, ou alas psiquiátricas de hospitais gerais. Esse gradiente, que por si só careceria de uma genealogia, não se reduz a meras nomenclaturas; compõe campos semânticos e está carregado de sentido epistêmico e político que ligam sujeitos a determinados tipos de interpretações – e, no mais grave dos casos, molduram-nos em grades de explicação.

Desses termos, os mais em voga na fala dos movimentos sociais e no cotidiano dos serviços, são, decerto, “portadores de transtornos mentais” e “usuários”. No decorrer deste trabalho, pude entender como tais termos são duplamente problemáticos: enquanto o primeiro termo (utilizado pela legislação brasileira) se refere ao **estado da pessoa** em relação a uma noção de saúde/doença – dando a entender que essa pessoa carrega consigo um “fardo”, para utilizar uma expressão de Amarante (2007, p.68) – o termo “usuário”, como consta nas Leis

nº 8.080/90 ⁴ e nº 8.142/90 ⁵ do Sistema Único de Saúde (SUS), remete a uma **situação** em que o **indivíduo que usa** se inscreve como pessoa no gozo de direitos e deveres sociais e civis.

Além do sentido acima, usuário também é um termo polissêmico em seu uso ordinário, pois, ao mesmo tempo em que é evocado pelos indivíduos para agregá-los em torno de pautas como a melhoria dos serviços e a reivindicação de outros direitos, vincula-os (existencial e politicamente) excessivamente ao contexto do serviço de saúde, não sendo raras as vezes em que uma pessoa pode ser descrita como “fulano é usuário de tal serviço” ou apenas “usuário”, mesmo quando aquele a quem essa denominação se refere está em outros espaços, que não os dos serviços. Além disso, por estar comumente vinculado ao estigma imprimido sobre a imagem do usuário de drogas, o termo também pode ser rejeitado por indivíduos que o consideram pejorativo ⁶.

Não fujo a essa polissemia, que surgirá no decorrer das questões trazidas. Opto, no entanto, pela adoção do termo usuário nos momentos em que ele implicar apenas na condição do sujeito usuário de um serviço específico (VASCONCELOS, 2004). Para referir ao processo existencial da vivência com a aflição psíquica – chamada pela biomedicina doença ou transtorno mental – opto pela noção de pessoa em situação de sofrimento mental. Estou ciente do caráter redutor dessa opção, pois, como afirma Dalmolin (2006),

[...], o sofrimento envolve uma experiência que ocorre na existência da vida, não ficando circunscrito apenas ao corpo ou ao psiquismo, nem ao momento da fase aguda, quando a manifestação de uma série de sintomas se faz presente. O sofrimento está envolvido com os demais aspectos da vida, com os sistemas simbólicos, a significação para o sujeito que vive o contexto onde vive; a sua relação com o trabalho, com os direitos de cidadão, com a inclusão e a exclusão (DALMOLIN, 2006, p.65).

Além disso, o sofrimento também remete ao seu revés, ou seja, à esperança de lidar com as possibilidades, tecer um itinerário fazendo “leituras” sobre a vida. Existir! Talvez por isso, em seus últimos escritos, Franco Basaglia, um dos intelectuais atuantes na Reforma Italiana, manifestasse o interesse de que a luta pela reforma pudesse ser contada, não pela alusão aos seus aparatos normativos, mas “pela história das vidas que foram reinventadas, reconstruídas,

⁴ Que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes.

⁵ Que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

⁶ Para mais referências sobre a polissemia e os usos políticos do termo “usuário” em outros contextos como o do Reino Unido e dos Estados Unidos, consultar Vasconcelos (2003, p. 286). Soalheiro (2003), também aborda essa questão em seus estudos.

redescobertas a partir desse processo de transformação” (AMARANTE, 2007, p.58). Não deixa de ser esse um dos horizontes que fundamentam meu trabalho. Contudo, como é comum em debates acalorados, não é estranho a esse campo a dinâmica na qual algumas noções, de tão usadas, tornam-se ocas, imprecisas em seu uso. Reclamam por historicização.

Movido por esse objetivo retomo, a partir daqui, algumas noções que compõem a Reforma Psiquiátrica Brasileira. Dentre elas, darei maior ênfase à moderna construção do conceito de doença mental e às implicações que este construto legou à interseção entre loucura e cidadania. Em seguida, passo à discussão da desinstitucionalização e de sua apropriação pelo movimento antimanicomial no Brasil. Finalizo, problematizando parte do lugar ocupado pelo movimento de “usuários” no conjunto da Reforma.

2.2 DO QUE SE INSTITUCIONALIZOU: DOENÇA MENTAL, MEDICALIZAÇÃO E TUTELA

É amplamente conhecida a história de que a psiquiatria nasce com a Revolução Francesa (no final do século XVII), momento em que a loucura é apropriada conceitualmente pelo discurso médico, transformando-se em alienação mental ⁷ (AMARANTE, 1996. FOUCAULT, 1989). Naquela formação social, o hospital deixa de ser o local do exercício da caridade para com os desafortunados, metamorfoseando-se em um dos dispositivos que comporiam a máquina administrativa do Estado nacional. É quando ocorre o processo de medicalização da loucura, ao qual se refere Foucault, em *História da Loucura*. Foge ao interesse deste trabalho pormenorizar essa metamorfose, tão bem abordada pelo próprio Foucault (1989) e Castel (1978). Focarei, sim, naquilo que ela imprimiu de mais duradouro na constituição moderna do saber acadêmico e no imaginário social, ou seja, a loucura apropriada pela medicina como doença mental.

Autores como Foucault (1989), Szasz (1974, 1976), Castel (1978) e Rotelli (1994) parecem corroborar com a análise de que o uso da doença mental como conceito operativo é impreciso e excessivamente abrangente, sendo aplicado durante a história a uma gama ampla de situações, quase sempre manejadas em favor de quem tem poder para fazer essa

⁷ É importante ressaltar que, do ponto de vista histórico, os conceitos de alienação e doença mental não são coincidentes. O conceito de alienação mental surge com Philippe Pinel no final do século XVIII e tem sentido amplo, remetendo àqueles indivíduos que agem de forma não condizente com a “normalidade” (AMARANTE, 2007). Alhures, Szasz (1976) compreende que, embora o sentido dado à noção de doença mental tenha aparecido em diversos momentos históricos, é a partir de meados do século XIX que ela passa a se constituir como tal. É quando teria sido alterado o critério de identificação das doenças. Pensando a doença mental como uma alteração da **função** corporal – e não da estrutura corporal, como seriam as doenças físicas – a psiquiatria funda toda uma nosografia, calcada numa nova sintomatologia da qual o doente mental seria portador (SZASZ, 1976).

categorização eficaz. Desse modo, a doença mental serviria para conformar diferentes sabores políticos, estando seu uso geralmente posicionado do lado da ordem.

Sobre a utilidade desse conceito, Szasz (1974) radicaliza a perspectiva que erige a doença mental ao campo dos construtos históricos. Para ele, a doença mental seria um mito que existiria numa relação (desigual) alicerçada pelo suposto de que aquele que a apreende (o médico) ocupa um lugar epistemológico distinto daquele a quem o diagnóstico se refere (o “doente”), afinal, é vetado ao doente mental o direito de interferir no diagnóstico a ele imputado.

Penso que a tese de Szasz é pungente, mas abre mais espaços para dúvidas do que para a compreensão das questões que evoca, daí ser relevante o questionamento de Castel acerca de uma dessas lacunas. Dizer que a doença mental é um mito não elucida muito sobre o porquê de sua validade e permanência durante a história. Por que a doença mental é algo que deu certo? O que dá à psiquiatria tal poder? Uma primeira resposta a estas perguntas encontramos no próprio Castel.

Analisando o contexto Francês pós-revolução burguesa, Castel argumentará que a validade da doença mental – e das instituições criadas em seu entorno – não se restringe a uma virada na nosologia médica. Além da “atribuição do status de doente ao louco” (distinguindo-o dos demais “desviantes”), há também um “contexto político” (marcado por uma ruptura do equilíbrio de poderes no Antigo Regime), o “surgimento de novos agentes” (a justiça, e os administradores locais) e a “constituição de uma estrutura institucional” (os hospitais), que seriam os *loci* privilegiados para o exercício dessa nova medicina (CASTEL, 1978, p.10-11).

Voltando à lacuna deixada por Szasz, o “mito” da doença mental teria dado certo, pois esteve: (a) informado pela medicina, cujo *status* na sociedade ocidental fará do médico não apenas um perito, mas alguém que exerce um poder decisório; (b) porque, referidas à loucura, as decisões que advêm do médico são sempre interseccionadas por outros sistemas de poder. Assim,

A negociação, cujo resultado é o destino social do doente, não ocorre entre o perito e os que “colocam problema”, mas entre o perito e outros peritos ou outros responsáveis que têm mandato (e poder) para “resolver o problema”. É sempre uma questão de equilíbrio, de intercâmbio, de concorrência entre representantes de aparelhos: da justiça, da administração, da polícia... (CASTEL, 1978, p.145).

Como ciência que reivindica para si o lugar de força centrípeta no diagnóstico e gestão da doença (e do doente) mental, a Psiquiatria é erigida a grande operadora dessa complexa teia (ROTELLI et al. 2001). Em seu bojo, clínica e terapia são estritamente entendidas como

um sistema organizado de teorias, normas e prestações que ligam o diagnóstico ao prognóstico, ou seja, a racionalidade linear do problema-solução (causa/cura) que remonta a um modelo derivado das ciências naturais. Nessa perspectiva,

O manicômio efetivamente se constitui sobretudo como local de descarga e de ocultamento de tudo aquilo que, como sofrimento, miséria ou distúrbio social, resulta incoerente frente aos códigos de interpretação e de intervenção (de problema-solução) das instituições que fazem fronteira com a Psiquiatria, ou seja, a medicina, a justiça e a assistência. [...] Neste sentido a Psiquiatria revela ser uma instituição que mais do que qualquer outra coisa administra aquilo que sobra, isto é, uma instituição, residual ela mesma, que detém, em relação ao sistema institucional em sua totalidade, um poder tanto vicário quanto insubstituível (ROTELLI et al. 2001, p.26-27).

Retroalimentada em práticas concretas, instituídas e instituintes, a doença mental adquire historicidade, deslizando sempre em função da contraface não menos política que institui parâmetros de comportamentos tidos como socialmente normais. Em torno da doença mental, constrói-se uma epistemologia que resguarda para o “doente” uma condição ontológica, como o estatuto da periculosidade e da desrazão (CASTEL, 1978). Como não é dada ao louco a condição da dialogicidade, essa epistemologia oculta o caráter relacional e político do construto, fazendo do louco um anormal, um “desviante”⁸ (SZASZ, 1976).

Antony Giddens (2002) enfatiza que a modernidade – berço da psiquiatria – será o momento em que surgem e ganham preponderância as formas técnicas de especialização calcadas na construção de sistemas abstratos de conhecimento. Como parte do mesmo processo, o conhecimento especializado – como também ratifica Freidson (2009) – adentra cada vez mais em espaços da vida cotidiana, que passa a ser reflexiva em relação a conhecimentos que lhe são esotéricos. Giddens arremata:

A preservação dos aspectos esotéricos do conhecimento especializado, particularmente onde esse elemento está separado das “artes e ofícios”, é provavelmente a principal base do status diferenciado alcançado pelos especialistas. Os aspectos esotéricos da especialização nos sistemas modernos têm pouco ou nada a ver com sua infalibilidade. Mas dependem de um longo treinamento... A especialização é na realidade a chave para o caráter dos sistemas abstratos modernos (GIDDENS, 2002, p.35).

Selada num saber que se quer esotérico, a psiquiatria exerceria a gestão da loucura tendo como técnica mais contundente a medicalização, que reduz o louco à condição de objeto sobre o qual se exerce a tutela. Como numa sentença lógica, se a existência do doente

⁸ Essa construção social que essencializa a existência do desvio – e por sua vez, cria o desviante – seria analisada por Becker (2008) com referência a outro objeto. Lembra o autor que, sob o auspício do rótulo, justificam-se a sedimentação de papéis sociais e formas de tratamento/controle social, criando um conjunto de relações com as quais os indivíduos rotulados terão que aprender a lidar. Dentre essas relações, estariam grupos e dispositivos institucionais que enredam as regras cuja inflação será considerada desvio.

mental vai de encontro ao suposto básico da sociedade contratual – o predomínio da razão – ferindo a condição para o gozo do estatuto de cidadão, **então** caberia aos operadores técnicos (médicos, administradores, juízes etc.) criar interdições para a circulação do louco na esfera da *pólis* (BEZERRA Jr. 1992). O manicômio, então, opera a síntese da doença institucionalizada. Nele, desenvolvem-se um conjunto de aparatos técnicos, administrativos e legais que informariam por muito tempo o trato com a “doença” e com o “doente mental”. Mais do que isso: o manicômio cria um território, um *topos* que retroalimenta a geografia imaginária onde um espaço é indexado à identidade do sujeito, adjetivando sua experiência presente e futura (GOFFMAN, 1975, 2008).

Num sentido mais amplo, Goffman chamou de “instituição total” os locais onde “[...] indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada” (GOFFMAN, 2008, p.11). Embora caibam na análise do sociólogo, não apenas os manicômios, mas outros arranjos institucionais como prisões e conventos, seu trabalho fornece um modelo arquetípico para a compreensão dos processos de institucionalização imputados aos internos nessa forma específica de asilamento. Assim, lembra Goffman, o interno tem seu ser moldado pelo tratamento moral, a neutralização política, a mortificação do eu e a sedimentação do estigma.

Voltando ao caso específico da loucura, Castel arremata:

Se o que importa é menos a qualidade do delírio do que o que ele manifesta como falta, a ação contínua das disciplinas gerais, horários fixos, trabalhos rotinizados, divertimentos regularizados, pode substituir, sem muito dano, o face-a-face terapêutico. Portanto, não é surpreendente se quase não se pensa na loucura “em si mesma” em toda essa literatura psiquiátrica. Nenhuma preocupação em explorar a subjetividade do doente por ela própria, nenhuma interrogação sobre a legitimidade do monopólio que a razão exerce sobre a loucura, nem o menor escrúpulo em impor uma relação unilateral de poder sobre o paciente. O que conta é apenas o aparelho, já que somente ele – o médico nada mais é do que a viga mestre dessa máquina – vale como estrutura objetiva racional que para anular uma desordem que nada mais é do que uma carência de ser (CASTEL, 1978, p.115).

O “doente” medicalizado terá diminuída sua participação no gozo dos direitos. Lembremos que numa das matrizes da moderna filosofia ocidental, o sujeito, a quem John Locke chamará indivíduo, nasce **livre e racional**. Assim, o próprio advento da cidadania burguesa traz como sua contraface a definição do não-cidadão como aquele que não apresenta conformidade ao contrato social vigente (LOCKE, 1994). Porque o louco não exprime a condição do autogoverno, da autodeterminação pessoal e de redutibilidade ao contrato social burguês, ele passa a figurar no âmbito das preocupações do Estado, sendo, pois, objeto de intervenção. Seu corpo prescinde de docilização e sua circulação pelo território deve ser

modulada. Não precisamos ir muito além para compreender por que a loucura representaria, nessa perspectiva, uma ameaça de disrupção da ordem, e por que, em torno dela, formam-se arranjos coercitivos – seja sob o pretexto de medida curativa ou preventiva.

Não podendo participar de intercâmbios racionais, o louco ficaria isento de responsabilidades sociais e do poder de autodeterminação; também estaria desprovido da qualidade de cidadão, tendo impedida (ou circunscrita) sua circulação na esfera pública. Todo esse processo nos faz concluir que a doença mental teria dado certo pela capacidade de erigir e agregar instituições, saberes e práticas em seu entrono, e, sobretudo, por ter legado à contemporaneidade o que há de mais duradouro nas práticas e no imaginário social que informam a relação com os loucos e com a loucura. Não seria o louco, ainda hoje, alguém cuja existência se busca neutralizar? Se, em todo esse processo, construíram-se aparatos institucionais, a ruptura com esse estado de coisas demandaria uma alteração profunda nas relações que o deram origem. Essa seria uma das premissas fundamentadoras das questões que passo a analisar.

2.3 DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

A Reforma Italiana realizada em Trieste e Gorizia, da qual o processo brasileiro é, em grande parte, tributário, tinha como intuito promover a ruptura política e epistemológica frente às instituições legadas da psiquiatria, concretizando a experiência de cidades sem manicômios e afirmando um processo de desconstrução que ficaria conhecido como desinstitucionalização (AMARANTE, 1996; ROTELLI, 1994; DELGADO, 1991).

Já que o problema central da Psiquiatria estava na separação dum “objeto fictício, a ‘doença’, da existência global complexa e concreta dos pacientes e do corpo social” (ROTELLI et al. 2001, p.27-28), fazia-se necessário cindir as premissas que teriam alicerçado a composição de aparatos científicos, legislativos e administrativos referidos ao louco. Segundo esses autores, a luta pela desinstitucionalização seria um processo que tomaria como características, três aspectos:

- a) A construção de uma nova política de saúde mental a partir da base e do interior das estruturas institucionais através da mobilização e participação, também conflitiva, de todos os atores interessados;
- b) A centralização do trabalho terapêutico no projeto de enriquecer a existência global, complexa e concreta dos pacientes, de tal forma que eles, mais ou menos, “doentes”, sejam sujeitos ativos e não objetos na relação com a instituição. A palavra de ordem é: do manicômio, lugar zero dos intercâmbios sociais, à multiplicidade extrema das relações sociais;

c) A construção de estruturas externas que são totalmente substitutivas da internação no manicômio, exatamente porque nascem do interior de sua decomposição e do uso e transformação dos recursos materiais e humanos que estavam ali depositadas – grifo dos autores. (ROTELLI et al. 2001, p.36).

Vimos acima como Foucault e Szasz já haviam se esforçado em mostrar que a medicalização da loucura teria patologizado a ordem social, fazendo emergir para esse plano um novo sujeito, o doente mental. Operar a desinstitucionalização passaria pelo movimento de colocar entre parênteses esse construto, não como forma de negar a existência do doente, mas como uma virada epistemológica e política fincada na contraposição frente à positividade do saber psiquiátrico, tutelador do sujeito que em seu seio é diminuído ao rótulo (ROTELLI, 1994; AMARANTE, 1996, p.92). Nesse âmbito, práticas como a terapia deixam de ser a expressão da busca racional da cura. Como sequência, a loucura não mais deveria se constituir como o problema diante do qual se busca dar uma solução (ROTELLI et al. 2001).

Por lidar com construtos que fincaram raízes nas instituições e no imaginário social, a desinstitucionalização não pode ser reduzida a um movimento para dentro do campo estritamente médico (AMARANTE, 1996, 2007; DELGADO, 1991). Desinstitucionalizar também não significa a recusa de todo tipo de instituições. Na perspectiva desses autores, desinstitucionalizar implica necessariamente um olhar para o território, por isso o processo engendrado por esse movimento prático/teórico não se desvencilha da busca pela incorporação de diversos atores sociais em numa nova postura ético/política (AMARANTE, 1996, p.86).

Aqui se afirma um dos grandes desafios à desinstitucionalização. Se boa parte de nossa interação na vida cotidiana se dá por meio de tipificações (BERGER, LUCKMANN, 2008; SCHUTZ, 1979), não seria estranho afirmar que, quando referidas ao louco, atualizamos no cotidiano o legado construído por séculos de manicomialização. São maneiras de agir que ultrapassam o âmbito das instituições manicomialis compostos esquemas de classificação tipificados que informam noções totalizantes e hierarquizadas, sintetizados aqui na doença e em suas supostas etiologias.

Não à toa, costuma ser comum entre as pessoas que militam e que convivem com o sofrimento mental a afirmação de que “mais do que acabar com os manicômios físicos, é necessário acabar com os manicômios mentais”. O caminho para o qual essa máxima acena, conduz à reflexão de que a desinstitucionalização passa também pela problematização de todo o conjunto de práticas e saberes construídos em torno da noção mitificada de doença mental. Ao penetrar no território, os processos de desinstitucionalização esbarram com o plano das relações culturais, tornando “problemáticos” os lugares comuns das imagens arquetípicas do

louco. No mesmo sentido, desinstitucionalizar implica também em algum grau de reinstitucionalização; por isso, o território é alvo de intervenções que informam sobre novas formas de ser e lidar com os itinerários do sofrimento mental (DALMOLIN, 2006). Como tais questões são reconfiguradas no Brasil?

Amarante (1994, 1996) lembra que, nos últimos anos da década de 70, o Estado brasileiro adotava uma política de saúde privatizante, o que, no caso específico do campo da saúde mental, culminava com o processo de mercantilização da saúde mental que contribuiu consideravelmente para a crise financeira e institucional da Previdência Social a partir dos anos 80 (AMARANTE, 1994, p. 79-80). Essas questões reverberam no âmbito da mobilização social, sobretudo por também se tratar de um período de progressiva abertura política e profusão de movimentos sociais. É nesse contexto que se forma o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). Construindo pautas que abrangiam um gradiente que ia de questões corporativo/administrativas até a crítica às “práticas terapêuticas” consagradas naquele momento (NABUCO, 2008, p.77-78), o MTSM estaria inspirado pela Psiquiatria Democrática italiana e algumas de suas reivindicações (LÜCHUMANN, RODRIGUES, 2007, p. 402).

Esse movimento encontra no processo da Reforma Sanitária Brasileira – cujo momento primordial seria a 8ª Conferência de Saúde (1986) e a posterior implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988 – um importante espaço para a rediscussão do modelo assistencial em saúde mental. Um ano após a 8ª Conferência de Saúde, ocorrerá a I Conferência Nacional de Saúde Mental, onde já seriam tematizadas questões sobre a “cidadania e doença mental”, denotando o que passaria a ser uma constante de todo o movimento pela Reforma Psiquiátrica. Embora já se use, nessa Conferência, a noção de “saúde mental”, ainda consta em seu relatório a referência ao doente mental, o que indica as próprias limitações do momento histórico. Além disso, o texto não faz referência à participação dos “doentes mentais” na construção da Conferência (BRASIL, 1988).

1987 também seria o ano do II Congresso Nacional do MTSM. Tido como um marco na mudança de perspectiva na maneira de articular as pautas da Reforma, esse evento marca o momento em que o MTSM “assume-se enquanto movimento social”, promovendo – sob lema “*Por uma sociedade sem manicômios*” – a crítica ao modelo oficial de assistência, naquele momento hospitalocêntrico e privatista, e a ênfase na necessidade de práticas assistenciais territoriais (AMARANTE, 1994, p.81). No documento desse congresso, que estabelece o 18 de maio como Dia Nacional da Luta Antimanicomial, lê-se, pela primeira vez, o registro da presença de associações de usuários e familiares no movimento.

No bojo desse processo, o estado de São Paulo seria o pioneiro na implantação de uma estrutura de cuidado contraposta aos manicômios; assim, em 1986, a cidade de Bauru conheceria o primeiro serviço substitutivo (público) inspirado na lógica da desinstitucionalização – o Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS). Mais tarde, em 1989, após a intervenção na Casa de Saúde Anchieta, responsável há mais de 50 anos pelo atendimento psiquiátrico, seria a cidade de Santos que daria início à progressiva construção da rede de serviços substitutivos, de maneira que, em 1994, a cidade já contaria com cinco NAPS e com o total fechamento do Anchieta, consolidando o que é tido como uma das experiências mais ilustrativas de implantação de serviços territoriais no Brasil (LANCETTI, 2009).

No plano internacional, dois acontecimentos contribuem para que essas transformações sejam retroalimentadas. O primeiro, é a assinatura da Declaração de Caracas (1990) na Venezuela, que definiria os princípios para a reestruturação da assistência psiquiátrica nas Américas. Sendo signatário desse documento, o estado brasileiro ratifica o compromisso em criar mecanismos que contribuam para a desconstrução da centralidade do paradigma psiquiátrico, preconizando, dentre outras coisas, “a permanência do enfermo em seu meio comunitário” (BRASIL, 2004a, p.13). Um ano depois, em 1991, seria a vez da Organização das Nações Unidas lançar a carta de “Princípios para a Proteção de Pessoas Acometidas de Transtornos Mentais e para a Melhoria da Assistência à Saúde Mental”, documento considerado um marco. A ênfase na “saúde mental” e a ideia de usuário como pessoa que recebe a assistência à saúde reforçaria, no plano epistemológico e político, conceitos que até hoje compõem parte do que há de central no vocabulário da Reforma e na luta pela desinstitucionalização.

Impulsionados por essas mudanças, 1991 também seria o ano do I Encontro Nacional de Usuários e Familiares, um marcador formal da inscrição dos usuários como atores políticos e com questões próprias a discutir no campo da Luta Antimanicomial. Seguido por uma série de outros encontros, adviria desses espaços – mais precisamente, do III Encontro Nacional de Entidades de Usuários e Familiares da Luta Antimanicomial (1993) – a “Carta de Direitos e Deveres dos Usuários e Familiares dos Serviços de Saúde Mental”. Na Carta, as pessoas em situação de sofrimento mental afirmam o desejo pela autodenominação “usuário”, com a ressalva de que esse termo deveria ser usado entre aspas, na medida em que ele expressa apenas uma das dimensões da experiência dos sujeitos aos quais se refere.

Fortemente influenciada por esses documentos, a II Conferência Nacional de Saúde Mental, ocorrida em 1992, ampliaria o espaço para discussão do processo de desinstitucionalização. Tal ampliação, contudo, era ainda limitada pela pressão que o modelo

hospitalocêntrico imprimia. Isso pode ser verificado nas várias propostas que intencionavam atenuar os impactos da internação hospitalar, como por exemplo, a proibição da “retirada dos pertences pessoais e documentos dos pacientes internados em qualquer serviço de saúde mental” (BRASIL, 1994, p.32). No texto da Conferência, não mais encontramos a figura do doente mental, mas a do usuário de serviço como pessoa de direito, em consonância com as legislações, cartas e declarações da época.

Quando ocorre a III Conferência Nacional de Saúde Mental, em 2001, a Lei 10.216/01 já havia sido sancionada. Conhecida como “Lei da Reforma Psiquiátrica”, esta lei trata dos direitos das pessoas com transtorno mental e reorienta o modelo assistencial em saúde mental. Seu texto assegura a criação de serviços substitutivos, mas, paradoxalmente, representa certa timidez em relação ao projeto que a inspirou (o projeto lei nº 3.657/89 do deputado Paulo Delgado que previa a extinção dos manicômios). Ainda assim, essa Lei configura o marco legal que consolidaria a esfera do Estado como campo de ação dos movimentos sociais envolvidos na Luta Antimanicomial. A partir de então, estaria regulamentada a implantação de serviços substitutivos, dentre os quais, o CAPS.

O percurso que fizemos até aqui conduziu aos CAPS, não à toa. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), assim denominados, são criados em 2002 com a publicação da Portaria n. 336/02 que elevaria os CAPS I, II e III ao lugar de serviços responsáveis pela prestação do cuidado intensivo, semi-intensivo e não intensivo em saúde mental. Esses Centros são criados para serem espaços substitutivos ao modelo hospitalocêntrico, devendo possuir um tipo de clínica centrada na interlocução entre a família, comunidade e usuários. Compostos por equipes multidisciplinares, os CAPS direcionariam o cuidado para pessoas com “transtornos mentais severos e persistentes em uma área territorial adstrita” à localização dos serviços (BRASIL, 2004a).

As modalidades I e II de CAPS distinguem-se basicamente pela capacidade operacional – complexidade e número de pacientes atendidos por cada unidade; os CAPS AD II são destinados a pacientes com transtornos mentais decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas; os CAPS IA II são destinados ao atendimento de crianças e adolescentes; os CAPS III são responsáveis pela atenção contínua ao usuário, durante 24 horas, todos os dias da semana, sendo, dentre os CAPS, um dos principais dispositivos de atenção, evitando que os indivíduos em crise sofram novas internações em serviços não-substitutivos, como hospitais psiquiátricos ou alas psiquiátricas de hospitais gerais.

Pensando a atuação dos CAPS, Nunes et al. (2010), afirma que o que compõe a particularidade de um CAPS seria

[...], a combinação de uma orientação idealmente pautada no modo psicossocial de cuidado com as peculiaridades aportadas pelos seus atores sociais e pelo contexto no qual se inscreve. Assim, em princípio, um CAPS deve distinguir-se de um hospital ou mesmo de um ambulatório psiquiátrico; nesse sentido haveria algo de comum em todos os CAPS. Ao mesmo tempo, os CAPS são diferentes entre si nas ênfases que colocam sobre determinadas ações (a geração de renda em detrimento da clínica, por exemplo), no grau de coesão da sua equipe, na ideologia de grupo que predomina ou orientação terapêutica, ou mesmo na dinâmica de grupo que prevalece entre os usuários (NUNES et al. 2010, p.210).

Penso que os CAPS tipificam grande parte da transição que a Reforma estimula, já que a materialidade desses serviços na cena do cuidado, assim como as atribuições que eles possuem, faz deles agentes pivô do processo de articulação/supervisionamento da rede de cuidados em saúde mental. O CAPS é uma conquista desse longo processo de Reforma e, como ela, tem que lidar com pontos diacríticos oriundos da coexistência de práticas e epistemologias díspares, como os territórios que convivem com noções de doente mental e de pessoa em situação de sofrimento mental, só para citar alguns nós críticos. Sendo ele próprio “dispositivo da desinstitucionalização” (AMARANTE, 1996, p.102-103), a complexidade do cuidado que desenvolve coloca esse serviço sob o risco dos “desejos de manicômio” (ALVERGA, DIMENSTEIN, 1995) que podem conduzir à rotinização de suas práticas (LANCETTI, 2009) e ao conseqüente achatamento da singularidade de seus usuários.

A Reforma Psiquiátrica Brasileira ainda não superou a existência do modelo asilar, mas a criação do CAPS e a crítica antimanicomial tem contribuído para a redução dos leitos psiquiátricos. Hoje os CAPS somam, no Brasil, 1.857 unidades (DATASUS, 2011) e, junto com as questões discutidas até aqui, compõem o campo que torna possível a emergência de novos (velhos) sujeitos. Livres das paredes físicas dos manicômios, as pessoas em situação de sofrimento mental podem – potencialmente – ocupar outros espaços (como a casa, a cidade, etc.), definindo territórios e projetos, construindo identidades (SOALHEIRO, 2003). É bastante significativo que a IV Conferência Nacional de Saúde Mental (BRASIL, 2010) alargue o escopo dos assuntos correlatos à saúde mental, situando-os mais profundamente para além das questões referidas à assistência e aos direitos dos usuários, incorporando entre os temas, discussões sobre as várias formas de ser pessoa em situação de sofrimento mental, acolhendo-se demandas como gênero, orientação sexual, cor etc. Como acompanhar esses itinerários é um desafio que se coloca ao campo da pesquisa.

2.4 AS ASSOCIAÇÕES DE USUÁRIOS DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL NO BRASIL

Pela centralidade que ocupam em toda a discussão sobre a Reforma, era de se esperar que no Brasil fossem extensos os registros e análises da inserção dos “usuários” no processo de construção da Reforma e da Luta Antimanicomial (SILVA, 2003). Essa escassez chama a atenção para a visibilização e a relação entre os atores que compõem o campo da Reforma, principalmente porque o Brasil ainda guarda a particularidade de ter essa narrativa majoritariamente contada (e escrita) pelos profissionais, que são visivelmente a maior parte dos militantes engajados nesse processo (DALMOLIN, 2006, p.41)⁹. Também é diminuto o grupo de pesquisadores que tem atentado para essas dinâmicas no Brasil¹⁰.

Historicamente, a mobilização dos usuários tem sua maior efervescência em países do Reino Unido e nos Estados Unidos. É consenso entre alguns autores (SOUZA 1999 apud SOALHEIRO, 2003, p.28; VASCONCELOS, 2003; VASCONCELOS, RODRIGUES, 2010) que o processo formacional desses países, marcados por uma cultura predominantemente individualista e um Estado de bem-estar social com elevado grau de consolidação, teria legado ao movimento de usuários um perfil autonomista em relação ao Estado, aos profissionais ligados à saúde e às associações de familiares. Apesar disso, não haveria nesses países uma teorização sistemática sobre mobilização dos usuários, como constatou Vasconcelos (2003) em um extenso levantamento bibliográfico e análise acerca do tema. Para o autor, essa lacuna possuiria duas razões: (a) embora apresente características comuns, o movimento de usuários é bastante heterogêneo em seus matizes e perspectivas ideológicas, dificultando a sistematização dos dados; (b) em todo o mundo, o movimento dos usuários é relativamente recente e centrado nas práticas, não dedicando, com isso, muito espaço para a sistematização teórica de suas ações (VASCONCELOS, 2003, p.279-280).

Pensando o movimento de usuários no Brasil a partir de um plano mais estrutural, Vasconcelos (2003) chama a atenção para o fato de que esse movimento – como ocorre com grande parte da mobilização social por aqui – carrega alguns dos matizes de nosso processo formacional, dentre eles: (a) a preponderância de relações sociais hierarquizações e norteadas

⁹ Que não se entenda com essa proposição, uma negação de protagonismo às pessoas em situação de sofrimento mental, pelo contrário. São vários os espaços desse protagonismo, que vão desde a arte – da qual Arthur Bispo do Rosário é, sem dúvidas, o mais conhecido exemplo – até outros espaços como programas de tv e rádio. Sobre parte da memória acerca desse protagonismo, consultar o trabalho de Nabuco (2008) e Soalheiro (2003).

¹⁰ Conselho Federal de Psicologia (2003); Costa (2011); Nabuco (2008); Rodrigues (2005); Soalheiro (2003); Vasconcelos (2003, 2005, 2009, 2010).

pela tessitura de vínculos pessoais e de compadrio (DA MATTA, 1997; VASCONCELOS, 2003); (b) no âmbito da clínica, uma cultura terapêutica que ainda sobredetermina o papel dos profissionais, em prejuízo das iniciativas reais de autogestão dos serviços e dos usuários (VASCONCELOS, 2003); (c) acrescentaria a essa perspectiva, a existência de uma *práxis* política que busca angariar e defender a aquisição de privilégios, apanágio de uma classe média refratária à luta pela cidadania e a expressão política de segmentos sociais subalternizados (SANTOS, 2002) – um ponto salutar, pois indica uma tensão latente oriunda do fato de que são as classes médias os setores que majoritariamente ocuparão os lugares de terapeutas em nosso sistema de saúde.

Uma das primeiras iniciativas de composição de uma associação de usuários em saúde mental no território brasileiro deu-se em 1976 com a Sociedade de Serviços Gerais para a Integração pelo Trabalho (SOSINTRA) no Rio de Janeiro (NABUCO, 2008; VASCONCELOS, 2003; SOALHEIRO, 2003). Com o avanço da Reforma, dos fóruns e dos serviços não manicomial, passa a ser crescente a presença de associações de usuários (LOBOSQUE, 2003), de maneira que, nas vésperas da IV Conferência Nacional de Saúde Mental, em 2010, a Coordenação Nacional de Saúde Mental já possuiria o cadastro de 120 associações (VASCONCELOS, RODRIGUES, 2010). Com referência a dados coletados entre os anos de 2004 e 2007, os referidos autores traçam um breve perfil dessas associações:

associação mista (usuários, familiares, e técnicos), fundada depois de 1992 criada a partir de e ligada a um CAPS, fortemente dependentes dele e de seus profissionais, com um funcionamento central baseado em plantão ou atendimento regular por técnico do CAPS e membro da associação, muitas vezes um militante do movimento antimanicomial ou de reforma psiquiátrica, 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, RODRIGUES, 2010, p.02).

Em sua expressiva maioria, essas associações estão filiadas a uma das duas principais tendências que a Luta Antimanicomial possui no Brasil, qual seja, o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA), e à Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial (RENILA) – nascida de uma ruptura com o MNLA no V Encontro Nacional da Luta Antimanicomial, realizado em Miguel Pereira (RJ), em 2001. Coletivos que agregam profissionais e associações de usuários e familiares, essas segmentações não são fortuitas, e corroboro com Lüchmann e Rodrigues (2007) a assertiva de que

As diferenças de propostas no interior do movimento expressam algumas divergências e conflitos neste campo. A experiência de três segmentos – usuários, familiares e profissionais – é um ingrediente importante no aumento da

complexidade identitária e na formulação de interesses (LÜCHMANN, RODRIGUES, 2007, p. 405).

Diante da pluralidade de atores que esse campo possui, Lüchmann e Rodrigues afirmam que entre os desafios com os quais os atores da Luta Antimanicomial têm que lidar estariam: (a) “a relação ou articulação entre os diferentes atores, interesses e identidades” que, respeitando a diversidade entre si, poderiam ter como fonte unificadora de suas ações um campo ético comum pautado em valores como solidariedade, democracia e justiça social; (b) “a combinação de diferentes estratégias de organização e luta, rompendo com perspectivas maniqueístas que optam ou pela inserção institucional ou pela mobilização social”, na medida em que ambas as dimensões seriam componentes da mesma luta; (c) “além da luta institucional”, empreender a busca pela “formação política dos militantes” e “a ampliação dos seus quadros” (LÜCHMANN, RODRIGUES, 2007, p.405-406).

Vasconcelos (2003) levanta importantes hipóteses sobre a configuração do movimento de usuários no Brasil, que elencamos aqui de maneira tópica. Seriam elas: (a) a existência de um movimento menos autonomista e a existência de associações mistas, compostas por profissionais, usuários e familiares; (b) uma ênfase desses movimentos na luta pela aquisição de direitos sociais básicos, em detrimento da luta contra a exclusão e a estigmatização do louco; (c) uma dependência dos usuários frente aos serviços de atenção à saúde mental – geralmente públicos; (d) uma maior dependência dos usuários e familiares em relação aos profissionais e especialistas do campo da saúde; (e) um movimento de usuários com baixa escolaridade, sendo, pois, um dificultador nos processos de construção que a mobilização social demanda (VASCONCELOS, 2003).

O que essas associações fariam, na prática? Vasconcelos (2003, 2005, 2009), tem estudado a organização o movimento de usuários – e a trama (simbólica, relações de poder) onde surgem e se desenvolvem as associações –, tendo em vista os aportes metodológicos e analíticos abertos pela noção de *empowerment*. Para fins didáticos, o autor chama de *empowerment* as estratégias que buscam propor/angariar o “aumento de poder e autonomia pessoal e coletiva de indivíduos e grupos sociais nas relações interpessoais e institucionais, principalmente daqueles submetidos a relações de opressão, dominação e discriminação social” (VASCONCELOS, 2003, p. 20). Assim, em torno da noção de *empowerment*, articular-se-iam variadas linhas de ações, cada qual com seu repertório conceitual e estratégico.

Calcado numa leitura inspirada pelo método da educação popular, Rodrigues (2005) compreende que, para ser profícua, a mobilização dos usuários carece de um investimento na

instrumentalização dos mesmos. Seguindo esse ponto de vista, o autor argumenta que seria preciso acrescentar à expertise adquirida pelos usuários na militância advinda de suas vivências com o sofrimento mental o investimento em processos formativos capazes de superar o senso comum advindo da experiência imediata, possibilitando, pois, a articulação de ações e análises mais sistematizadas. Esses seriam alguns dos desafios éticos e teóricos colocados à construção de um movimento de usuários com vistas à autonomia.

Apesar de mapearem tendências, elaborarem perfis e prognósticos, essas abordagens – a do *empowerment* e a da educação popular – não se propõem a compreender os processos intersubjetivos construídos na tessitura das ações atuadas por esses grupos. No mesmo sentido, por sua abrangência, dão pouca margem para compreensão do cotidiano dessas associações. Como a singularidade dessas associações modula ou amplia a participação de seus membros? O que muda no itinerário do sujeito que participa da Luta? Como ele participa, na prática? Como os outros militantes (não usuários) se colocam eticamente frente a esse “novo” ator político? Não creio que, no decurso deste trabalho, daremos conta de todas essas questões, mas também creio que não convém deixar de provocá-las.

3 DISCUSSÃO TEÓRICO-METODOLÓGICA

3.1. DISCUSSÃO TEÓRICA

Algumas das questões com as quais lido encontram-se, em parte, presentes em pelo menos três conhecidos programas de análise em ciências sociais. Um diz respeito às abordagens sociológicas e antropológicas de temas relacionados à medicina, delimitados aqui na discussão sobre experiência da enfermidade e os itinerários terapêuticos; o outro se convencionou chamar interacionismo simbólico, delimitado aqui na discussão sobre os processos de institucionalização, rotulação e a noção de carreira. O último, numa maior interseção entre sociologia e antropologia, está associado às abordagens fenomenológicas e existencialistas, calcadas no conceito de experiência e de grupo.

Diferentemente das tradicionais revisões de literatura, muitas vezes vagas e ratificadoras de pressupostos, o que proponho é a sistematização contextualizada e operativa de alguns autores e abordagens que, além das que já foram discutidas no capítulo anterior, fornecerão conceitos e noções úteis no decorrer de toda esta dissertação.

3.1.1 Abordagens sociológicas e antropológicas de temas relacionados à medicina

Objetivando identificar algumas das premissas básicas aos estudos **sócio-antropológicos** de temas relacionados à medicina, em particular, à categoria analítica “enfermidade”, Alves (2006) propõe uma revisão crítica do conjunto desses estudos, classificados por ele sob a denominação de “teorias sistêmicas”. Por teorias sistêmicas, o autor denomina as abordagens que atribuem à sociedade uma existência prévia aos indivíduos, uma premissa epistemológica que seria alicerçada na ideia de que os indivíduos estariam inseridos na vida social a partir de certa ordem exterior, a ela aderindo, introjetando normas ou padrões de conduta, ou, do contrário, delas desviando. Do ponto de vista metodológico, o pesquisador (sistêmico) empreenderia o esforço de “explicar o significado das ações humanas por meio da análise das estruturas ou regularidades que estão presentes em dados contextos sociais” (ALVES, 2006, p.1548).

No âmbito dessas abordagens, será Talcott Parsons o autor de contribuições mais duradouras. Para Parsons, a doença se constituiria como uma espécie de desvio social, uma disfunção mediante a qual o doente – entendido como aquele que é diagnosticado como tal por uma instituição biomédica – assumiria o papel de enfermo (*sick role*). A legitimidade

conferida à biomedicina nas sociedades ocidentais faria com que o ocupante desse papel tivesse, frente ao seu grupo, certo tipo de reconhecimento que lhe eximiria das obrigações sociais; no mesmo sentido, caberia à biomedicina reintegrar o doente a suas funções sociais (SOUZA, 1995, p.24, FREIDSON, 2009).

Apontando pontos críticos nos trabalhos calcados na ideia parsoniana de papel do enfermo, Alves (1993) indica que esses estudos possuíam limitações metodológicas de pelo menos duas ordens: (a) são trabalhos voltados para a explicação do comportamento de pessoas que já aderiram ao tratamento biomédico, o que implicava na pouca atenção às linhas de ação adotadas por essas pessoas antes desses tratamentos; (b) são estudos que elevariam o modelo biomédico ao *status* de único modelo capaz de explicar as experiências de aflição (ALVES, 1993, p.265).

Tecendo críticas à abordagem parsoniana, Eliot Freidson cunharia o conceito de “sistema leigo de referência”. Freidson estabelece uma distinção entre processos biológicos de adoecimento e as respostas sociais a tais processos. O sistema leigo de referência diria respeito ao conjunto dos conhecimentos, ações e crenças balizadoras da percepção leiga do doente, levando a tecer uma *career of illness* desenvolvida na circulação em diversas agências de tratamento, objetivando encontrar uma solução terapêutica a seu problema (ALVES, 1993). Também estaria em Freidson (2009) a concepção da doença como desvio social, contudo, a doença agora deveria ser analisada tendo em vista os sistemas de referência – neste caso, a Medicina – que criam “as possibilidades sociais para o desempenho do doente” (FREIDSON, 2009, p.229).

Apesar de ampliar a compreensão social sobre o comportamento do enfermo, Alves (1993) afirma que o conceito de sistema leigo de referência não explicaria como surgem as diferentes expectativas sociais frente a enfermidade; no mesmo sentido, esse conceito não daria conta do entendimento sobre as múltiplas maneiras pelas quais os indivíduos lidam com sua enfermidade. Assim, tanto Parsons quanto Freidson teriam operado num alto nível de abstração, em prejuízo de uma abordagem que pudesse oferecer instrumentos mais operacionalizáveis para a análise da experiência concreta dos indivíduos (ALVES, 1993, p.266).

Alhures, outra abordagem sobre processos interativos e saúde mental, agora referida à antropologia, é aquela que versa sobre os relatos de *sickness*, termo genérico que expressa as “condições indesejadas do eu, ou ameaças substanciais de condições indesejadas do eu” (HAHN, 1996). Relacionados às ideias de “modelos explicativos” e de “narrativas de enfermidade”, as estudos que tomam como base a experiência de *sickness* distinguem este em

três concepções: (a) as concepções de doença (*disease*); (b) as concepções de enfermidade (*illness*); (c) as concepções de transtorno (*disorder*). Na *disease*, a doença é entendida como uma patologia que encontra explicação no quadro referencial da biomedicina; *illness*, por sua vez, refere-se à experiência do adoecer. Componente dessa experiência é o universo cultural no qual os sujeitos estão imersos. Produto de intersubjetividade, as interpretações da doença mudam, assim como os próprios processos de adoecimento e cura. Já na concepção de transtorno, *disorder*, a doença é relacionada ao corpo, mas, sobretudo, ao ambiente onde esse está imerso (HAHN, 1996).

Quem melhor representa o conjunto de autores que trabalham na linha da distinção entre *illness* e *disease* é Kleinman (1988). No cerne de suas análises, está o conceito de “modelos explicativos” segundo os quais indivíduos engajados num processo terapêutico mobilizam racionalizações a partir de diferentes perspectivas terapêuticas, no sentido de significar sua enfermidade (KLEINMAN, 1988; ALVES, 1996, 2006; SOUZA, 1995).

Fazendo uma revisão crítica da teoria sobre modelos explicativos, Souza (1995), à luz de Young (1982), argumenta que, ao situar a prática e os relatos dos interlocutores como produto de um conjunto de estruturas cognitivas subjacentes a certa ordem cultural, Kleinman secundarizaria o fato de que a cultura também é uma realidade dinâmica construída em processos de interações sociais (SOUZA, 1995, p.13). Assim, faltaria em sua abordagem a compreensão da dimensão dinâmica onde os processos de adoecimento e cura se desenrolam.

Além das limitações apontadas acima, compreendo que as abordagens sistêmicas, embora ricas em seus desdobramentos, enrijecem por demais a consideração das possibilidades etnográficas de significação da experiência da aflição, uma problemática latente em meu campo de pesquisa. Para além das tradicionais agências terapêuticas (a biomedicina e a religiosidade), penso que a experiência da organização em um grupo militante também figurará no quadro das possíveis “soluções” ao problema da aflição.

Como lembra Dalmolin (2006)

A busca de recursos para a situação de sofrimento psíquico é ampla e abrange uma gama de possibilidades que vão desde o suporte afetivo no âmbito familiar e de vizinhança até às instituições e entidades de cunho religioso, de proteção de direitos e de prestação de serviços de saúde específico para essa população (DALMOLIN, 2006, p.147).

Como seguir essa experiência é uma questão que o interacionismo simbólico ajuda a pensar.

3.1.2 Abordagens interacionistas

Para Hans Joas (1999), o cerne das **abordagens interacionistas** está na forma como a mediação entre estrutura e interação social é concebida. Com forte influência nos fundamentos metateóricos da filosofia pragmatista, as abordagens de cunho interacionista sustentariam o suposto epistemológico de que os indivíduos interpretam o significado de suas ações emergidas na interação social simbolicamente mediada. Assim, diz o autor, “[...], as relações sociais são vistas, não como algo estabelecido de uma vez por todas, mas como algo aberto e subordinado ao reconhecimento contínuo por parte dos membros da comunidade” (JOAS, 1999, p.130).

Será nas ideias de Herbert Mead que o pragmatismo legará alguns dos conceitos balizadores para o interacionismo. Desenvolvendo o conceito de *self* – diálogo entre o “mim” (outro generalizado) e o “eu” (indeterminado, aberto a transformações) – Mead argumentará que o sujeito da ação está continuamente se formando no processo de interação social. Na perspectiva meadiana, tempo (não linear) e espaço (este último compreendido como a situação ou contexto em que se desenrola a ação) são pensados em simultaneidade, o que permite à ação um caráter dinâmico.

Para Mead, o indivíduo não agiria apenas a partir de disposições imanentes, tampouco tendo em vista estímulos externos. Toda ação – e suas motivações – é constituída em processos interativos, o que implicaria sempre a relação com os outros, o compartilhamento de linguagem, classificação e a interação com objetos do mundo material. A esse outro agente participe dos contextos de interação Mead dará o nome de “outro generalizado” (SOUZA, 2006, p. 52-53).

É comum a crítica de que, nas formulações de Mead, os seus conceitos de *self* e de *outro generalizado* estariam muito mais voltados à questão de “como” se processa a interação, ao invés do “porquê”, sendo, por isso, conceitos analiticamente imprecisos (HAGUETTE, 2007, p.34). Ainda assim, compreendo que esses conceitos – e a prevalência que dão à linguagem (entendida aqui não apenas como linguagem verbal) como componente fundamental ao processo interativo – são fundamentais para o estudo das identidades. Realizando-se no próprio processo dialógico, é na linguagem que o indivíduo tomaria consciência de si e do mundo, interpretando o curso de sua ação no tempo / espaço.

Em Herbert Blumer, as formulações de Mead adquirem um delineamento metodologicamente mais rigoroso. Preocupado com o emprego de conceitos teóricos sensíveis

à realidade empírica, Blumer elabora esquemas metodológicos para a compreensão da interação simbólica. Para esse autor, seriam três os pontos básicos dessa interação:

1) O ser humano age com relação às coisas na base dos sentidos que elas têm para ele. Estas coisas incluem todos os objetos físicos, outros seres humanos, categorias de seres humanos (amigos ou inimigos), instituições, ideias valorizadas (honestidade), atividades dos outros e outras situações que o indivíduo encontra na sua vida cotidiana; 2) O sentido destas coisas é derivado, ou surge, da interação social que alguém estabelece com seus companheiros; 3) Estes sentidos são manipulados e modificados através de um processo interpretativo usado pela pessoa ao tratar as coisas que ela encontra (BLUMER, 1969, p.02 apud HAGUETTE, 2007, p.35).

Das variadas possibilidades de articulação das análises de Mead e Blumer, a que mais dialoga com os propósitos deste estudo refere-se à forma como esses autores estão pensando as **interações** como processos que se desenrolam a partir de situações definidas – noção que no contexto do interacionismo é originalmente cunhada por William Thomas sob o nome de “definição de situação”. Essa ideia acena para a questão da identidade num plano que remete à própria experiência intersubjetiva, escopo que se distancia das abordagens sistêmicas já discutidas aqui. As implicações do conceito de experiência neste trabalho serão trazidas mais adiante. Por hora, resta problematizar um pouco mais o tratamento dado pelas abordagens de cunho interacionista à questão da interação de indivíduos cuja enfermidade é rotulada socialmente de maneira negativa. Essa questão é fundamental já que ela é parte constitutiva da experiência do grupo que acompanhei.

Partindo do suposto meadiano de que a identidade de um indivíduo está continuamente se formando na interação, e de que as identidades estão relacionadas a princípios de categorização individual e social, Goffman dedica parte de sua obra ao estudo das interações entre indivíduos rotulados como doentes. Nesses casos, os processos de rotulação se efetivariam quando, na interação, um indivíduo ou grupo evidencia atributos que torna um outro (indivíduo ou grupo) depreciativamente diferente dos demais. Isso seria o que acontece no caso dos chamados “doentes mentais” (GOFFMAN, 1975, 2008).

A imputação do rótulo de “doente mental”, validada sob a chancela de instituições biomédicas, limita – ou tira – a circulação dos indivíduos considerados doentes, deixando-os “presos” na discrepância entre a sua identidade social real (relativa às categorias e atributos que o indivíduo prova possuir) e a identidade social virtual (referida por outrem a expectativas, categorias e enquadramentos socialmente construídos sobre o outro). No caso dos “doentes mentais”, a própria adscrição a um tratamento psiquiátrico, reforçaria a passagem para um *status* de pessoa de “segunda classe” (SOUZA, 1995, p.27), marcando um

dos estágios do que Goffman chamaria de “carreira moral” do doente mental (GOFFMAN, 1975).

Também com referência à noção de “carreira”, Becker (2008) contribui para o estudo das identidades sociais pela análise do processo em que o indivíduo se insere numa “carreira desviante”. Para o referido autor, deve-se compreender o desvio levando-se em consideração sua natureza relacional, já que ele é criado num processo interativo entre o indivíduo e “empreendedores morais” com poder para elaborar regras cuja inflação constitui desvio. Por isso, o desvio não seria uma qualidade do desviante (como um traço de sua personalidade), mas, sim, a consequência da aplicação de regras e sanções por outras pessoas/instituições (BECKER, 2008, p. 21-22). Rotulado, o indivíduo desenvolve uma “carreira” da qual dificilmente se desvencilhará.

A experiência de pertencer a um grupo desviante é unificada, não apenas pela partilha do mesmo rótulo, mas também no compartilhamento e aprendizado de todo um léxico que gira em torno da vivência com o rótulo. Tendo essa vivência comum, “os membros desses grupos elaboram um modelo de compreensão do mundo solidificando a identidade desviante” (BECKER, 2008, p.47-48). Experiência e expertise possuem a mesma raiz latina, “*per*”. O indivíduo experiente também é aquele que desenvolve certa expertise em relação a sua vivência. Assim, ao ingressar nesses grupos, o indivíduo passa a racionalizar sua posição, elaborando justificativas históricas para seu estado presente, desenvolve motivações e aprende com os outros a lidar com situações pelas quais ele também passará, aumentando o seu repertório de conhecimento.

O esforço em interseccionar alguns temas trazidos por Goffman e Becker ilumina importantes questões. A primeira é que, para esses autores, o processo interativo, embora aberto, define-se em situações e papéis sociais com padrões mais ou menos fixados e esperados, dando à ação certo direcionamento (como numa espécie de *script*), que não é determinado, pois também depende da competência dos atores para desempenhar certos papéis. A ruptura com esses *scripts* pode gerar quebras na interação, deslocando o ator do contexto de interação.

Não deixa de ser interessante perceber que, ao mesmo tempo em que chama a atenção para a polissemia das interações, tanto Becker como Goffman parecem hipotrofiar a experiência de ser sujeito rotulado, não oferecendo categorias analíticas – nem casos empíricos – para pensarmos os outros horizontes em que tal experiência se faz possível. De fato, ao tratarem do rótulo e da identidade social de indivíduos rotulados, esses autores têm como questão empírica – em última instância – compreender as linhas de ações articuladas

por sujeitos na lida com os processos de rotulação – daí a ênfase na noção de “carreira desviante” (BECKER, 2008) e de “carreira moral do doente mental” (GOFFMAN, 1975). Ainda assim, essas abordagens são ricas ao apontarem a diversidade de linhas de ação articuladas em situações concretas de interação.

Outra contribuição desses autores está na ideia de que as situações de interação são situações de **co-presença**. Imersos no mundo de intersubjetividade, os indivíduos constroem uma identidade social tendo em vista a referência às expectativas esboçadas na referência a outros, do seu grupo e da sociedade mais ampla. No caso de indivíduos rotulados, as situações de interação contribuem para que eles partilhem léxicos frente à experiência de sofrimento, autorreconheçam-se e agrupem-se em função da vivência comum frente ao rótulo. Para penetrar um pouco mais na dimensão propriamente experiencial desse processo, passo a discorrer sobre algumas perspectivas que consideram a noção de experiência e grupo.

3.1.3 A noção de experiência e grupo nas abordagens fenomenológicas e existencialistas

Experiência é um termo que abrange diferentes maneiras pelas quais uma pessoa conhece e constrói a realidade. Ela também é

[...], a forma original pela qual os sujeitos concretos vivenciam o seu mundo. Em outras palavras, experiência diz respeito ao modo de ser do sujeito no mundo. É o meio pelo qual o mundo se coloca face a nós e dentro de nós e, como tal, está sempre localizada no tempo e no espaço (ALVES, 2006, p. 1551-1552).

Entendida fenomenologicamente, a experiência demanda ser compreendida em todo seu pluralismo, rituais cotidianos, aspectos nos quais geralmente não se presta atenção, mas que constituem a verdadeira densidade da existência individual e social (MAFFESOLI, 1998, p.173). Voltada para o mundo exterior, a experiência não se desvencilha da capacidade humana de aprender e atuar sobre um dado, criando a partir dele (TUAN, 1983, p.10). No mesmo sentido, a experiência só é possível porque é encarnada.

Entre as múltiplas possibilidades de experienciar a realidade, a vida cotidiana ocupa uma posição privilegiada, pois impõe-se à consciência de maneira imediata. Berger e Luckmann (2008) observam que a vida cotidiana está organizada em torno do “aqui” e do “agora” de um corpo, o que não significa que ela se esgote em imediaticidade. Pelo contrário, significa que, ao experimentar o cotidiano, faço-o em diferentes graus de aproximação espacial e temporal. Isso porque a vida cotidiana é constituída por uma ordem de objetos que

antecedem a presença do indivíduo no mundo, sendo, pois, produtos de cursos de ações muitas vezes distantes. Nesse sentido, ela é espaço de **intersubjetividade** (BERGER, LUCKMANN, 2008).

Rotinizada, a experiência cotidiana é familiar; objetivada, torna-se dado para reflexão e demanda por solução. Assim, quando se depara com um acontecimento ou objeto que foge à rotina da experiência social em que participa, o ator experimenta uma quebra da atitude natural com que se refere a essa realidade. Essas situações de quebra passam, nesses contextos, a serem vividas como “problemáticas”.

Para Schutz (1979), uma experiência social é “problemática” quando não se tem um “conhecimento-a-mão” que a torne inteligível. Segundo ele, toda ação é mediada por tipificações, “esquemas de pensamento” nascidos da experiência biográfica e social dos indivíduos e através dos quais interpretamos o mundo. As tipificações não correspondem a esquemas fechados de ação, e trazem aquele “horizonte infinito de conteúdo inexplorado”, um horizonte de sentido nunca totalmente explicitado numa prática (SCHUTZ, 1979, p. 96). Quando não se tem um “conhecimento-a-mão” para lidar com a nova situação – ou, em outras palavras, quando se faz ausente uma tipificação –, os indivíduos experimentam uma situação de quebra. Aprender a lidar com essas situações, incorporando conhecimentos e habilidades, é enriquecer a experiência social (BERGER, LUCKMANN, 2008, p.39).

A essa altura poderíamos nos perguntar como a experiência intersubjetiva se articula em organização militante. Para Goffman (1975), na contrapartida da relação que conforma o estigma, surgem movimentos como grupos e associações que dinamizam redes de sociabilização, pautando e combatendo o estigma. Mas, além de dedicar poucas linhas ao surgimento e unidade dos grupos, a existência destes, na obra do autor, é limitada à ideia de requalificação da autoimagem do estigmatizado, sem com isso cindir os modelos institucionais majoritários, como o psiquiátrico.

Referido na experiência das pessoas em situação de sofrimento mental, Vasconcelos (2003) argumenta que as práticas de *empowerment* ampliam os modos subjetivos e grupais com que os indivíduos podem significar a experiência da enfermidade. Na esteira de Kleinman, o autor argumenta que, além das perguntas “por que eu (nós)?” e “o que pode ser feito?” diante da enfermidade, haveria mais duas possibilidades de pensarmos o processo de tomada de consciência da existência da enfermidade, quais sejam:

Esta experiência que estou vivendo pode ter sentido/significados pessoais e existenciais para além da dor e de todos os seus aspectos negativos e de sofrimento?

Esta experiência pessoal e existencial pode significar algo mais que vivências apenas individuais/singulares, e que possam ter algum valor para as demais pessoas que vivem experiências semelhantes? (VASCONCELOS, 2003, p.21).

Tais questões nos remetem diretamente ao âmbito do grupo. Mas é possível dizer que uma associação como a AMEA é também um grupo, no sentido de possuir uma identidade para além dos aspectos formais? Antes, o que estamos chamando de grupo?

Penso que a noção de grupo trazida por Sartre oferece um importante aporte analítico para a interpretação da experiência desses interlocutores. Para Sartre, um grupo é a *ação dos indivíduos* unidos em uma *ação comum* (PERDIGÃO, 1995, p.215). Sartre não aceita o determinismo sociológico que sobrepõe o todo à parte, nem seu revés, a perspectiva que dá à ação individual o caráter espontaneísta e frouxo. A experiência de um “nós” se realizaria dentro de um campo do Prático-Inerte (uma dada constituição histórica e material, portanto) e só é unificada na mediação de um terceiro excluído dessa relação. A experiência de um “nós” só ganha inteligibilidade numa relação ternária, **indivíduo, todo** e o **terceiro excluído** (PERDIGÃO, 1995, p.215).

Para Sartre (2002), um grupo se forma em contraposição à serialidade, isto é, em contraposição às relações que não constituem uma prática com fins comuns. As relações seriadas teriam sua unidade no exterior, como um conjunto de pessoas numa fila de ônibus cuja reciprocidade está assentada apenas no objetivo comum de pegarem o veículo. Seriados, portanto, são os contatos que não geram reciprocidade positiva, com vistas à articulação de uma ação com um fim comum.

É em grupo que as liberdades individuais associam-se agregando esforços para transformar uma dada situação. A essa experiência de um nós que se contrapõe à fragmentação da serialidade, Sartre chamará grupo-em-fusão. Perdigão (2005) é quem sintetiza:

[...], para que possa vir a existir algo como um grupo-em-fusão, é preciso que as pessoas que atuam juntas em um determinado campo Prático-Inerte, unificadas por um terceiro excluído e um perigo comum, sintam juntas, livremente e por si, a urgência de mudar a situação em uma práxis comum, reconhecendo a ação de grupo como único método eficaz de vencer o isolamento, suas rivalidades, e assim liquidar o Prático-Inerte para sobreviver (p.213).

Para a constituição do grupo, é necessário ultrapassar o âmbito do projeto subjetivo de cada um, unificando sua ação na dos demais membros, interiorizando reciprocamente essas ações ¹¹. A *identidade de ação* não significa uma fusão de consciências, mas apenas que o

¹¹ Sartre lembra que “[...], o grupo constitui-se a partir de uma necessidade ou perigo comum e defini-se pelo objetivo comum, que determina sua *práxis* comum; mas a necessidade comum, a *práxis* comum, tampouco o

grupo é uma práxis intersubjetiva. Essa junção da práxis de todos concorre para que a liberdade individual seja reforçada na ação comum, fortalecendo o grupo.

Retornando ao campo, penso que, além de uma associação no sentido formal, estamos diante de grupo no qual se mesclam: (a) A riqueza da experiência de seus membros; suas histórias de vida, seus itinerários pessoais, históricos de internação e relação com a família, elementos que compõem um léxico individual, que são mobilizados em torno da inserção dos indivíduos no movimento de usuários. (b) O grupo como um espaço de invenções e aprendizagens que evocam a tensão entre a singularidade de seus membros e as demandas que a organização em grupo impõe. (c) Projetado em sociedade, o grupo se organiza com referência a um público. Na realização de suas pautas, os membros do grupo confrontam suas perspectivas com as expectativas de outros atores, além de transitarem por espaços com tempos e modulações próprias. Essa relação grupo/outro é um *locus* privilegiado para o entendimento acerca desse “novo” lugar social requerido para a loucura.

Já aqui, faço uma importante distinção. Mesmo composta por “usuários” de CAPS e outros serviços de atenção à saúde mental, a AMEA é uma associação que se difere dos grupos e associações de ajuda, defesa e suporte mútuo com o mesmo tipo de composição, o que justifica minha opção em não enveredar por essa literatura. Explico: enquanto os grupos de ajuda, defesa e suporte mútuo estão organizados e definem estratégias de atuação tendo em vista a aceitação da doença – e, como revés, o combate aos possíveis efeitos negativos dos rótulos daí advindos (VASCONCELOS, 2003) – a AMEA (grupos de usuários de serviços de saúde mental informados pelas pautas da Reforma e da Luta) tem uma relação polissêmica com as nosografias, como o CID-10 (a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde), reforçando-a e/ou resignificando-a junto a aportes como a ideia de saúde, no sentido em que indiquei no primeiro capítulo.

Sendo assim, a AMEA está mais próxima ao tipo heurístico de um *grupo liderado por usuários* – que também pode “contar eventual, temporariamente ou de forma apenas subsidiária, com especialista profissional e/ou recursos de organização mais complexas (VASCONCELOS, 2003, p.271)” – cujos papéis de liderança são inteiramente assumidos pelos usuários do grupo e cuja atuação denota – inclusive estatutariamente – uma linha de ação em prol da *conscientização, defesa de direitos e militância*¹².

objetivo comum, não poderão definir uma comunidade se esta não se fizer comunidade, experimentando como comum a necessidade individual e projetando-se na unificação interna de uma integração comum em direção a objetivos que ela produz como comuns” (SARTRE, 2001, p.452)

3.2 (RE)CONSTRUINDO O CAMPO

3.2.1 A atenção à saúde mental em Salvador, no momento da pesquisa

A pesquisa de campo que fundamenta este trabalho foi realizada entre agosto de 2010 e maio de 2011. Quando realizei esta pesquisa, os membros da associação conviviam com a ambiguidade de saber que, para o público externo, a associação era percebida como um grupo coeso e representativo das demandas dos usuários. Internamente – e para as pessoas mais próximas –, no entanto, existia o espectro de que o grupo atravessava uma crise de representatividade, chegando mesmo a coexistir opiniões de que o grupo, enquanto tal, já havia se esfacelado ou estava em vias de.

Esse foi o mesmo período em que alguns membros da associação estrearam, num importante teatro da cidade, o espetáculo que tinha origem numa parceria com e dirigido por uma psicóloga e atriz. O referido espetáculo, que, além dos membros da associação contava com a participação de outras pessoas em situação de sofrimento mental, usuárias da rede de atenção à saúde mental, seria bastante festejado pelo público que via no palco os atores dramatizarem com humor os eventos que permeiam a vida dos ditos loucos e os estereótipos sobre a loucura.

Concomitantemente, a associação encontrava-se imersa na conclusão de um projeto iniciado no ano de 2008, em parceria com militantes da Luta Antimanicomial e financiado por uma Fundação privada de renome nacional. O objetivo desse projeto era promover a capacitação em cidadania e direitos humanos das pessoas em situação de sofrimento mental, usuárias dos serviços de saúde mental do estado da Bahia. Como principal produto, o projeto previa a confecção e distribuição de um guia de direitos humanos dirigido aos usuários, familiares e profissionais dos serviços.

É esse o momento em que passo a coletar dados. Sem maiores questões além do problema de pesquisa – como se produzem as identidades sociais de indivíduos em situação

¹² A ideia de “grupo liderado por usuários” com ações em prol da “conscientização, defesa de direitos e militância” é apropriada de Vasconcelos (2003) e indica, como afirmei, apenas um horizonte heurístico. Analisando a teoria sobre as experiências de grupos com ações na perspectiva antiopressiva e de *empowerment*, esse autor sugere que tais grupos podem ser classificados tendo em vista sua composição e o tipo de atuação. Em relação à composição (o perfil dos membros, recursos, liderança, suporte profissional/organizacional), os grupos podem ser classificados como: a) grupos completamente autônomos; b) grupos liderados por usuários; c) grupos mistos; d) grupos guiados por profissionais. Quanto ao tipo de atuação, o autor sugere que esses grupos podem ser classificados como: a) grupos terapêuticos; b) grupos de ajuda mútua; c) grupos de suporte mútuo; d) grupos de conscientização, defesa de direitos e militância (VASCONCELOS, 2003, p.267-274). Ele reconhece que essa tipificação não é exclusivista, podendo ser formulada em diferentes combinações.

de sofrimento mental, fora dos serviços de atenção à saúde mental – valia-me do apoio de um *roteiro de observação semiestruturado* que orientava o olhar para a identificação dos atores que compunham a associação; os temas mais recorrentes nos seus encontros; os tipos de interações que eles estabeleciam entre si; as ações em torno das quais se articulam dissensos e consensos. No começo do trabalho de campo, restringia-me à observação sistemática das reuniões, realizadas semanalmente e registradas em diários de campo.

Outro tema que mobilizava a associação nesse período era a “crise” na assistência à saúde mental do município. Tratava-se de um momento em que a gestão municipal como um todo sofria forte pressão da opinião pública, que questionava o modo de gestão de serviços fundamentais para a cidade. No bojo dessa “crise”, os serviços de saúde mental, relativamente novos no contexto de Salvador, estavam mais uma vez abalados. Chegavam relatos sobre CAPS onde faltavam medicação, higienização, alimentação, segurança e manutenção do espaço físico. A essas reclamações somavam-se denúncias sobre casos de mortes ocorridas dentro de hospitais psiquiátricos da cidade, avolumando o descontentamento de profissionais, familiares e usuários dos serviços. Com a greve de profissionais terceirizados e diretamente envolvidos com os CAPS – como os seguranças e os funcionários da limpeza – era forte o indicador de uma greve nesses serviços.

Na associação, essas questões pautavam parte das reuniões e afetavam (política e emocionalmente) os membros, em sua quase totalidade, usuários dos CAPS. Mobilizados por esse problema, o grupo atende, em janeiro de 2011, a convocatória para uma reunião com profissionais de um CAPS da cidade. Essa reunião seria o estopim para uma série de assembleias e encontros realizados a partir daí e cuja culminância seria a realização de um ato público com repercussões na mídia local. Como orientação comum, as reivindicações nesse ato objetivavam chamar a atenção dos poderes públicos e da sociedade para o que era considerado, àquela altura, uma política de descaso na implantação qualitativa de serviços públicos substitutivos ao modelo de assistência hospitalocêntrica, como previsto na Lei nº10.216/01. Apesar disso, nenhum ganho qualitativo foi angariado e a situação da saúde mental continuava a mesma.

Todo pesquisador parece encontrar na crise um momento profícuo para a sua pesquisa, e mesmo sendo esta uma estranha sensação, comigo não foi diferente. A abertura para o território advinda da atuação do grupo fora dos espaços de reunião, possibilitava sair da observação sistemática das reuniões e passar a *observação participante* dessas e outras atividades. A própria “crise” levava o grupo a repensar sua identidade, forçando-o a elaborar

narrativas e ocupar espaços onde estavam presentes atores que falavam de lugares de poder diversos. É nesse percurso que começo a formular os objetivos da pesquisa.

Além do uso mais operativo das técnicas etnográficas (MINAYO, 2006), a saída para o território também deu espaço para a minha participação “peripatética”, termo que adoto aqui em alusão a Lancetti (2009)¹³. Parte dos dados utilizados utilizado em minha investigação se originou nessa participação peripatética. Dados que são produto de pequenas “andanças” e aprendizagens cujo caráter aparentemente frouxo e desestruturado, muito contribuiu para formulação de questões e *insights*.

O leque de situações onde coletei dados foi amplo, como são os atores e as ações desse grupo. Além das entrevistas com os membros da AMEA e do registro das reuniões realizadas dentro e fora da sede do Conselho Regional de Psicologia – local onde os encontros eram realizados – participei de palestras em Universidades; debates em fóruns; atividades de mobilização; audiência pública e passeatas em favor da efetivação da Reforma e em defesa dos direitos dos usuários dos serviços de saúde mental.

A circulação no território também serviu para a constatação de que a experiência da associação não poderia ser analisada de uma maneira ensimesmada, tendo em vista apenas a relação dos membros quando reunidos, ou dos indivíduos em sua cotidianidade. Imbricada com essa experiência, estava a ação de outros atores englobando uma categoria ampla organizada em torno do debate sobre a Reforma, ou seja, os militantes da Luta Antimanicomial. Meu intuito não foi tomar esse conjunto de atores difusos como o objeto de investigação, mas, sim, de poder compreender como a experiência da associação era refigurada na presença deles e também diante das questões tematizadas pela Reforma e pela Luta; de acompanhar o grupo em suas intervenções, e também poder ouvir alguns dos “não-membros” envolvidos diretamente com a ação /formação daquele grupo.

3.2.2 A associação: precedentes e formação

A Associação Metamorfose Ambulante de Usuários e Familiares do Sistema de Saúde Mental do Estado da Bahia (AMEA) é uma organização sem fins lucrativos, fundada em maio de 2007. Ímpar no estado da Bahia pela singularidade de sua composição (uma associação dirigida apenas por usuários dos serviços de atenção à saúde mental e sediada fora desses

¹³ Argumenta esse autor que é na circulação pelos espaços da cidade, o ir e vir das atividades cotidianas que se constituem “novos *settings*” férteis para a produção de subjetividade e cidadania dos sujeitos antes confinados (Lancetti, 2009, p.21). Peripatética seria essa experiência de estar junto, de ser errante com os outros, transitando nos espaços, partilhando dos seus contextos de ação.

serviços), a AMEA tem figurado no campo da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial como uma organização reconhecida por sua participação em debates e ações pertinentes a esse campo. Vinculada nacionalmente à Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial (RENILA), seu nome, “metamorfose ambulante”, além de ser alusivo à música do compositor baiano Raul Seixas, foi uma homenagem prestada a Eduardo Araújo¹⁴, militante da Luta Antimanicomial, falecido em 2004.

Quando comecei o campo, chamava-me a atenção que as narrativas que falavam sobre o começo da AMEA fossem monocórdias quanto à primazia dada ao papel dos profissionais em todo o agenciamento e mobilização dos usuários, espelhando o que ocorria na maior parte da literatura sobre a Reforma, como indiquei acima. Só com alguns meses em campo, pude compor um panorama que pudesse contemplar (e deixar espaço para a compreensão) a confluência de acontecimentos que, relacionados, fizeram da mobilização dos usuários uma possibilidade. Na Bahia, o marco dessa confluência será novembro de 2006, período em que acontecerá o I Encontro de Usuários e Familiares dos Serviços de Saúde Mental do estado da Bahia, encontro que reuniu a maioria dos atores que hoje fazem parte da associação.

Por não possuir sede própria desde sua criação, a associação se reúne em espaços de outras organizações. Primeiro, no Conselho Regional de Serviço Social da Bahia (CRESS) e, atualmente, na sede do Conselho Regional de Psicologia (CRP), local que cede parte do seu espaço físico e da logística (a disposição de telefones, endereço para correspondência, fotocópias e eventuais apoios financeiros a viagens e atividades) para que as reuniões e algumas atividades da associação se desenvolvam. Foi nesse local onde coletei grande parte dos dados referentes às reuniões do grupo.

A associação nunca contou com uma fonte fixa para provisão de recursos, um ponto nevrálgico, dada a fragilidade econômica de seus integrantes, muitos dos quais tendo como renda apenas a aposentadoria ou o dinheiro de “bicos” que realizam. Isso é mais intenso, pois, diferentemente de associações “convencionais”, o membro da AMEA não contribui com o pagamento de taxas ou mensalidades; além disso, a maior parte de seus membros não tem acesso à gratuidade no transporte coletivo, sobretudo após a aprovação de uma Lei municipal

¹⁴ Eduardo Araújo também foi o protagonista de uma iniciativa de mobilização pregressa a AMEA. Trata-se do MOUSM (Movimento dos Usuários da Saúde Mental do Estado da Bahia), dirigido por ele, que, como paciente de manicômio, era em sua época um importante militante da Luta Antimanicomial no estado. Relatos de militantes contam que um dos prováveis motivos de extinção do MOUSM teria sido seu sufocamento perante as dificuldades em se fazer militância, numa conjuntura onde seus membros (os “pacientes”) estavam por demais “presos” a um regime de internações muito forte. Além disso, a própria morte de Eduardo Araújo também teria contribuído para a desmobilização do MOUSM. Antes de sua morte, Eduardo Araújo manifestou o interesse pela criação de uma nova associação, chegando a sugerir que o nome desta fosse “metamorfose ambulante”.

restritiva a essa questão ¹⁵. No momento desta pesquisa, a principal fonte de recursos da associação era a contribuição voluntária dos associados, doações de militantes da Luta (geralmente solicitadas em eventos), bazares e projetos que a associação realiza. Estes últimos, embora não sejam destinados ao financiamento da associação, oxigenam e dão mobilidade aos membros do grupo, que se deslocam para executar as ações demandadas pelos projetos.

3.2.3 A associação e seus atores

Embora protagonizada por familiares e usuários de serviços de atenção à saúde mental, a existência da AMEA é também o resultado da interação entre distintos atores, cuja distribuição no grupo pode ser compreendida tendo em vista seus diferentes tipos de engajamento. Para organizar essa compreensão, optei, durante a pesquisa, por agrupar os atores como “membros” e “não-membros”. Vale ressaltar que, embora seja uma associação de usuários e familiares, a presença dos últimos, desde a fundação, sempre foi quantitativamente diminuta; no período em que estive em campo ela foi praticamente nula. Daí serem poucos os dados referentes a essa participação.

3.2.3.1 Membros

Na associação, encontramos classificação êmica que distingue os membros entre “associados” e “diretores”.

Sempre eleita em assembleia, a **diretoria** é formada por seis pessoas (três efetivos e três suplentes), distribuídas nos cargos de “diretor-presidente”, “diretor-financeiro” e “secretário”. A figura do diretor-presidente é relativamente recente, e vem em substituição à ideia de presidente, que, para os membros, evocava demais a centralidade de apenas uma pessoa. Na prática, são os diretores que mais se fazem presentes nos eventos públicos, dando depoimentos, participando de conselhos e plenárias deliberativas, articulando as parcerias e estabelecendo um contato mais direto com os assessores, apoiadores e parceiros. Isso ocorre menos por deliberação e mais pela baixa presença no grupo de pessoas que não sejam (ou não tenham sido) da diretoria. Além de serem usuários dos serviços de atenção à saúde mental, os

¹⁵ Em Salvador, a Lei 7.201 de 2007, com base no art. 247 da Lei Orgânica do Município e em combinação com os critérios dispostos no art. 5º do Decreto Federal nº 5296/2004, prescreve que será permitido o acesso pela porta de desembarque apenas a pessoas deficientes. A questão é que o conceito de deficiência utilizado é restritivo na medida em que não abrange certos tipos de doenças mentais como a esquizofrenia e outros transtornos. Essa definição restritiva promoveu uma diminuição do acesso ao transporte de pessoas em situação de sofrimento mental, sendo, por isso, pauta constante da mobilização dessas pessoas (REBOUÇAS, 2010).

diretores têm em comum o fato de possuírem um histórico de internação manicomial e de participação no processo de fundação da associação. No começo da pesquisa, a nova diretoria havia sido recém eleita, o que não significava necessariamente uma renovação, visto que esta eleição implicou na rotatividade de cargos dentro de um escopo reduzido de membros que a associação possuía.

Junto com a diretoria, também seriam membros os demais **associados**. No grupo, os associados podem assumir diversas tarefas, não lhes sendo nenhuma específica. Como não é preciso seguir um rito institucionalizado (com inscrições, cadastros etc.), o que caracteriza um associado como membro é reconhecer-se e ser reconhecido como tal pelos demais integrantes do grupo.

A distinção entre diretores e associados é êmica e bastante redutora da diversidade de engajamentos e hierarquizações no âmbito da associação. Assim, adoto o termo **membro** para me referir tanto aos diretores quanto aos demais associados que participam mais ativamente das reuniões do grupo. Ficam de fora, portanto: (a) os ex-associados que participam pontualmente das reuniões e desenvolvem um trabalho de mobilização e “controle social” das atividades em seus CAPS de referência; (b) os associados que se vinculam à associação, pertencem aos CAPS, mas só eventualmente desenvolvem atividades na associação e nos CAPS.

Do universo de membros (cerca de dezesseis membros que frequentavam as reuniões pelo menos uma vez por mês), oito foram meus interlocutores-chave. Estes pertencem ou pertenceram ao corpo da diretoria e integram a associação desde o período de sua estruturação. São quatro homens e quatro mulheres com idade média de 40 anos, residentes na cidade de Salvador ou Região Metropolitana. Sua escolaridade varia do ensino básico até o superior incompleto, e a renda pessoal aproximada é de um pouco menos de um salário mínimo. Dos oito membros, cinco são negros (pretos ou pardos) e três são brancos. Sete moram com algum familiar (companheiro [a], filho [a] ou pais) e um reside sozinho. Dois são familiares de usuários de CAPS, sendo que um deles participa do grupo na condição de familiar e usuário. Do universo de interlocutores, apenas quatro foram entrevistados mediante o uso de roteiro semiestruturado. Dentre estes, três são usuários de CAPS e dois possuem um histórico pessoal de militância e internações psiquiátricas pregressas à associação; um não possui histórico de internação e passou a militar após conhecer a associação; o outro é familiar.

Nossas entrevistas foram norteadas por um roteiro *semiestruturado* contendo perguntas sobre o histórico e o processo de formação da associação; os atores envolvidos nesse

processo; as conquistas e dificuldades enfrentadas pela associação na realização de sua prática; os significados da associação para seus membros; o itinerário desses indivíduos, antes de ingressarem na associação; suas experiências tendo em vista a questão de fundo sobre ser membro associado e as possíveis mudanças de postura pessoais que tais indivíduos atribuem a seu engajamento na associação.

No início da pesquisa, era previsto fazer o acompanhamento sistemático de três pessoas do universo de interlocutores. Neste trabalho, além dos dados coletados nas observações e entrevistas semi-estruturadas, seria feita uma imersão mais densa, com visitas domiciliares e entrevistas em profundidade. Essa imersão teria o intuito de elencar dados sobre quais motivações levavam um indivíduo a se organizar nesse tipo de grupo e como essa participação em grupo modificava o seu itinerário pessoal. Em campo, contudo, esse número mostrou-se superestimado, dadas as dificuldades em entrevistar os membros da associação; algumas entrevistas demoraram meses, sendo agendadas, muitas vezes devido ao volume de atividades assumidas por esses membros, ou algum afastamento temporário do grupo, em decorrência de alguma crise de saúde. Revisei esse objetivo optando em realizar o trabalho em profundidade com apenas um membro do grupo, cujo itinerário pessoal compõe o último capítulo desta dissertação. A diversidade de fontes com informações sobre esse interlocutor, além da própria relação que construímos, definiu esta escolha. Nosso interlocutor é uma figura (re)conhecida no campo da saúde mental no contexto baiano.

No que concerne à história de vida, foram realizadas duas entrevistas. Uma de caráter semiestruturado, está informada pelas mesmas questões a que foram submetidos os demais interlocutores do grupo. Outra, de caráter mais aberto, visou aprofundar algumas das questões trazidas pela primeira entrevista e também explorar novos temas. Além das entrevistas, dados etnográficos resultantes do acompanhamento da atuação desse interlocutor em espaços públicos, fontes como recortes de revistas e jornais com relatos feitos por ele ou sobre ele, deram suporte à construção de sua história de vida.

3.2.3.2 Não-membros

Apoiadores e assessores compõem o grupo dos não-membros. Em comum, os não-membros possuem o fato de terem contato com a associação e serem majoritariamente militantes da Luta antimanicomial. Como diz respeito a uma rede de atores (o que não se aplica ao caso dos assessores, como mostrarei logo abaixo), o universo dos não-membros é variável. Desta forma, o que subsidia a caracterização dos não-membros são aspectos gerais que observei no período em que fiz a pesquisa.

Os **assessores** são as pessoas que participam junto aos membros da associação no desenvolvimento das atividades em que o grupo está inserido. Eles estão vinculados a um grupo de trabalho (GT) acadêmico/militante ligado à Luta Antimanicomial e não são usuários de CAPS. Em sua quase totalidade, a assessoria é prestada por jovens estudantes de Psicologia. Em termos de duração, um assessor ficará na associação durante determinado período de tempo e, quando se vê impossibilitado de dar continuidade a essa atividade – o que geralmente ocorre devido a compromissos que o assessor vai assumindo durante sua formação como estudante – ele é permutado por outro jovem interessado e vinculado ao GT.

A assessoria não tem caráter pecuniário e vem sendo prestada pelo GT desde o processo de fundação da associação. Teria sido Eduardo Araújo, em contato com estudantes (militantes da Luta), quem inicialmente sugeriu que estes pudessem compor um tipo de trabalho destinado a acompanhar o processo de mobilização política dos usuários. Após a morte dele, esses estudantes, assessorados por um núcleo baiano de militantes da Luta Antimanicomial, construíram o GT. Em campo, encontrei a assessoria num momento distinto ao de sua fundação. Já sem a presença forte do núcleo que a assessorava, os membros do GT reivindicavam para si a reformulação da assessoria que tentava fugir de um modelo tão imbricado com a associação para tentar se consolidar como um grupo político autônomo, com mais pautas e agendas.

Além da observação da prática concreta da assessoria em sua relação com o grupo, lancei mão da técnica do grupo focal com os membros do GT. Norteados por um roteiro semiestruturado, recuperei relatos sobre a experiência desses sujeitos e os significados atribuídos a ela, tendo em vista a questão de fundo da prática da assessoria e da relação com os membros da associação e com a Luta.

Também no grupo dos não-membros, os **apoiadores** são pessoas que desenvolvem atividades em co-participação com os membros da AMEA, como oficinas, projetos, intervenções artísticas e políticas. Pontualmente, podem participar das reuniões, seja para organizar essas atividades ou trazer os resultados de atividades já desenvolvidas. Também se incluem nesse grupo os pesquisadores que realizam um trabalho de maior duração com a AMEA, como foi o meu caso.

Diferentemente dos assessores, os apoiadores têm um interesse mais pragmático, assim como sua participação (em termos de duração, não de intensidade) tende a ser maior do que a dos primeiros. Geralmente, são profissionais (já formados) e uma parte deles pertenceu ao grupo de assessores num período anterior. Nestes casos, é notório que, além do vínculo pragmático, há também um vínculo afetivo com os membros da AMEA, e ambos (membros e

apoiadores) mantêm contatos que extrapolam o espaço das reuniões. Para este trabalho, entrevistei dois apoiadores que também responderem perguntas de um roteiro semiestruturado, contendo questões sobre o histórico e o processo de formação da associação; os agentes envolvidos nesse processo; as dificuldades enfrentadas e os significados de ser militante e profissional atuante junto à associação. Esses entrevistados participaram do processo de formação da associação, sendo que um deles no papel de assessor, e outro no papel de militante da Luta Antimanicomial pertencente a outra organização.

3.2.3.3 Parceiros

Cabe destacar que no grupo também encontramos a influência dos **parceiros**. Os parceiros são um conjunto de instituições como Universidades, órgãos públicos ligados à defesa dos direitos do cidadão e da garantia à saúde, entidades de classe, ONG's e entidades do movimento da Luta Antimanicomial que apoiam e propõem ações com a associação.

Apesar de sua influência na associação vacilar entre a agregação e a desagregação da dinâmica do grupo, os parceiros não foram objeto de interlocução neste estudo. Da relação entre eles e a associação, ative-me a compreender apenas a forma como os membros do grupo davam conta das questões trazidas com/pelos parceiros, um espaço profícuo para a problematização do “novo lugar” para a loucura, que surgia da relação entre a forma de fazer dos membros dessa associação com esses outros atores e vice-versa.

Antes de concluir essa seção, cabe ressaltar que todas as entrevistas, assim como a etnografia da associação foram autorizadas pelos participantes, mediante ao esclarecimento dos objetivos e propósitos da pesquisa e a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido por parte das pessoas envolvidas neste processo. Os nomes de todos os entrevistados foram ocultados por codificação, ou substituídos por nomes fictícios. Os membros da associação consentiram a divulgação do nome do grupo.

3.2.4 UMA PERSPECTIVA INTERPRETATIVA: O GRUPO E SUAS MIMESSES

Quais mediações entre os aportes teóricos e metodológicos teremos que mobilizar para que eles possam informar algo sobre a identidade dessa associação?

Acredito que um primeiro caminho pode ser encontrado na conhecida analogia entre cultura e texto, proposta por Geertz (1997, 2008). Tal qual um texto cuja interpretação é construída na leitura, a antropologia geertziana pretende voltar sua atenção para a forma como os homens experienciam a cultura, cabendo ao pesquisador recompor os fios da teia de

significados tecidas e enredadas nessas vivências concretas (GEERTZ, 2008, p.04). O que o pesquisador interpreta não é a experiência nativa em si mesma (ou seja, os discursos e os modos de agir nativos), mas as formas simbólicas inscritas a partir dela. Isso é possível porque a experiência é um evento esvaecente, mas apenas até certo ponto. Ela fixa algo – no dizer de Geertz, inscreve algo – de seu significado em alguma forma de registro (GEERTZ, 1997, p.50). Um potente recurso para essa “leitura” seria dado pela descrição densa, por intermédio da qual o etnógrafo procederia à interpretação – sobretudo porque a própria descrição densa já figura, ela própria, como uma interpretação.

A analogia com o texto torna-se ainda mais rica quando localizada no âmbito daquilo que Geertz, inspirado por Feinz Kohut, chama de conceitos de “experiência próxima” e “experiência distante”. Para o autor, a experiência próxima compreende os conceitos que, no plano de uma dada cultura, são usados naturalmente, sem esforço para definir aquilo que seus semelhantes veem, sentem, pensam e imaginam; já a “experiência distante”, reporta àqueles conceitos utilizados por especialistas para levar a cabo objetivos científicos, filosóficos ou práticos (GEERTZ, 1997, p.87). A relação entre esses conceitos não é normativa (afinal, um conceito não é “melhor” do que outro) nem de oposição extrema, mas sim de grau. Se restrita à experiência próxima, a interpretação antropológica não sairia do mundo das miudezas e do exotismo, ao passo que, restrita à experiência distante, a interpretação conduziria à investigação no reino insosso das grandes abstrações.

A proposta de Paul Ricoeur complementa a analogia entre cultura e texto geertziana naquilo que ela é menos nítida, ou seja, no estabelecimento de criteriologias à interpretação. Ricoeur chega à interpretação trilhando a “via longa” (RICOEUR, 1987, 1998) que busca situar a prevalência da linguagem no processo de interpretativo. É na linguagem que se revelam e são apreendidas as expressões simbólicas: Interpretação, diremos, é o trabalho de pensamento que consiste em decifrar o sentido escondido no sentido aparente, em desdobrar os níveis de significação implicados na significação literal. (RICOEUR, 1998, p.14)

Na busca por formular um esquema interpretativo que possibilite a mediação da experiência humana que se constitui narrativamente numa sucessão de ações/acontecimentos e o tempo, Ricoeur (1994) desenvolve, em *Tempo e Narrativa*, a hipótese de que “o tempo torna-se tempo humano na medida em que é articulado de um modo narrativo, e que a narrativa atinge seu pleno significado quando se torna uma condição da existência temporal” (RICOEUR, 1994, p.85). É na tentativa de recuperar essa mediação entre tempo e narrativa, que Ricoeur articulará a análise da tessitura da intriga num processo que envolve três tipos de mimese: mimese I (pré-figuração), mimese II (configuração) e mimese III (refiguração).

Em *mimese I*, o ato de narrar se realiza no nível da experiência vivida, enraizado numa pré-compreensão do mundo e da ação. Esse mundo pré-compreensivo possui estruturas sensíveis, simbolismo e temporalidade, de maneira que o agir de um sujeito é sempre o *agir com* outros num mundo prenhe de significados e *simbolicamente mediatizado*, como num quase texto (Ricoeur, 1994 p.91). O sentido de mimese I seria, portanto, imitar ou representar a ação, primeiro, pré-compreendendo “[...], o que ocorre com o agir humano: com sua semântica, com sua simbólica, com sua temporalidade. É sobre essa pré-compreensão, comum ao poeta e ao seu leitor, que se ergue a tessitura da intriga e, com ela, a mimética textual e literária” (RICOEUR, 1994, p. 101).

Mimese II é o momento em que a narrativa ganha configuração, ao passo que representa o estágio anterior e ulterior do processo mimético. Ricoeur alerta que a própria intriga já traz no seu campo textual a função de mediação, por pelo menos três motivos: a) Ela faz a mediação entre acontecimentos e uma história narrada, saindo de uma simples sucessão de acontecimentos isolados para configurar um todo compreensível; b) Ela *compõe juntos fatores heterogêneos* (agentes, fins, meios...) inserindo fatores da ordem paradigmática numa ordem sintagmática, por isso, diacrônica e temporalmente reconstituível em termos de começo, meio e fim; c) Possui seus *caracteres temporais próprios* articulando na narrativa uma dimensão cronológica (ou episódica, em que a história surge como uma sucessão linear de acontecimentos) e outra não cronológica (ou configurante, em que os acontecimentos transformam-se numa totalidade significativa, em história). Para Ricoeur, dessa propriedade configurante é que se pode traduzir da narrativa seu assunto ou tema, permitindo que essa seja seguida (1994, p.106).

Em *mimese III*, a narrativa é refigurado na leitura – ou comunicação com outrem, que não o narrador. Nesse estágio, a narrativa se completa, marcando a intersecção entre o mundo configurado e o mundo do leitor.

Ricoeur reconhece que há circularidade no ato mimético, contudo, este não conduz a interpretação a um círculo vicioso. A mimese não é cópia, mas uma representação do tempo humano, aberto à pluralidade e a possibilidades de recepções. É na recepção que o sentido da obra é restituído e construído. Nesse sentido, a atividade mimética seria mais do que o momento de configuração de uma experiência; seria também um ato criativo, uma “imitação criadora”, que encontra na ação articulada temporalmente sua estrutura (RICOEUR, 1994, p.76).

Tendo em vista as afinidades entre narrativa e experiência – sendo a interpretação desta última, meu interesse primaz – tomo de empréstimo o modelo da tríplice mimese em Ricoeur,

mediando-o com o conceito de grupo em Sartre. Assim, sugiro que a identidade do grupo em questão seja compreendida em três dimensões, imbricadas entre si, quais sejam:

Mimese I (ou a experiência). Vimos que uma das formas de interpretarmos a identidade da pessoa situação de doente mental liga-se à reconstrução analítica das situações problemáticas articuladas na própria experiência do descobrir-se enfermo. É no sentir-se mal – em outras palavras, quando uma perturbação se transforma em sintoma para o indivíduo – que o sujeito é mobilizado a dotar de sentido o seu estado presente (ALVES, 1993; KLEINMAN, 1988; SOUZA, 1995). Percorrerei esse caminho: (a) pelo processo que leva à construção da “carreira de doente mental”, ou seja, o processo pelo qual os indivíduos “descobrem-se doentes” em agenciamos informados pelo paradigma psiquiátrico da doença mental; e, (b) reconstruindo os momentos em que passam a ocorrer “situações de quebra” (SCHUTZ, 1979) nessa carreira, permitindo ao indivíduo desenvolver motivações que o levam a se organizar em grupo e mudar a imagem de si.

Mimese II (ou o grupo-para-sí). Foco central deste trabalho, no grupo-para-sí, (a) biografias são metabolizadas na experiência cotidiana da organização. Usuários de serviços substitutivos, pessoa em situação de sofrimento mental, membro de uma associação de usuários e cidadão seriam aqui maneiras de existir que fazem parte do processo mais amplo no seio do qual surgem formas de inscrição narradas e atuadas. A convivência num espaço de aprendizagem e mobilização que condensa o esforço de ações que buscam dotar de um sentido positivo a experiência da loucura, modificando a experiência biográfica de seus membros.

Ao mesmo tempo, no cotidiano do grupo-para-sí, (b) os próprios aspectos éticos, epistemológicos e políticos da Reforma e da Luta são ressignificados, vividos, não como determinação, mas como algo que é atualizado de maneira polissêmica. Encarnado por sujeitos concretos, fora das instituições de atenção à saúde mental – mas também vindo delas –, o grupo-para-sí é um universo cultural em que ocorre o confronto entre a experiência ideada e a experiência vivida da desinstitucionalização.

Mimese III (ou o grupo-com-os-outros). “A experiência de um “nós” só ganha inteligibilidade numa relação ternária, indivíduo, todo e o terceiro excluído (PERDIGÃO, 1995, p.215)”. É pela prática que o grupo se coloca como objeto do olhar de outrem. Além de cotejar essa relação no decorrer de toda a análise, retomo-a mais detidamente para pensar a questão da autonomia e da tutela, tema central no debate acerca dos grupos de “usuários”.

Ricoeur nos lembra que o ato de interpretar implica um nível semântico (que comporta a dialética do mostrado-escondido do símbolo) e um nível reflexivo, em que a compreensão das

expressões simbólicas é também compreensão de si e do outro (SILVA, 1992, p.146). Nesse sentido, a interpretação se distancia de qualquer postura solipsista que lance o sujeito na mesmidade. Interpretar é um processo dialético que se desenrola no confronto (não como oposição frente ao outro, mas como possibilidades) de horizontes. Isso porque o objeto ao qual a consciência que interpreta se reporta, apresenta-se, ele mesmo, num campo limitado de construções possíveis e a própria interpretação já é um evento marcado pelo enraizamento do ser no mundo. Não implica, portanto, numa ação ingênua, pois realiza-se no plano de uma tradição, uma “grelha de leitura” a partir da qual o intérprete organiza significativamente o objeto de sua atenção (RICOEUR, 1987). Por isso, a interpretação é sempre um filão, uma perspectiva do ser que se realiza no encontro com o mundo, e que se reatualiza em novas situações (RICOEUR, 1998, p. 05-26).

Faço uma opção de leitura que está marcada pelo esforço de compreender a questão da identidade do grupo, não a atacando de frente, perguntando aos atores o que eles pensam dela, mas fazendo um esforço de decupagem daquilo que foi inscrito no cotidiano do grupo, no que os atores falam e fazem. Para isso, minha relação com a teoria não é a da defesa do “marco teórico”, mas a da fundamentação atenta à coerência epistemológica. Na medida do possível, deixarei que os dados reivindicuem os conceitos e as categorizações necessárias à compreensão. Quanto a mim, sujeito interessado nessas questões, resta o trabalho de decupar esses fragmentos de história, (re)construindo uma história que possa ser contada.

4 A AMEA: PARA-SÍ E COM-OS-OUTROS

4.1 CONFIGURANDO O GRUPO

4.1.1 Agenciamentos e formação

Exceção feita aos hospitais psiquiátricos, até o ano de 2005 a rede de atenção à saúde mental em Salvador era composta por três ambulatorios e três CAPS. Embora já ocorresse uma movimentação da gestão municipal no sentido de pensar a construção de uma rede de atenção nos moldes substitutivos, será apenas em 2006, com o fechamento de 520 leitos oriundos de dois grandes hospitais psiquiátricos, que a implantação da rede substitutiva tem início na cidade (NUNES, et. al. 2009). Nesse mesmo período, começava a se construir uma conjuntura em que o “negócio da loucura” diminuía em lucratividade, criando um contexto de estrangulamento econômico para alguns serviços privados. Em virtude da situação emergencial que o fechamento dos leitos psiquiátricos colocava, o município é forçado pelo Ministério Público do estado a assinar um Termo de Ajuste de Conduta (TAC), no qual assumia a responsabilidade em criar, num prazo de seis meses, dispositivos de atenção à saúde mental, de maneira que a extinção dos leitos psiquiátricos não resultasse em desassistência dos egressos (NUNES, et. al. 2009). Entre os dispositivos previstos no TAC, estava a efetivação dos CAPS como previa a Lei nº10.216/01 e a Portaria federal n. 336/02 ¹⁶.

Além de impulsionar a criação da rede de serviços substitutivos, o fechamento dos leitos psiquiátricos deixava relativamente livres, indivíduos cuja presença (política) estava comprometida pelo regime de internações. Ao mesmo tempo, começavam a despontar lideranças entre os usuários, assinalando, com isso, uma espécie de demanda latente no quesito da organização de suas demandas. É nesse contexto que militantes da Luta

¹⁶ A maneira açodada dessa implantação reverberaria na consistência da própria rede de atenção à saúde mental no município. No período em que realizei a pesquisa, a cidade de Salvador contava com dois ambulatorios voltados para o atendimento em saúde mental e dezenove CAPS, dos quais dezoito eram administrados pela prefeitura e um pertencia a uma Organização Não Governamental. Dos CAPS existentes no município, quinze eram CAPS II, um era CAPS ia II (ou seja, atendia apenas a crianças e adolescentes) e dois eram CAPS AD, sendo um deles CAPS AD II, e outro CAPS AD III (este último, guardando a especificidade de fornecer o atendimento para crianças e jovens de até vinte e um anos de idade, no regime de 24 horas). Na prática, isso significa que o município não possuía uma rede substitutiva para a cobertura 24 horas e nos finais de semanas, para a maior parte dos usuários. Na ausência dessa cobertura, o atendimento das crises mais agudas ficava a cargo dos três hospitais psiquiátricos da cidade (o hospital Juliano Moreira, o hospital Mário de Leal e o Sanatório São Paulo).

Antimanicomial na Bahia definiriam como estratégia de atuação o fomento à criação de uma representação dos usuários.

Em Salvador aconteceu uma pequena reunião que é a reunião relativa aos usuários e familiares, para que eles dentro do movimento antimanicomial adquirissem um espaço autônomo, ou seja, além de ter direito a se organizar com um conjunto do movimento, com todos que participavam do movimento. Na época nós já reconhecíamos que era importante incentivar um espaço de articulação autônoma dentro do movimento para expressão dos usuários. Nós achávamos, sempre colocando esse tema da suspeição dos representantes que não vivem a situação e de que os atores devem se constituir na legitimidade de sua experiência, da sua encarnação da dor, da dificuldade, da opressão (Apoiador - 1: profissional da saúde, militante da Luta Antimanicomial, e participe do processo de fundação da associação).

Quando ocorre o I Encontro de Usuários e Familiares dos Serviços de Saúde Mental do estado da Bahia, em 2006, já haviam sido fincados esforços de mobilização dos usuários nos serviços, cuja operacionalização muito se devia a um arranjo acadêmico/político (um grupo de trabalho - GT) criado por militantes da Luta e protagonizado por estudantes/militantes afinados com a militância antimanicomial em Salvador. Sobre o processo de construção desse Encontro, nos relatou um dos membros do GT àquela altura:

[...] A gente sabia que queria montar uma associação que ainda não existia, mas pra isso a gente teria que mobilizar os usuários. E aí fizemos esse grupo, um grande. Junto com o GT a gente ia divulgando nos serviços que ia haver esse primeiro Encontro de Usuários de Saúde Mental do estado da Bahia. E aí foi muito interessante [...] Quando a gente falava de organizar os usuários, algumas pessoas, principalmente os usuários, não entendiam muito o que era aquilo. Como assim? A lutar pelos seus direitos e tal. Ter um espaço para que você possa juntar com outras pessoas, pensar em como reivindicar e tal, aquilo soava meio que estranho, né? Já para os técnicos era algo “meu deus, será que vem aí um motim”. A sensação que eu tinha era essa, né? Esses caras vão começar a se organizar politicamente, vão começar a dar problemas aqui nos serviços. E assim, tem alguns relatos que realmente isso aconteceu (Apoiador - 2: profissional da saúde, militante da Luta Antimanicomial, e assessor junto a associação em seu processo de fundação).

Alguns usuários convidados a participar desse Encontro já se destacavam em seus serviços como pessoas articuladas, e, em alguns casos, também como lideranças. Mesmo que na maior parte das vezes essas atuações tivessem pouca capilaridade, não ultrapassando o âmbito das reivindicações referidas à melhoria do atendimento nos serviços, esses indivíduos passam a ser vistos como pessoas “interessantes” e que viriam a somar na composição de um grupo de usuários. Assim, terminado o Encontro e ratificada a necessidade de uma representação autônoma, alguns “usuários” passariam a compor um coletivo que, a partir daí, reunir-se-ia quinzenalmente com o intuito de pensar a associação.

A [cita o nome de uma militante da Luta] me ligou dizendo: “Cleide! A gente vai fazer uma grande reunião na OAB porque a gente tem que fundar essa merda dessa associação” – ela é muito espevitada igual a mim. Eu disse: a gente tem que fundar

mesmo. Porque a gente tentou várias vezes. Toda vez que a gente tentava, começava um bolinho de dois ou três usuários e depois desistiam. Pelo mesmo fator que a gente vive hoje. De não ter dinheiro para ir para a associação, de não saber ir e tal. [...], Aí fizemos uma reunião na OAB. Dessa reunião da OAB conhecemos uns aos outros lá. Bem! Esses louquinhos nunca tinham se visto; era uma coisa nova (Membro - 1: fundador da AMEA, foi paciente de manicômio e é usuário de CAPS).

Embora esses usuários tivessem em comum a vivência com o sofrimento mental e alguns itinerários daí advindos, como o processo de estigmatização, organizar-se representaria o desafio de “afinar” o conteúdo dessas vivências com as expectativas individuais e as necessidades mais gerais pertinentes à Reforma e a Luta, tentando viabilizar a construção de uma pauta coletiva. Esse foi um esforço nada simples, já que, nas primeiras reuniões, as falas iniciais explicitavam muito mais uma catarse do que propriamente um diálogo, como relatou alguns dos atores que vivenciaram esse processo.

[...], o impacto do encontro de pessoas, de usuários de vários órgãos diferentes, com várias descompensações. Os nossos apoiadores era um grupo grande com medo desses impactos, como lidar com esquizofrênico, transtorno bipolar, vários quadros diferentes (Membro - 2: fundador da AMEA, foi paciente de manicômio e é usuário de CAPS).

[...], essa coisa do falar era muito, o falar demais. O tempo de falar. Todo mundo queria trazer as suas ideias, trazer a sua experiência. No início era muito de falar de sua experiência de vida. Às vezes aquele espaço era um espaço mesmo de falar dessas histórias. De falar das coisas que tinham vivido durante a semana (Apoiador - 2).

[...], nós estávamos caminhando, com muita dificuldade nós estávamos caminhando. [...], E como eu falei. Das brigas e tudo mais que tinha, era muito difícil usuário de saúde mental um suportar o outro, cada um com a sua loucura, com seu CID, com sua doideira. E aquelas reuniões era um tumulto, era uma coisa, e a gente brigava mais do que se reunia. E aí foi indo, uma reunião melhorava, a outra piorava, daqui a pouco tava a gente tudo junto. A gente nunca se separou. Mesmo brigando, a gente tava toda semana junto (Membro - 1).

É uma coisa meio doida essa coisa de você tá mobilizando usuários de saúde mental, por quê? Porque usuário tá desorganizado, usuário não tá, tá desorganizado mesmo. A palavra é essa. Não tem como. Está desestabilizado e fica de bobeira e não tem essa coisa. Não consegue dar objetivo a coisa. A maioria das vezes não tem nem saco para ficar numa sala discutindo propostas teóricas ou discutindo ações ou definindo posições a tomar... As vezes não consegue nem conectar com a realidade. E aí? Por isso que o movimento da luta antimanicomial, ele é fortemente marcado pela inserção dos profissionais, a pessoas dos técnicos. Por conta disso. A mobilização do usuário e do familiar é uma coisa difícil (Membro - 3: fundador da AMEA e usuário de CAPS).

Vimos que, como forma de homenagear um antigo representante dos usuários, os membros do coletivo adotam o nome “metamorfose ambulante” para ser o nome da associação. No entanto, como compatibilizar a existência de uma associação que, em sua definição, possui um caráter peregrino e metamórfico, com as modulações (as reuniões, as atas e a ponderação com as falas...) que a organização formal impinge? Haveria uma

antinomia entre a necessidade de mobilização dos “usuários” e a ideia de organização formal, em cujo caráter o embrião de associação parecia enquadrar-se? No decorrer do processo de organização, esta questão, mais ou menos latente, surgiria como problema a partir das tensões cotidianas.

Durante o processo de organização, alguns “usuários” saíram; outros se incorporaram ao coletivo que passava a ganhar visibilidade. Sem uma identidade bem definida, membros, assessores e apoiadores tinham dificuldades em mediar os momentos de acolhimento das demandas existenciais dos membros – que eram muitas – e os trâmites racionalizadores inerentes ao próprio processo de organização. Inserido num cronograma para criação, o coletivo precisava “sair do papel” para se constituir como associação.

Tinha sempre aquela coisa do tempo. A gente sempre discutia essa coisa do tempo. Do respeito às pessoas que às vezes não estavam no seu momento. Não tinha condições de estar ali. E aí eu acho também que para algumas pessoas, a associação serviu muitas vezes como um – como é que eu posso dizer – como um espaço terapêutico, mas também como algo de trazer o sofrimento também. Eu me lembro que tinha algumas pessoas que para trabalhar com a organização, com a cobrança, com o tempo. Isso meio que desorganizava elas, entendeu? (Apoiador - 2).

Aos assessores, cabia canalizar as demandas, engendrando e estimulando a execução de processos. Se, no começo da organização, muitas das demandas dos membros eram atendidas de pronto pelos assessores, aos poucos esses tentavam criar uma dinâmica com a qual o coletivo pudesse se constituir enquanto grupo, buscando soluções aos problemas de seus membros. Como parte do mesmo processo de organização, outros problemas surgiam, sendo preciso fazer novas intervenções.

A cobrança. A gente começou ver ansiedade de qualquer usuário. De qualquer, todo mundo, mas nós usuários acho que é pior, principalmente no meu caso, eu sou esquizofrênico, transtorno bipolar se eu pudesse as coisas era assim: vamos fazer isso, amanhã já era pra tá pronto. [...], Aí começou a ter as nossas desavenças. Nós quebrar o pau, mas quebrar o pau mesmo. Não de chegar a discussão de se exaltar, mas de os profissionais que nos acompanhava, nos auxiliava, ter que intervir, pegar e até nos conduzir até em casa, de a gente descompensar nas reuniões (Membro - 2).

Quando, em 2007, ocorre a formalização da associação e a votação do estatuto, o coletivo já existia como grupo, isto é, como portador de uma identidade de ação, sendo reconhecido e requisitado a participar de parcerias com Universidades, órgãos públicos ligados à defesa dos direitos do cidadão e da garantia à saúde, entidades de classe, ONG's e entidades do movimento da Luta Antimanicomial. Nessa altura, a primeira turma de assessores, partícipes do processo de fundação, já havia se retirado, sendo substituída por outra.

4.1.2 E quando não dá para fazer só, quem ajuda? A presença dos assessores

Os assessores fazem parte do emaranhado de relações que configuram a associação, e não se vai muito além nesse campo sem um esforço concreto de compreender a natureza dessa mediação chamada assessoria. Isso porque uma análise precipitada da atuação desses atores facilmente circunscreveria suas ações à esfera das operações burocrático/administrativos (como redação de atas, ofícios, desenvolvedor de projetos e afins), ou, como extraí de algumas conversas que travei com militantes da Luta, ao entendimento de que a assessoria é a expressão radical da tutela política dentro da organização dos usuários.

Um dos matizes do modelo inicial de assessoria está nas formulações do campo “psi”, como a ideia lacaniana acerca do “secretário do alienado”. Com essa ideia, Lacan pretendia resgatar ao trabalho do analista da psicose um lugar que não fosse o da transferência calcada na centralidade do saber do psicanalista, mas, sim, a construção de um lugar de auxiliar na expressão da alteridade, acolhendo o testemunho do alienado. Diria Lacan:

Vamos aparentemente nos contentar em passar por secretários do alienado. Empregam habitualmente essa expressão para censurar a impotência dos seus alienistas. Pois bem, não só passaremos por seus secretários, mas tomaremos ao pé da letra o que ele nos conta - o que até aqui foi considerado como coisa a ser evitada (LACAN, 1985, p.235).

Essa posição não excetua o “secretário” de certa angústia, já que ele precisa renunciar, em seu trabalho, o lugar de desejo que o psicótico lhe pode demandar (COSTA, FREIRE, 2010). Vale lembrar que, em Lacan, o trabalho de secretário do alienado não seria propriamente político, cabendo ao secretário apenas a ênfase na escuta e no cuidado. Ao se colocar na posição de testemunha da relação do sujeito com o Outro – atenuando a presença de si próprio – o analista deixaria espaço para as construções que o psicótico possa fornecer acerca de suas experiências. Mas, quando o campo é também político, haveria a possibilidade de um “secretariado”?

Uma das imagens retiradas das entrevistas parece acrescentar algo à concepção lacaniana, aproximando-se daquilo que teria sido a proposta ideada da assessoria, quando do processo de formação da associação. Falo da imagem do *roadie*¹⁷.

[...], digamos que o tema da participação dos loucos na política exige um *roadie*. Exige quem possa criar e dar suporte a essas condições para essa expressão. Se for

¹⁷ Do inglês “road” (estrada) e “ie” (terminação diminutiva), o termo *roadie* (que poderíamos traduzir como “estradinha”) é usado no meio artístico para referenciar as pessoas que trabalham com a manipulação de equipamentos, preparação de palcos e afins. Pessoas que estão, desta forma, na estrada com os artistas principais.

exigido que o próprio sujeito manipule todas as circunstâncias que o levarão a se exprimir, pode ter certeza, sua voz não vai ser ouvida, sua voz não vai aparecer socialmente. Então tem aí uma tensão grande que é: se eu quero que os loucos participem da política, eu tenho que me empenhar com uma ação política que é me empenhar para que ele participe. Quer dizer que eu tenho que dar suporte subjetivo e objetivo para que a sua expressão se faça ver (Apoiador - 1).

A despeito dessas e outras possíveis referências, a complexidade da tarefa de assessoria tem dado a sua existência um caráter polissêmico e por vezes ambíguo. Nos relatos dos estudantes responsáveis por essa prática, apreende-se a sensação de que assessorar a associação é sempre um caminhar em corda bamba, que exige um constante exercício de reflexividade.

Por exemplo: eu converso muito com [cita o nome de outro assessor] no final da reunião pra passar as coisas que trazem. Ele traz muita coisa, eu trago muita coisa e a gente vai tentando conversar para ver se encontra um ponto de confluência. Não é dizer que nós vamos pensar igual, mas é tentar encontrar uma confluência de assessoria, uma confluência de cuidado, e não de tutela, que é um risco. E isso é complicado... (Assessor - 2: militante da Luta Antimanicomial e estudante de psicologia)

Por todas essas nuances, a assessoria configura na prática política a mesma dimensão que tem se configurado numa instância mais ampla, que é a da atenção psicossocial num contexto de Reforma. No centro da tensão entre autonomia e tutela, os assessores fazem o esforço de substituir a ideia do **fazer (ou estar) para**, pela necessidade de **fazer (ou estar) com o outro**. Dessa forma, alude-se que a prática concreta da assessoria não pode se desvencilhar dos pressupostos que organizam a ação técnica no campo da clínica e no campo da organização política antimanicomial. Como os assessores ainda não são profissionais, e, ao mesmo tempo, não são figuras com um amplo histórico na Luta antimanicomial, voltam-se sobre eles olhares reticentes, levando-os, em alguns momentos, à exaustão.

Às vezes era muito sofrido pra mim, por exemplo. Porque a gente, a gente tinha um objetivo. Era organizar uma associação. A gente não estava ali num espaço terapêutico. Essa era a minha grande questão . [...], Porque eu não estou ali para ser terapeuta. Eu estou ali para trabalhar junto com o grupo, para a gente formar uma associação, entendeu? Ali a gente é igual, entende? (Apoiador - 2)

A relação dos assessores com os membros associados também pode ser objeto de conflitos, principalmente quando os assessores recusam uma postura mais pragmática em relação às demandas que são trazidas pelo grupo. Como na maior parte das vezes, o primeiro impulso é delegar ao assessor a execução de alguma tarefa – o que é ajudado pelo fato de os membros da associação serem mais velhos do que os assessores, em geral bastante jovens – um membro pode mostrar descontentamento com a recusa do assessor em executar sozinho

uma tarefa, levando o assessor a argumentar sobre a necessidade de que as tarefas sejam executadas pelos membros. De toda sorte, e no discurso de todos os membros da associação, sem exceção, a demanda por assessoria é forte, como fica sintetizado nesta frase: “[...], na minha opinião, sempre vai precisar de pessoas que tomem a frente” (Membro - 2).

4.2 A LUTA NA PRÁTICA: O GRUPO-PARA-SÍ

Perguntado sobre o que faz a AMEA, não será difícil obter de um membro a resposta **controle social**. Não qualquer controle social, mas, sim, o controle social **dos processos engendrados na Reforma Psiquiátrica (antimanicomial)**, uma circunscrição importante. No Brasil, a noção de controle social atrela-se à estrutura do Sistema Único de Saúde (SUS), através das Leis 8.080/90 e 8.142/90. Por tratar da relação entre Estado e sociedade civil, as práticas de controle social têm sido comumente apropriadas pelos movimentos sociais, com vistas à articulação de medidas e dispositivos que garantam a participação e o controle na elaboração, implementação e fiscalização de políticas sociais (VASCONCELOS, 2003).

Sobre o engajamento de movimentos sociais nesse certame, Rodrigues (2005) citando Bórgus (1998), afirma que as práticas de controle social erigem um importante espaço para que os membros de tais movimentos desenvolvam uma transformação tanto na vida pessoal de seus integrantes, como na própria compreensão das temáticas relacionadas à saúde. No mesmo sentido, as práticas desses atores comumente extrapolam o âmbito do controle social, incorporando em sua busca novas formas de fazer e de construir subjetividades. Continua Rodrigues:

É pelo controle social que muitas pessoas se permitem expandir na militância política, e com isto ocorre o estabelecimento de relações interpessoais mais satisfatórias. Bórgus (1998, p. 129) relata que ao passo que a pessoa participa de definições, de formulações e controle de políticas, “aumenta-se à percepção quanto à situação social e posteriormente às mudanças relacionadas ao seu papel social: formação educacional, atuação profissional e relacionamentos familiares” (RODRIGUES, 2005, p.78).

Compreender o que o grupo faz, quando faz o que chamam de controle social – ou seja, o que seus membros acham que estão fazendo quando fazem o que fazem – (GEERTZ, 1997) é, portanto, um bom fio condutor para entender como os membros do grupo se mobilizam fazendo a luta na prática. Já analisei uma pequena parte dessa dinâmica nos tópicos acima, quando descrevi o processo de formação da associação. Se, como vimos, muitos dos membros que hoje integram a associação já possuíam certa disposição para mobilizações tendo em vista

reivindicações de melhoria em seu serviço e/ou no sentido de combater as mazelas oriundas do modelo manicomial, nem todo membro chega à associação com a mesma disposição para a organização em grupo. O que muda nesses casos?

4.2.1 O grupo como lugar de reconhecimento

Com interesse em adquirir informações sobre como resolver algum problema que lhe aflija, a maior parte dos indivíduos com sofrimento mental que visitam a AMEA acabam não fazendo mais do que uma ou duas visitas. Com informações fragmentadas – e, às vezes distorcidas – sobre a associação, esses indivíduos podem, inclusive, manifestar receios acerca do contato com o grupo, como nos relatou Marta, em conversa.

[...] A primeira vez que teve notícias sobre a associação seria através de um informe colado na parede do Hospital, quando estava internada. Interessada pelo informe, toma nota do nome e endereço da associação. De volta para casa, Marta pede à sua mãe para procurar maiores informações sobre aquela associação e como ela não consegue, volta ao hospital onde esteve internada, agora para pedir informações a algum funcionário. A primeira notícia, entretanto, não seria animadora. Explicando, a seu modo, o que seria a AMEA, a profissional interpelada por Marta teria perguntado se ela realmente gostaria de conhecer aquela associação. Essa pergunta deixa Marta com receio, afinal, ela continuava sem saber o que encontraria, caso decidisse conhecer o grupo. Ainda assim, de posse do endereço, ela decide ir à primeira reunião. Esse encontro parece ter um forte impacto sobre Marta. No começo, diz ela, “nem sabia do que estava se falando”. Apesar disso, resolve continuar participando e no decorrer destas participações começa a se adaptar ao grupo (Diário de campo, 13 out. 2010).

Não apenas a qualidade do que é dito nas reuniões pode causar estranheza ao visitante, mas também a forma como as discussões são feitas. Embora siga a estrutura e possua alguns conteúdos muito similares ao de qualquer movimento social (como a leitura da ata da reunião anterior, os informes, a construção e discussão das pautas e a divisão em diretorias), as reuniões da AMEA são marcadas pela característica de terem seus conteúdos expostos sem que se crie em torno deles qualquer tipo de cerimônia, o que pode “espantar” o visitante que não seja muito afeito ao debate.

Apesar de ser considerados loucos, como a sociedade considera a gente infelizmente, a única diferença que eu acho da gente é que nós usamos a transparência. Nós não temos limites. Nós não temos um padrão, nós não temos órgãos, nós não temos nada que nos impeça de falar o que me vem na... na nossa cabeça pra falar. [...], nós trabalhamos com a sensibilidade, nossa transparência, eu acho que... eu considero que se as reuniões, os políticos tivesse a transparência do jeito que a gente vive, eu acho que seria muito melhor, porque nós trabalhamos com a realidade, só que as vezes a gente exagera. Que quando a gente quer uma coisa, as coisas não são assim. Precisa a gente entender. É difícil nós mesmos se colocar, é

por isso que uns aos outros, a gente mesmo entre si mesmo, tem que baixar a guarda porque as coisas não são assim... (Membro - 2).

Aos que processam bem essa dinâmica, não encontrando nela maiores fontes de estranhamento, participar pela primeira vez de uma reunião da associação costuma ser uma experiência de **reconhecimento**. Não havendo uma transição formal do *status* de visitante para o de membro, será fundamental para a permanência do visitante a participação numa série de atividades que o levarão a sentir-se pertencente ao grupo, ao passo em que é reconhecido pelos membros como tal. No caso dos novatos, essas atividades são do nível mais elementar, e sua introdução nelas se dá com o acompanhamento de um membro mais antigo ou um assessor, não lhe sendo cobrado nessa atuação nada que se assemelhe a desempenho. Em se tratando dos membros mais antigos, esses compromissos estão ligados à representação do grupo nos espaços onde ele atua, na elaboração de atividades e projetos, assim como em parte da condução e sistematização das reuniões. Nesses casos, o bom desempenho será demandado.

Estando numa reunião, o visitante pode descobrir (ou ratificar a impressão) de que seus problemas não são individualizados. O trecho do diário de campo que se segue, embora longo, registra uma dinâmica ocorrida numa dessas reuniões e nos fornece uma boa medida desse processo de reconhecimento.

Negra, corpulenta, aparentando uns cinquenta anos, a senhora pergunta com voz bastante calma se ali era onde “se discutia sobre os direitos das pessoas com problema mental”. Ela teria obtido essa informação em algum lugar e foi lá para conferir.

Rose, de pronto, diz que ali se discutia os direitos dos usuários e que aquele grupo era uma associação de usuários de CAPS. Terminada a definição, pediu que a senhora sentasse à mesa, conosco. A senhora senta-se ao mesmo tempo em que pergunta para Rose: “quais são meus direitos?”. Rose nada responde, ao contrário lança uma pergunta – *Você sabe o que é cidadania?* A senhora responde titubeante: – *sei sim, cidadania é ter meus direitos respeitados...* Mais uma vez Rose toma a palavra, agora falando alto, gesticulando e se expressando de forma veemente – *Cidadania é ter garantido o seu direito de ir e vir. Um direito inalienável. Ninguém pode tirar esse direito...*

A senhora passa a explicar sua situação. Diz ser formada em psicologia e ter se aposentado como servidora pública. Recebe aposentadoria integral, e possui uma esquizofrenia diagnosticada. Com um filho no primeiro ano da faculdade de direito, diz estar sofrendo com os maus tratos de uma irmã que chegou a agredi-la fisicamente. Além disso, essa irmã estaria ameaçando-a de internação caso ela viesse a desobedecer suas prescrições, dentre as quais, não sair de casa. Ela própria diz ter saído de casa às escondidas e que estava disposta a não mais voltar.

Isso tudo a senhora disse entre interrupções de Rose, que sempre reafirmava a necessidade de que ela compreendesse que a questão da proibição de seu direito de ir e vim não teria fundamento legal, na medida em que seu direito de ir e vim está garantido por lei, sobretudo por ela não ser uma pessoa judicialmente interdita.

Rose pergunta se a senhora conhece o CAPS e tendo uma resposta negativa, indica um serviço próximo a residência da senhora, ou seja, o CAPS do bairro do Rio Vermelho.

A senhora, agora emocionada, fala de seu estado. Diz ser normal e que tudo que deseja é poder passear com suas amigas e sair de casa, mas não faz essas coisas com medo de ser internada e que vem tendo acompanhamento psicoterápico em um médico particular.

Rose interpela a senhora e ratifica a ideia de que é necessário que ela torne público seu problema. Além disso, melhor do que fazer o tratamento particular – cujo “vil metal corrompe”, segundo Rose – seria fazer o tratamento com uma equipe multiprofissional, como nos CAPS. A senhora agradece e afirma que encontrou o que procurava, levanta-se, abraça Rose e vai embora dizendo que se coloca a disposição para qualquer depoimento em favor da AMEA. Depois da saída, Rose brinca comigo e um assessor dizendo: *isso é saúde mental: acolhimento* (Diário de campo, 08 out. 2010).

No dia em que ocorreu esse encontro, a pauta da reunião era extensa. Além disso, Rose passava por problemas conjugais, o que lhe deixava um tanto quanto agitada e faladeira. Não fosse sua interlocutora uma pessoa calma, o desfecho do encontro poderia ter sido conflituoso, coisa que só não aconteceu porque, naquele momento, a sensação de acolhimento mútuo seria imperativa. A senhora diz ter encontrado o que procurava e Rose, ao mesmo tempo, encontrava naquela audiência vazão a seus problemas. A conversa ocorria de forma tão compenetrada que, mesmo o grupo que costuma ser falante, praticamente anulava-se, configurando uma dinâmica intersubjetiva na qual fala e silêncio compunham o processo interativo. A senhora não retornaria, mas decerto este encontro foi um momento definidor de identidades para os interlocutores – falantes ou não.

Mas nem todo visitante consegue organizar sua narrativa de modo que ela faça sentido. Lembro que numa dessas reuniões, um visitante evangélico volta e meia levantava de súbito apelando aos presentes para que estes aceitassem a Jesus. Uma pergunta “fora de contexto”, deveras. O que fazer? Vindo de um visitante, o grupo não mobiliza maiores esforços para que essa intervenção seja coletivamente significada, a não ser pela anuência, absorvendo a intervenção “fora de contexto”, sem abrir maiores espaços para a interlocução. Talvez isso se deva ao fato de que a permanência passageira do visitante não representasse implicações de longa duração ao grupo. Voltando ao caso do evangélico, os membros inquiridos aceitaram o apelo, que foi sucedido de uma oração até que o “pastor itinerante” voltou a se sentar, participando da reunião¹⁸. Se é assim no caso do visitante, o que muda quando as palavras e as ações “fora de contexto” partem dos membros do grupo?

¹⁸ Ambos os exemplos são próximos às situações teorizadas por interacionistas simbólicos como Strauus (1999), Becker (2008) e Goffman (2002). Para eles, a interação se desenrola num mundo intersubjetivo que tem a vida cotidiana, os outros e a linguagem como *locus*. A própria existência humana implica em **interpretação de si, do**

4.2.2 A crise como um elemento (des)estabilizador

A reunião ainda não havia começado quando teve início a discussão entre Maria e Jennifer. Com cinquenta anos de idade, Maria reside num bairro central de Salvador e faz tratamento em um CAPS próximo a sua casa. Tímida, nas poucas reuniões em que comparece, não costuma manifestar opinião, embora sempre esteja conversando “baixinho” com Jennifer ou algum outro membro que esteja ao seu lado.

Hoje Jennifer chegou um pouco mais tarde e como costuma fazer nesses dias, passou a cumprimentar a cada um dos presentes com um beijo na cabeça. Quando segue para dar o beijo em Maria, é surpreendida com a manifestação contrária da amiga, que não recusou o beijo alegando maus-tratos da parte de Jennifer, ocorridos na última reunião...

Maria, visivelmente nervosa, continua a fazer acusações contra Jennifer, dando a entender que esta vinha sistematicamente a maltratando, mas, apesar de tensa, a conversa transcorre em “bom tom”. Da parte de Jennifer, parece haver a compreensão de que Maria não está em sua “normalidade” e retruca as acusações com uma espécie de intenção conciliadora.

A querela continua assim até que Cândida, associada, pede que as falas cessem pois ela estaria temerosa de que toda essa “agitação” pudesse lhe causar mal-estar. Com a intervenção de Cândida, Maria levanta-se e sai da sala de reuniões, dando término a discussão. Logo em seguida, um dos assessores também sai para conversar com ela. Passado algum tempo (cerca de trinta minutos) Maria volta com os olhos ainda lacrimejantes, sentando-se um pouco distante dos demais membros do grupo – que já eram muitos nessa altura – e a reunião finalmente tem início (Diário de campo, 29 set. 2010).

Diferentemente do que ocorre na relação com um visitante, atitudes “fora de contexto” como as de Maria representam uma ameaça mais concreta no desenrolar das atividades do grupo, tanto por quebrarem a dinâmica das discussões, tirando o foco das mesmas, como pela possível ameaça à saúde mental dos demais membros. Entra em cena o tema da crise, cujo manejo coloca em ação os membros do grupo e os assessores. Mas que crise é esta, cuja manifestação se busca evitar?

Servindo para denominar uma ampla gama de situações e estados subjetivos, a ideia de crise, como difundida em nosso cotidiano, muito se distancia do seu significado original¹⁹, para ser apropriada pelo senso comum e por áreas de saber, sendo usada em diferentes situações. Na psiquiatria clássica, por exemplo, crise significa a agudização de sintomatologias psiquiátricas como “delírios, alucinações visuais e auditivas, agressividade e

outro e para o outro. Interagir, nesse sentido, é articular símbolos de um mundo familiar e também atitudes frente ao inusitado. Destarte, a existência social do indivíduo está assentada em tomadas de posição frente a expectativas sociais evocadas pelo contexto (e pela interpretação dada ao contexto) em que a interação se desenrola.

¹⁹ Ferigato et al. (2007) lembra que em sua matriz ocidental o termo crise vem do grego (Krisis) significando um estado no qual uma decisão tem de ser tomada. Para Capra (1982) a crise, no âmbito da evolução cultural humana, não deve ser compreendida como uma exceção, mas como parte constitutiva dos processos de transformações sociais sendo deles uma espécie de sinal de transição que contém, ao mesmo tempo, perigo e oportunidade.

agitação psicomotora” (FERIGATO et al. 2007). A crise seria aquilo que desequilibra, daí a supressão de sua sintomatologia se definir pela busca de adaptação e estabilização dos indivíduos em situação de crise.

Segundo Ferigato, outros autores ampliariam a caracterização da crise, incorporando, além de uma sintomatologia, a relevância de aspectos contextuais como a relação com a família e o contexto social. O conceito de crise também seria ampliado pelas abordagens de orientação psicanalítica, em que ele passa a ser relacionado com a ideia de trauma, entendido como uma “experiência limite” para o indivíduo. Na saúde mental, as diferentes perspectivas a partir das quais a crise é definida também implicam na adoção de certos tipos de manejo (como os farmacológicos, os psicológicos e/ou psiquiátricos), que entrelaçam saberes, técnicas e discursos científicos. Esta relação é complexa, pois, além de mobilizar o arcabouço técnico em função da questão acerca de “como lidar com a crise”, mobiliza os sujeitos que, envolvidos no manejo, estão passíveis da reprodução de práticas paternalistas e/ou dominadoras (FERIGATO et al., 2007, p.35-36).

Essas considerações vêm corroborar com a ideia de que a maneira como um problema é definido indica os itinerários que se constroem a partir desta definição (BOLTANSKI, 1989; SOUZA, 1995; ALVES, SOUZA, 1999; FREIDSON, 2009). Voltando à reflexão de como crise é definida no grupo, temos que parte do reconhecimento da sintomatologia, a definição e o manejo desta dimensão da experiência dos sujeitos, está informada por noções do campo “psi”, sobretudo devido à familiaridade que os membros do grupo têm com esse campo. Sobre este aspecto, Boltanski lembra que

A familiaridade com as taxinomias mórbidas e sintomáticas de origem científica e a aquisição de novas categorias de percepção do corpo é essencialmente o resultante da frequência do contato médico, que constitui hoje o principal agente de difusão do vocabulário médico (e secundariamente a leitura de artigos ou de obras de divulgação médica) (BOLTANSKI, 1989, p.133).

No âmbito do grupo, a crise, em parte, é um problema cuja solução depende de alguns manejos clínicos, como a consulta com os profissionais do campo da saúde mental, a frequência no CAPS e o autocuidado. Junto a isso, complementando o “psi”, a crise tem sua sintomatologia ampliada, sendo definida e manejada tendo em vista aspectos da experiência organizativa e militante dos indivíduos em grupo. Além de ampliar o quadro de suas possíveis causas, vemos a recusa de manejos como a internação em leitos psiquiátricos, o uso indiscriminado de fármacos e o tratamento não negociado com os terapeutas.

Mediando estas duas dimensões (a “psi” e a militante) a noção de crise, no grupo, tem seu significado organizado a partir do sintoma “mal-estar”. Como sinal mais evidente da crise, o mal-estar – ou, nos termos do grupo, o “não-estar-bem” de um membro – pode advir de acontecimentos tão diversos quanto: (a) os efeitos de um medicamento, a não ingestão ou da ingestão do mesmo em consórcio com bebidas alcoólicas; (b) dinâmicas da vida privada, como brigas com familiares ou problemas econômicos; (c) problemas estruturais, como o mau funcionamento dos CAPS, a falta de medicamento e regularidade na prestação dos serviços ou a demissão de algum profissional de referência; (d) pressões ligadas à prática da Luta, como o excesso de coisas a fazer no grupo e os embates com/entre os atores externos; (e) implicações advindas de dissensões originadas na dinâmica interna ao grupo.

É comum que nos casos (a), (b) e (c) os membros fiquem afastados do grupo, recolhidos em casa sob o cuidado do CAPS, em casa sob o autocuidado, o cuidado de algum membro da família, da associação ou da vizinhança. Nos casos mais intensos, eles são reinternados em leitos psiquiátricos da cidade, recebendo visitas de algum membro do grupo e/ou assessor que faz uma espécie de “monitoramento” do cuidado prestado. Quando esta crise é atenuada, o indivíduo costuma se reintegrar ao grupo, e sua estada neste espaço pode ser vista como terapeuticamente eficaz para sua recuperação.

Já nos casos (d) e (e), por terem origens em dinâmicas relacionadas à militância com os demais membros, a crise pode agravar as dissensões no grupo, perdurando por dias ou até meses, atrapalhando o andamento das reuniões.

[...], No caso nós tá lá... 50% perde. É votado assim... tá lá no estatuto, tudo direitinho, tudo bonitinho. Mas pode ter certeza que eu botei uma tese dos 50% e perdi, pode ter certeza que eu vim pra casa e não vim pra casa bem. Não vim pra casa bem. De meia em meia hora eu to machucando... aí eu perdi, mas eu não desisto. De meia em meia hora, em cada reunião, vai, volta, quanto tiver alguma coisa que pareça com aquilo que eu tenha, eu vou ficar futucando. Aí pronto. Tem outro usuário que tem a minha descompensação também. Esse usuário vai criar atrito. Enquanto não chegar nesses atritos não para (Membro - 2).

Como indica o relato, os efeitos dessas crises não se restringem ao indivíduo, e, quando acomete um dos membros, ela tende a impactar, em graus diferentes, os outros indivíduos que podem sentir-se impulsionados a se afastar do grupo até que a situação (ou o indivíduo “portador” da situação) de crise seja revertida ²⁰.

²⁰ A questão da crise no âmbito do grupo nos provoca a pensar qual o espaço para a atuação do indivíduo em situação de crise no âmbito da Luta. Em campo, percebi o gradual adensamento da militância e os compromissos daí advindos têm configurado um espaço cada vez mais restrito à expressão do sujeito em crise, mesmo no âmbito dos grupos de usuários.

Quando um membro “não está bem”, mas está participando das reuniões, os demais usarão da resiliência ²¹ como uma espécie de medida atenuante. Para isso, é comum que os assessores intervenham – como no caso de Jennifer e Maria – buscando apaziguar os ânimos, dialogando individualmente com os litigantes ²². Quando a maior parte das tentativas de reintegração do membro à dinâmica do grupo se esvai, o afastamento voluntário para “se curar da situação” acaba sendo um dos principais meios de reestruturação dos laços pessoais e da posterior reintegração do membro ao grupo.

Contudo, não basta que um indivíduo em seu íntimo realmente não esteja bem. É preciso que os outros membros do grupo reconheçam e atribuam certa legitimidade a esse estado. Assim, a mesma crise que suscita a postura de busca de resiliência, é, em outros casos, objeto de julgamentos morais, podendo ser objeto de descrédito quando se torna corriqueira no interior do grupo, ou quando tem por objeto um posicionamento mais radical em relação a instituições e pessoas fora da associação.

Traduzindo para os termos de Goffman (2002), é preciso que haja em torno da crise certo “consenso operacional” ²³ dos membros. Disto, temos que o entendimento acerca dos **limites** e do que **não é crise** será outro dado que organiza a vivência em grupo. Lembro que, durante a pesquisa, um dos integrantes estava sendo apontado como protagonista de excessos na forma de atuação, cujo ápice teria sido a entrada abrupta num órgão da prefeitura ligado à saúde mental. Lá, o integrante teria falado alto e aos prantos, ao mesmo tempo em que reivindicava melhorias para os CAPS. Indaguei aos membros do grupo o que havia de errado naquilo, já que as intervenções do integrante tinham um conteúdo pertinente frente ao dado a que se referia. As respostas que obtive, próximas entre si, explicavam mais ou menos o que me disse esse interlocutor: “Isso [esse tipo de comportamento] não é da doença mental. É ignorância...”

²¹ Apropriado da psicologia – e originário o na física – o conceito de resiliência se refere à capacidade que os indivíduos ou grupos têm para enfrentar, com sucesso, as adversidades advindas de situações de risco para sua saúde (MACHADO, 2010; SILVA et. al. 2005). O conceito de resiliência é distinto da noção de invulnerabilidade, já que a pessoa resiliente não estaria isenta das implicações que a situação de risco lhe venha impingir. Para esses autores, quando aplicado à saúde, o conceito de resiliência, ao invés de se ater ao que acontece nos modelos biomédicos e hospitalocêntricos, priorizaria os recursos pessoais e contextuais que podem ser usados para enfrentar as adversidades, produzindo saúde.

²² Seria equivocado chamar esse manejo de profissional, justamente pelo fato de serem os assessores estudantes em formação. Ainda assim, essas intervenções contêm um conteúdo – mesmo que residual – de profissionalismo, além de serem momentos “interessantes” para que o assessor possa colocar em prática algumas de suas aprendizagens.

²³ Em Goffman (2002), essa noção conduz ao entendimento de que os atores moldam suas ações de maneira a se ajustarem a um tipo de cenário, daí a interação tender a constância, ao menos temporariamente. Essa constância se funda numa espécie de acordo tácito entre os atores, quanto às pretensões que cada um assume numa dada interação. O contrário disso, ou seja, a quebra do cenário, coloca a face do ator em suspeição frente aos demais.

Portanto, a aceitação ou a censura moral de determinado comportamento extrapola os acordos normativos (como o estatuto da associação), reiterando os acordos tácitos que retiram sua validade da experiência intersubjetiva e das situações de interação. Com uma visão pragmática sobre a atuação, o grupo “pactua” tacitamente que a prática de controle social demanda que seus integrantes equacionem minimamente os comportamentos em relação a outros atores e espaços com regras de convivência e cordialidade preestabelecidas e cuja desobediência implicará em algum grau de marginalização e reforço do estigma (BECKER, 2008). Além de comprometer a imagem da associação, a simulação da crise iria de encontro a ideia de inclusão social, já que poderia colocar o indivíduo no lugar da vitimização.

4.2.3 Aprendizado e consciência

Corroboro com Gohn (2010) a ideia de que mobilização política tem um caráter educativo e de aprendizagem para seus protagonistas. Ao implicar numa ação intersubjetivamente construída, esta mobilização coloca em ação aquilo que Paulo Freire (2007) denomina como tomada de consciência. Por isso, o fazer no/com o grupo surge como um momento de descoberta e construção de potencialidades adormecidas, levando os indivíduos a se reconhecerem como artífices que estão no/com o mundo, produzindo e refletindo sobre esse estar.

Teve o projeto... de que eu fui coordenadora, e pra mim foi muito rico porque foi um aprendizado assim. [...], Protocolar documento, ir em “n” espaços que eu nunca fui. Estar nas Faculdades, conversar com o Reitor da Faculdade pra que a AMEA tivesse um espaço lá, como eu fui para São Lázaro. Depois eu fui para a UNEB conversar com eles de igual para igual. Mostrar nossa proposta; dizer porque é que a gente tá lá. O que a gente tá precisando, o espaço que a gente precisava dentro das salas de aula pra tá divulgando esse trabalho de formiguinha que é fazer saúde mental. [...], eu nunca pensei que eu chegasse a isso. E me ajudou muito ser coordenadora desse projeto (Membro - 1).

Com a AMEA eu venho começando a aprender mais essa coisa de assumir as responsabilidades. A própria recepção social também... não que eu fosse excluído. Eu me sinto incluído em outros lugares também. Mas a AMEA possibilitou minha inclusão política, meu comportamento político no que diz respeito essa coisa do foco na liberdade, na liberdade e no cuidado. E através da AMEA eu fui compreendendo também o que era a Reforma Psiquiátrica, o que era o meu processo todo de desorganização. A AMEA vem me auxiliando a me organizar (Membro - 3).

[...], não é fácil – eu lhe digo a você – não é fácil, até hoje não é fácil ter essa sobrevivência não. Não é fácil tentar se organizar, botar as coisas nos mínimos locais é pra não se esquecer, tentar organizar, é difícil, é difícil. É uma briga com a gente mesmo. É grande demais, é pesada (Membro -2).

Adquirido, o aprendizado é valorado positivamente. Ao mesmo tempo, o processo mediante o qual este aprendizado é construído nem sempre é produto de um engajamento espontâneo. Essa recusa em assumir papéis parece advir da insegurança em realizar ações frente às quais não se tem uma experiência prévia – como, por exemplo, fazer uma intervenção num congresso ou a digitação de um texto – ou, nos casos em que os membros já possuem experiência em como fazer, de uma postura de acomodação que, seguindo a força do hábito, tende a “terceirizar” a execução de certos processos no âmbito da associação, principalmente os burocráticos.

Ambos os casos acenam para o processo de institucionalização desses indivíduos que estiveram, durante muito tempo, eximidos do lugar de protagonistas. Para dirimir isso, mais uma vez os assessores buscarão co-responsabilizar os membros do grupo, dando-lhes suporte prático – isto é, ensinando-lhes a fazer – ou emocional, com o uso de palavras de incentivo e valorização. Esse suporte é tenso, pois, como indiquei acima, a depender da urgência da tarefa a ser realizada, sua execução pode gerar conflitos entre os assessores e os membros que consideram não ser possível esperar o “tempo” de aprendizado daqueles que não dominam as técnicas ²⁴. A prática cotidiana do grupo é mais uma vez arrebatada pela dicotomia dos “diferentes tempos”. De um lado, o tempo subjetivo, lugar da duração, receios e a solidariedade entre os membros. De outro, o tempo da Luta, cronológico e que, por estar ligado ao território, carrega suas rotinas e padrões racionalizadores.

Além da aprendizagem que se relaciona com os afazeres do grupo, há também o espaço para trocas que são feitas de forma mais espontânea e não diretiva. Trata-se das “conversas nos bastidores”, que ocorrem nos intervalos das reuniões ou nos intervalos das atividades que o grupo desenvolve. Além de trazerem leveza às reuniões, possibilitando momentos de descontração, quando se prosea sobre amenidades como namoros, essas conversas também são momentos para troca de informações sobre o cuidado de si, sobre as crises e os efeitos das medicações.

Cândida disse estar a dois dias sem ingerir todo o medicamento que lhe fora prescrito pelo médico e ficará mais dois dias nessa situação já que possui consulta marcada apenas para a próxima a sexta-feira. A razão da suspensão dos remédios é devido ao fato de que estes têm causado paralisia de uma de suas pernas, uma sensação que lhe desagrada muito. E como sabe que não pode deixar de tomar os

²⁴ Ao mesmo tempo em que consideram fundamental o protagonismo em atividades que eram vetadas aos loucos, os membros do grupo podem se esquivar quando a demanda advinda desse protagonismo se torna sobrecarregante. Assim, sob a justificativa de que muitos “usuários” “não aguentam tanta pressão”, reivindicam um tratamento diferencial, mesmo sob o risco eminente de que esse tratamento reforce a ideia do louco como incapaz e vitimizado.

medicamentos até o dia da consulta, comenta que resolveu reduzir pela metade a quantidade de medicamento ingerido, além de suspender a sua utilização no turno da tarde. Essa posologia não se dá sem efeitos, e Cândida tem se sentido um pouco agitada nesses dias. Ainda assim, parece preferir isso a continuar com sua perna parcialmente paralisada. Os outros membros parecem achar esse risco válido (Diário de campo, 29 de set. 2010).

Por tudo isso, o membro da AMEA será objetivado pelos “outros”, não associados, como pessoas possuidoras de uma postura diferenciada em relação à maioria dos “usuários”. A ambiguidade dessa objetivação está no fato de que a mesma postura diferenciada que é elogiada em espaços fora dos serviços de atenção à saúde mental, como fóruns e plenárias, pode, quando referida ao âmbito de serviços com profissionais refratários a esta luta, mobilizar retaliações direcionadas aos “usuários problemáticos” como tentativas de demovê-los do processo de organização.

[...], E ela disse pra mim: “você vai decidir. Tá fazendo muito mal pra você essa associação”. Isso porque eu tava lá dentro do [cita o nome do CAPS onde faz tratamento] ensinando para os usuários que eles não podiam ficar órfão; e que eles não podiam deixar as coisas passar (Membro - 1).

4.2.4 A AMEA para seus membros

Embora fixe alguns significados, sendo uma espécie de parâmetro a seguir e consultar, o estatuto de uma associação costuma ser bastante redutor do significado que ela possui para seus membros. Com a AMEA não é diferente. Junto à ideia de que o grupo existe para fazer o controle social dos processos engendrados a partir e na Reforma, os membros comumente agregam outras definições ao grupo, algumas das quais imbricadas com as vivências pessoais e expectativas que eles têm em relação à atuação dos demais membros.

A AMEA pra mim é tudo que o usuário de saúde mental precisava. A AMEA é o suporte, ela é a força, ela é a resistência. A AMEA pra mim é... as pessoas que achavam que nunca ia existir nada para que ajudasse na saúde mental, então lá vem a AMEA com toda essa força. E sabe por que a AMEA é tão verdadeira? Porque ela é feita de usuários. São feitas de pacientes que sofrem a mesma dor das pessoas que estão aí nos CAPS, em suas casas, na rua, nos sanatórios, nos manicômios judiciários. Então, a AMEA, ela é feita, ela é construída de pessoas especiais também; pessoas sensíveis; pessoas que sofrem a dor do outro lá. A AMEA é feita também de pacientes, de usuários e a gente tem apoiadores, sim, que contribuem com a gente, mas quem decide tudo na AMEA somos a gente, os usuários, não são os apoiadores. Os apoiadores estão lá para dar suporte a gente. Então eu acho que a AMEA ela é um suporte muito grande porque ela é feita de pessoas iguais aquelas que estão precisando da gente. Estão precisando daquela multiplicação. É um movimento muito forte (Membro - 1).

Mas o importante que eu acho que na AMEA é as nossas conquistas, nós unidos de verdade, nós conseguimos chegar muito longe. Eu não sei nem expressar a satisfação de criar uma pra alguém, pra uns usuários que nunca, eu não gosto muito

desse termo. Não gosto porque se usufrui muito de usuário, mas de pessoas que foi sem créditos nenhum, e, de repente, nós descobrir que nós tem as armas na mão e que pode conseguir um bocado... pode conseguir tudo que tiver dentro do nosso objetivo (Membro - 2).

Outras definições também surgem da interação entre os membros, em conversas e posicionamentos públicos. Nessas situações, a AMEA pode ser definida como: (a) “a terapia que faltava”; (b) local onde se articulam redes de apoio e laços afetivos; (c) lugar onde se compartilham noções terapêuticas sobre como lidar com o corpo e o uso dos fármacos; (d) espaço de aprendizagem e domínio de novas técnicas; (e) lugar onde é possível conhecer novos territórios (como a cidade, o estado e até outras regiões do país) e pessoas.

Essas definições pragmáticas convivem com leituras mais racionalizadoras que situam a associação em quadros de referência abrangentes, como a comparação com a atuação das ONG's ou dos movimentos sociais de caráter representativo, ou mesmo de ambos, como sugere o membro abaixo:

A AMEA é uma organização que ela tem dois vértices... na verdade três vértices. Um vértice é enquanto movimento social. Então é uma associação que a sua ideia inicial era estar inserida nesse movimento social Luta Antimanicomial. Uma associação de usuário e familiares inserida nesse contexto da Luta Antimanicomial, ou seja, estar lutando contra essa cultura de segregação, em prol de um sistema que venha buscar o cuidado com a saúde mental, cuidado com essa desorganização para chegar a um lugar legal. Esse é um vértice. O outro vértice é o da organização não governamental, da ONG, e isso aí está vinculado a coisa do CNPJ. Por isso é que tem toda essa estrutura do estatuto, coisa e tal. A ONG que dá um caráter mais concreto a essa associação, que pode proporcionar benefícios a seus associados. Por que as pessoas só se associam a determinada agremiação quando encontram benefícios naquele lugar. E esse lugar de ONG é o lugar de execução desses projetos. E isso aí já causa um certo embate, já causa certo conflito. Tem pessoas mais radicais que veem só como movimento social e a contribuição e aquela coisa mais política, enquanto tem pessoas que são extremamente mais concretas, que veem só como ONG, instituição social definida. Então a gente tem que buscar um equilíbrio nisso aí. É aí é que vem o terceiro vértice, a síntese dessa coisa, da AMEA enquanto uma instituição que não perca nunca o foco nessas duas vertentes. Que tenha o foco fixo nas duas coisas – não é uma de cada vez, não. É movimento social e é uma ONG. Por quê? Porque com foco nesses dois vértices, as ações que ela tomar como instituição, ela vai tomar com foco no movimento social. Tanto afirmar as conquistas que esse movimento social já tem como encontrar outras, conquistar novas etapas. Uma coisa tá vinculado a outra. Eu vejo isso aí como uma coisa que não é fácil. Isso com pessoas que estão sujeitas a uma crise. Que em sua maioria não tem um embasamento cultural para essas coisas... e aí? [...], Isso causa até um certo desconforto na pessoa (Membro - 3).

Esses significados não excetam o grupo de queixas e autocríticas desferidas pelos seus membros. Cíclicas, essas críticas ressurgem após embates de ideias, projetos ou outras ações que colocam o “caráter” da associação em pauta. Nessas circunstâncias, a associação pode ser apontada pelos membros como um lugar: (a) onde as potencialidades e singularidades dos indivíduos não estão sendo aproveitadas, dando lugar a certo “perfil” ideal de militante; (b)

onde se têm se manifestado posturas centralizadoras e personalistas; (c) que carece de uma maior representação frente ao conjunto de usuários do estado da Bahia; (d) que tem centrado numa perspectiva “ongueira” em detrimento de ações propriamente políticas, como passeatas e manifestos.

4.3 A AMEA REFIGURADA: O GRUPO-COM-OS-OUTROS

4.3.1 Dialética da suspeição: autonomia e tutela

Vimos que a associação não surge da geração espontânea, nem da atuação preponderante de um ator político. Pelo contrário, a existência da AMEA é parte da confluência dos seguintes acontecimentos concatenados entre si: um processo em que a Reforma Psiquiátrica Brasileira deixa de figurar apenas como horizonte ideado e o regime de internações passa a ser quebrantado por um ordenamento legal que preconiza a criação dos serviços substitutivos; a consolidação da Luta Antimanicomial no Brasil e a multiplicação de atores políticos nesse campo, dentre eles um movimento de profissionais que já possuía uma trajetória local e nacional de atuação; a existência de um contingente de indivíduos mais ou menos “libertos” das estruturas manicomiais e que adquiram, a partir de suas experiências, certa expertise de mobilização, encontrando na organização em grupo um sentido de vida; a criação de um arranjo institucional (um GT) que tinha como uma de suas linhas de ação o assessoramento da organização dos “usuários”.

Ao mesmo tempo em que configura uma síntese desses acontecimentos, a AMEA ajuda a pensar como são atualizados os pressupostos éticos, políticos e epistemológicos que informam a Luta e a Reforma. Gostaria de deter-me um pouco mais naquele que, pela própria recorrência com que me foi apresentado durante o trabalho, e também pela relação que mantém com a crítica construída em torno da relação histórica entre a pessoa em situação de sofrimento mental e o saber psiquiátrico, tem surgido como um dos temas mais ilustrativos de toda a problemática envolvendo a identidade das associações de “usuários”. Refiro-me ao tema da autonomia e da tutela.

Se a preocupação com a construção de coletivos autônomos nasce como parte dos debates entre os profissionais, a gradativa participação dos “usuários” e a concomitante apropriação dessa temática pelos mesmos faz com que a preocupação com a existência e a garantia da autonomia de suas associações passe a firmar-se como tema central que retorna para os profissionais, agora como uma questão a ser trabalhada. Em outras palavras, no

espaço da Luta, a loucura que se ressignifica – encarnada nos “usuários” e suas associações – é objeto de uma nova disputa através da qual o tipo de relação com os “usuários” será um demarcador de posição neste espaço. Um desdobramento disso é a configuração de uma espécie de dialética da suspeição em que os atores políticos reivindicam para si a relação menos instrumental com os “usuários”, em detrimento daqueles que estabeleceriam uma relação tutelar (CRP, 2003; SURJUS, 2007). No caso da AMEA, podemos notar como essa dialética tem lugar na relação entre diferentes atores (AMEA/parceiros, AMEA/apoiadores, AMEA/assessores, parceiros/apoiadores, parceiros/assessores, apoiadores/assessores e membros/membros), em diferentes momentos e graus.

Sendo consenso que a Reforma, no sentido que a entendemos aqui, preconiza que a desinstitucionalização não descambe na desassistência, a solução encontrada para a mediação dessa questão foi sustentada pela ideia de que as associações de “usuários”, por sua própria especificidade, demandam um “tipo especial” de aproximação que contemple certos processos formativos e de assessoramento (VASCONCELOS, 2010). Disso decorre um problema não apenas de método, mas ético e político: como tecer mediações para que esse “tipo especial” de relação não implique na tessitura de práticas tutelares? Principal objeto de atenção dos militantes antimanicomiais, essa questão, pertinente para o conjunto do debate, parece secundarizar outra problemática, também relacionada ao tema da autonomia/tutela, qual seja: Qual o lugar reservado a essas associações no conjunto da Luta?

Penso que, com relação ao campo, a sofisticação das relações tutelares não está apenas ligada à forma como os atores interagem contribuindo ou não para o trabalho mútuo, mas na natureza do olhar (e do lugar atribuído) que é lançado sobre a associação. Sartre já lembrava que as situações de contato assumem importância capital na constituição do que somos. São nelas que o grupo/indivíduo são objetivados, objetivação cujo controle se lhes escapa, já que depende do jugo do olhar do “outro”. É o olhar do outro que congela, totaliza e limita a liberdade, transformando-a em fixidez (SARTRE, 2001).

Pensando nesse olhar, percebe-se, com poucas exceções – geralmente referidas aos espaços onde a participação da associação se definiu a partir de uma estratégia dos seus membros (como, por exemplo, quando definem a importância na participação em Conselhos e ONG’s) – que os convites recebidos pela associação giram preponderantemente em torno da demanda pela participação dos membros através da exposição de narrativas que versam sobre experiências de sofrimento e superação pessoal e de grupo.

Uma espécie de “subproduto” desse tipo de “lugar” diz respeito à demanda pela presença corporal dos membros da associação em determinados espaços, como eventos,

reuniões e manifestações de rua. Se esse tipo de atuação dá densidade e amplitude às ações da AMEA – que, por intermédio das participações, pode estabelecer convênios e criar canais de visibilização da organização na sociedade civil e com os usuários dos serviços – ele também reduz, no mais das vezes, a participação da associação à esfera simbólica, muito mais proveitosa aos parceiros que agregam pontos em seus currículos pessoais/institucionais extraídos do que os membros da associação chamam de “a imagem da AMEA” – ou seja, a imagem positiva de uma organização que atua em prol dos direitos humanos.

[...], de certa forma, eu não sei se eu tô sendo completamente preconceituosa, mas esse espaço aos usuários foi um pouco de marketing, assim. Esse espaço foi dado, acho que ele não foi conquistado - essa é uma opinião minha, não é uma opinião do GT - que esse espaço foi dado e que esse espaço deu certo porque tocou muito as pessoas e o público em geral. [como se fosse] a novela das oito, e esse espaço criou um marketing interessante (Assessor - 3: militante da Luta Antimanicomial e estudante de psicologia).

Há quem diga mesmo que a Marcha, ela foi basicamente orientada pelos profissionais e os usuários estavam ali como massa de manobra. [...], Isso é uma questão que normalmente a gente foge da discussão porque a questão é o progresso da Luta Antimanicomial, ou seja, fazer com que a Luta se efetive... lubrificar as engrenagens do Movimento. Mas o processo mesmo da emancipação da própria organização, eu vejo uma grande dificuldade (Assessor - 6: militante da Luta Antimanicomial e estudante de psicologia).

Outro aspecto que chama a atenção nesse “lugar”, também apreendido durante as intervenções que a AMEA realizava no território, é a maneira como a associação – e por extensão, os usuários dos serviços – é comumente referida: uma espécie de “reserva moral”, legitimadora e motivadora da Luta e internamente simétrica quanto ao equilíbrio de poder. Desse “lugar”, costuma-se aferir – precipitadamente, é claro – que a Luta existiria apenas como meio para salvaguardar qualidade de vida para os “usuários”, deixando subsumido outros interesses que mobilizam cada ator neste espaço

[...], a gente vê que é possível uma sociedade sem os muros dos manicômios... e eles me fazem acreditar que é possível uma sociedade sem muro nenhum... e sem o medo do muro... vocês me dão essa força para continuar” (Diário de campo, 11 set. 2010 – excerto de relato de estudante num Encontro de estudantes de psicologia)

Para Lobosque (2003), uma das tarefas da Luta antimanicomial seria “promover entre loucos e não loucos um entrelace tal que a palavra daí surgida enuncie o nome próprio do coletivo que assim se produziu” (LOBOSQUE, 2003, p.25-26). A autora afirma que esse entrelace não seria possível sem um mínimo de pactuação entre os atores, já que muitas das dificuldades de diálogo (e construção de linhas de ação) são obstadas por entendimentos díspares, acerca do mesmo ponto, dos limites que ele encerra e das possibilidades que ele

abre. O contrário disso – ou seja, a pactuação a qualquer custo – também seria pouco produtora, já que impossibilitaria colocar os interlocutores no lugar de sujeitos de ativos e passíveis a conflitos de interesse.

Compreender essas objetivações – uma tarefa que aqui apenas iniciei – é imprescindível para trazer maior clareza acerca da posição de cada ator no movimento antimanicomial, deixando-os mais livres para atuarem. É uma contribuição deveras importante pelo potencial de desconstrução da retórica “salvacionista” que situa as associações de “usuários” como algo a que se deve proteger, e os profissionais/militantes como bastiões desta defesa.

5 A EXPERIÊNCIA

5.1 ITINERÁRIOS DE UM *ÀBIKU*²⁵: O QUE MUDA NO ITINERÁRIO DO SUJEITO QUE PARTICIPA DA LUTA

5.1.1 Figura pública

Quando tinha 10 anos, [cita o nome do entrevistado], 43, foi levado a um médico pela família e este descobriu que o menino tinha transtorno bipolar aliado a esquizofrenia. A descoberta marcou o começo de uma verdadeira odisseia na vida do jovem inquieto. Após o abandono da família, que não soube conviver com a doença, ele viveu entre ruas gélidas e os tratamentos de eletrochoques nos manicômios. Sem tratamento adequado, a doença somente piorou.

Entre vozes e delírios, os períodos depressivos foram marcados por tentativas de enforcamento, envenenamento e até de atropelamento. “A gente perde o interesse pela vida em si”, explica ele, carregando na terceira pessoa a missão de representar uma classe. Nos meses de euforia ocorre o contrário: ele não consegue parar nem um momento. “Eu faço um bocado de coisa. Tomo remédio é para parar um pouquinho” (sic,) conta.

Contudo, a vida dele mudou depois que passou a frequentar o Centro de Atendimento Psicossocial (Caps). Tomando antidepressivos e estabilizadores de humor conforme a necessidade, ele já consegue cozinhar e fazer compras sozinho, na sua própria casa. “Eu não pegava nem um copo sozinho. Para nós, é uma vitória”, diz (TOURINHO, 2011).

“Tratamento não atinge 57% dos bipolares”: Esse é o título da matéria veiculada num importante jornal da cidade de Salvador. Seguida do depoimento acima transcrito, a matéria também traz dados sobre um estudo mundial em que consta que 57,3% dos portadores de transtorno bipolar não estariam recebendo tratamento adequado. Junto a isso, lê-se a entrevista com uma psiquiatra que indica algumas das “características do indivíduo bipolar”. Na sequência, um tópico intitulado “Usuários protestam por falta de atenção aos CAPS”, em que se registra uma mobilização com mais de 200 usuários dos serviços de atenção à saúde mental, reunidos na frente da Secretaria de Saúde do município para entregarem, por escrito, reivindicações ao secretário de saúde. Reforçada pela referência biográfica, a matéria coloca, em primeiro plano, a fotografia de Márcio (o dono do depoimento), tendo ao fundo a imagem

²⁵ A ideia de *àbiku* tem suas matrizes na religião yorubá, originária no território que compreende os atuais países do Benin, Togo e sudoeste da Nigéria. Para Verger (1983), “Se uma mulher, em país iorubá, dá a luz a uma série de crianças natimortas ou mortas em baixa idade, a tradição reza que não se trata da vinda ao mundo de várias crianças diferentes, mas de diversas aparições do mesmo ser maléfico chamado *àbiku* (nascido-morrer) que se julga vir ao mundo por um breve momento para voltar ao país dos mortos, *òrun* (o céu), várias vezes. Ele passa assim seu tempo a ir e voltar do céu para o mundo sem jamais permanecer aqui por muito tempo, para grande desespero de seus pais, desejosos de ter numerosos filhos vivos, para assegurar a continuidade da família sobre a terra (VERGER, 1983, p. 138).

de usuários segurando uma faixa onde pediam respeito à Lei 10.216/01. O texto termina com uma frase de Márcio que, colocada em negrito, produz certo tom ameaçador: “Nós somos uma bomba-relógio prestes a explodir”.

Uma das coisas que a matéria não informa é que Márcio é um dos membros fundadores da AMEA. Conheci-o antes mesmo do mestrado, quando frequentei, a título de pesquisa, o CAPS onde ele fazia e faz tratamento. Mesmo que ele não estivesse àquela altura muito presente, no CAPS pude perceber o quanto Márcio gozava de consideração frente aos demais usuários e profissionais. Afora isso, também o conhecia de intervenções públicas voltadas para a discussão de temas que giram em torno da saúde mental, encontrando-o nesses espaços sempre em companhia de outras pessoas. Por essas razões, quando me inseri na associação, ele já era, de certa forma, familiar para mim.

Como acontece com a maior parte de seus (suas) companheiros (as), Márcio não carrega em seu tipo aquela estética da loucura que sempre remete ao imaginário social do louco em crise (o “louco de jogar pedra”), ou vestido de maneira extravagante. Sua aparência é discreta e dificilmente chamaria a atenção de pessoas que não o conheçam.

Na maior parte do tempo de pesquisa, manteve-se afastado das reuniões – não das atividades – da associação. É que recentemente ele havia sido protagonista de discordâncias quanto ao tipo de atuação de membros e também de algumas ações que a associação vinha desenvolvendo. No cerne dessa crítica, estava a ideia de que a associação precisava focar mais no trabalho de representação direta dos interesses dos usuários nos CAPS, mobilizando-os para a luta. Márcio justificava seu afastamento temporário como uma maneira de “se curar” dessa tensão, e também de evitar que a defesa mais veemente de seu ponto de vista pudesse gerar conflitos no grupo.

Mesmo não ocupando cargo algum, ele assumia, dentro e fora do grupo, um reconhecido papel de liderança. Era uma figura pública. Advirto, no entanto, que este é apenas um dos motivos pelo qual dedicarei o último capítulo à compreensão de seu itinerário. Como uma espécie de arquétipo do membro da AMEA, a experiência de Márcio é importante neste trabalho por trazer indexadores dos itinerários e relatos de sofrimento e superação, a passagem pelos manicômios, o tratamento no CAPS e a mobilização política na associação como uma espécie de coroamento desse processo de valorização pessoal e social.

Este é o recorte a partir do qual (re)construirei a narrativa de sua história de vida. Embora esteja a maior parte do tempo falando sobre Márcio, fica claro que meu intuito é que sua história seja apenas um mote, um hipertexto pelo qual compreenderemos como algumas das questões discutidas até aqui se apresentam na experiência do sujeito em situação de

sofrimento mental, levando-o ao grupo, além de como a experiência desse indivíduo contribuiu para a configuração do grupo e o entendimento da Reforma.

5.1.2 A carreira da doença mental

Único sobrevivente de um parto de gêmeos, natural de uma cidade do interior da Bahia, Márcio, ainda jovem, muda-se com a família para um município vizinho à sua terra natal. É dessa região que ele traz suas memórias de infância e adolescência, assim como a herança da avó: uma religiosidade que lhe confere a posição de “ogã de luz” e àbiku num centro de umbanda. De lá também são as lembranças que ancoram as primeiras definições do que seria o problema em torno do qual ele construirá uma carreira de (des)venturas. Trata-se de um ataque de epilepsia que o acomete aos quatro meses de idade.

Esse episódio, do qual Márcio possui apenas a memória construída a partir das narrativas de seus familiares, é ainda hoje lembrado junto a um questionamento acerca de por que Deus teria lhe dado, desde cedo, uma doença. Mesmo sendo aceito como àbiku – uma condição e não uma escolha pessoal – será pela definição biomédica do problema como epilepsia que a família de Márcio definirá seu estado, fazendo com que ele fosse visto pelo pai, mãe e irmãos como uma criança doente.

A maneira de lidar com Márcio não se nutria do mesmo critério médico utilizado na definição do problema. Credo que a epilepsia era contagiosa, o menino, que ao invés de interagir com os outros garotos, passava horas falando sozinho, brincando com objetos do quintal, conviverá com o olhar enviesado dos familiares, tendo, por isso, uma criação distinta. Na casa pequena e com dezoito pessoas, ele ficaria num quarto “particular”, fechado com grades e mobiliado com um prato, uma colher, um bacio e uma esteira para dormir.

Na medida em que o menino crescia, a noção de epilepsia parecia não mais dar conta do comportamento tido como diferente. Assim, desde muito cedo, Márcio também passará a conviver com alcunha de doido.

Doido! A fachada era doido. Doido em geral. Não tinha definição do que eu era. Além de epilético, eu era doido. Eles achavam que eu era doido o tempo integral. Pelo comportamento, eu não me comportava como outra criança comum. Pânico, medo, sabe? Delírios, transformar as coisas, ter imaginações muito mais que uma criança normal. Fantasias. É um transtorno ser uma criança igual a gente. É porque se nós já temos fantasia numa vida normal, imagine nós... as minhas fantasias eram loucas. Eram loucas completamente alucinadas, eu não sei nem lhe explicar de verdade.

Sua infância também seria marcada por espasmos, que, junto ao relativo isolamento na esfera da casa, a ausência da escola e o pouco contato com os demais garotos de sua faixa de idade, fariam Márcio pensar que seu problema não teria mais retorno. Quando é violentado por seu tio aos oito anos de idade, tem a credibilidade da denúncia posta entre parênteses pelos pais, que acreditavam ser aquela mais uma das suas doidices. Com o tempo, os pais passam a acreditar na versão do filho. Com medo de que os boatos da violência se espalhassem pela vizinhança, “darão” Márcio para famílias com melhores condições financeiras.

O “jovem inquieto” será criado por muitas famílias de cidades circunvizinhas – “pelos menos umas cinco”, diz – migrando por casas onde não sofreria mais com o isolamento, mas com a exploração de seu trabalho. Nessas casas, ele passaria facilmente da situação de agregado à de empregado, o que culminava com sua fuga, dada a insatisfação com a situação. Apesar de conturbados, ele se refere aos momentos em que viveu com outras famílias como os melhores de sua infância, o que, por contraste, parece ressaltar o quão tensa era sua convivência com os parentes.

É nesse contexto refratário que Márcio torna sistemática a prática de fugas que serão, a partir daí, a tônica de sua adolescência e parte da vida adulta.

Aí eu tava amarrado dentro de casa, eles vacilaram. Tinha um circo. Aí eu cheguei no circo – antigamente no circo levava qualquer um – aí eu cheguei carregando água pra eles, carregando água – eu sabia onde é que tinha um chafariz. Aí eu cheguei carregando água pra eles, pegando maquiagem para eles se maquiar, e tava encantado com aquilo, quando eu percebi eu já estava em outra cidade, em outra cidade, mais outra, mais outra.

Após dois anos no circo, é resgatado pela família e submetido a exames médicos na capital, onde recebe o diagnóstico de que seria portador de uma esquizofrenia. A família parece não saber ao certo como lidar com essa situação e decide interná-lo numa instituição do governo que cuida de menores infratores. Márcio não chega a permanecer muito tempo nessa instituição, já que um dos médicos do local o examina e conclui que seu quadro não carecia de tal internação, ainda mais naquele tipo de lugar, reservado a menores que cometeram delitos. Liberado, retorna para casa no interior, onde também não fica muito tempo, voltando a fugir.

Sempre reencontrado, aos 17 anos de idade ele ainda representava um problema que demandava solução. Os recursos acionados pela família se esgotavam e o jovem continuava “rebelde”. Essencialmente, o comportamento de Márcio não se alterava, mas seu problema parecia indicar um último manejo ainda não utilizado: a internação num hospital psiquiátrico.

Essa alternativa não era de todo descabida, afinal já se sabia que o menino – antes, apenas estranho –, estava acometido de uma doença mental. Dessa forma, Márcio é conduzido novamente a um médico que ratifica a suspeita da doença, acrescentando ao diagnóstico da esquizofrenia um transtorno bipolar. A internação compulsória aparece para os familiares como a melhor solução a se adotar.

Com a internação, ele passou a ter fixado o rótulo de doente mental – ao que tudo indica, evitado ao máximo pela família, que mobilizou recursos como o isolamento, a “doação” do menino até a internação numa instituição para menores infratores. Também é submetido ao processo de manipulação de seus dados biográficos, que culmina com a alteração ilegal de seus documentos. Por ser menor de idade, ele teve a certidão de nascimento alterada em alguns meses, de maneira que onde se lia nascido em “11 de novembro 1968”, passou-se a ler “1 de abril de 1968”. No bojo dessa alteração, um erro grosseiro: a alteração do nome de sua mãe biológica.

[...], nunca vi essa mulher mais gorda. O nome da minha mãe é Eunice e aqui tá Margarida de Jesus. Nunca vi, não sei de onde foi que apareceu.

Pesquisador: Como foi isso?

Eu sei lá! Eles me registraram de qualquer jeito. Tinha máfia. Os cartórios eram próprios. Os manicômios tinham donos. Eles fizeram um jogo, todo mundo comia dinheiro, aí pronto.

Passado o tempo de internação, Márcio voltaria a fugir, agora não mais para cidades vizinhas, mas perambulando por vários estados: Minas Gerais, São Paulo, Rio Grande do Sul, Brasília, Pernambuco. Em cada lugar que chegava, buscava ao máximo ocultar traços de sua biografia que pudessem denunciar a doença imputada ²⁶. A chegada em uma nova cidade representava para ele uma possibilidade de recomeçar sua vida com a ocultação do itinerário psiquiátrico e a construção de novos laços sociais.

Eu fingia que eu tava bem. Tinha alguma identificação, ficava só com a identidade ou registro. Jogava outros que pudessem me localizar, receita médica. Aí conseguia trabalhar e surtava. Aí nêgo conseguia trazer eu pra Bahia de novo. Aí já tinha perdido... com dezoito anos já tinha perdido a referência com minha família. Eu já tinha acostumado porque de tanto eu fugir, aí já tinha perdido endereço. Eu não sabia mais quem eu era, pra onde eu ia. O que era pra mim era aquilo que eu tava vivendo, era aquilo que era. Aí pronto... Com tanto eletrochoque, eu já tinha perdido a minha identidade, a minha referência.

²⁶ Goffman (1975) diz que a circulação por contextos onde não é reconhecido por outrem, permite ao indivíduo considerado “portador” de algum estigma ocultar aspectos de sua biografia, e evitar o estigma.

Como eram quase sempre motivadas por, intercaladas ou sucedidas de algum surto, o relato sobre as fugas de Márcio compõem uma narrativa caleidoscópica, com longos hiatos. Dentre os marcadores que ele constantemente evoca, está a ênfase em que durante as fugas teria “experimentado” o sistema manicomial das cidades por onde passou. Como paciente de manicômio, vivenciou todas as rotinas oficiais e oficiosas destas instituições ²⁷: o isolamento, a expropriação dos bens pessoais, a ingestão indiscriminada de medicamentos para controlar os surtos e “comportamentos inapropriados”, a eletroconvulsoterapia e a violência sexual atuada por profissionais.

Pelas constantes fugas, percebe-se que, desde cedo, Márcio encontrou motivações que o ajudaram a recusar o ajustamento à rotina da instituição psiquiátrica, chegando mesmo a ser intransigente – para usar outro termo cunhado por Goffman (2008, p.59-61) – em relação a ela. Ao mesmo tempo, essas fugas – e o contato com diferentes modelos de tratamento – tornaram-no uma espécie de *expert* nesses assuntos. A falta de vínculo com a família e o receio de que o compartilhamento de seus pensamentos entre conhecidos pudesse estimular novas internações eram mais alguns motivadores que reforçavam a necessidade de fugir. Sendo internado, morando nas ruas das cidades por onde passava ou arrumando um trabalho temporário, ela era novamente reconduzido a algum manicômio.

Assim, circula em São Paulo quando algumas das experiências de Reforma Psiquiátrica começavam a ocorrer e toma conhecimento das novas formas de fazer o cuidado em saúde mental. Um tempo depois, vivencia numa casa de cuidado espírita em Uberaba, cidade do triângulo mineiro, um tratamento diferente do aplicado pelos manicômios e, em certa medida – hoje ele lembra – similar ao que mais tarde ele receberia como usuário nos CAPS. Márcio fica tão impactado com esse cuidado, que será Uberaba a cidade para a qual mais vezes ele fugirá, lá residindo e trabalhando por cinco anos. Numa dessas “estadias” em Uberaba, entra em crise e é transferido para um manicômio em Salvador, no qual fica um tempo. Com sua saída, cai em depressão e, num momento de crise, atenta contra a própria vida.

5.1.3 A luta pela saúde mental

As tentativas de suicídio não eram novidades para Márcio. Em outros momentos, ele já havia tentado dar cabo de sua vida sem, no entanto, adquirir maiores sequelas em relação a

²⁷ Já mencionei algumas características da socialização de indivíduos nas chamadas instituições totais, no capítulo teórico-metodológico desta dissertação. Para um maior aprofundamento sobre esse tema, consultar a ideia de “Carreira moral do doente mental” e “mortificação do Eu” segundo Goffman (2008).

isso. Porém, a última tentativa (um atropelamento forçado) lhe renderia um internamento no Hospital Geral e sequelas corporais que o impediriam de continuar fugindo. Ao mesmo tempo, suas crises começam a ficar menos intensas e as internações em manicômios são substituídas pelo acompanhamento em serviços ambulatoriais.

Será com o fechamento de leitos psiquiátricos e o começo da implantação da rede de serviços CAPS na cidade de Salvador (em 2006) que a vida de Márcio ganhará uma nova guinada. Ele participa desta novidade e vê surgir no cotidiano dos novos serviços questões referidas ao processo de Reforma e da Luta Antimanicomial. Como corresponder a uma nova forma de cuidado? Como fazer do serviço algo que efetivamente se distancie do *modus operandi* manicomial? Como criar uma ambiência onde o antigo **paciente** de manicômios aprenda a se inserir como **usuário** da rede de atenção à saúde mental?

Tomemos a sua narrativa sobre esse momento

Os profissionais não eram capacitados para um serviço que foi criado de repente. Foi uma dificuldade horrível... nós nem sabia o que significava CAPS, nem nós nem os profissionais. Os profissionais fizeram o básico, rapidinho, mas de repente já tinha dinheiro na casa. Já tinha dinheiro na casa, aí tinha que ter um lugar para criar o CAPS. [...] Nem nós usuários, nós não acreditava, eu mesmo como venho de tantos anos de manicômio, de sofrimento, já fui trabalhado com tantas coisas, tanta besteira que eles estão fazendo. Na verdade eu ia por que tinha alimentação, nós não tinha renda financeira não tinha nada... aí... a maioria da gente... aí chegava lá eu ia porque tinha alimentação... não sei o que ouvindo... prá mim era tudo lorota. Até que a gente foi sentindo. Foi se entregando, o CAPS foi enchendo de gente, fomos sendo experiência para outros usuários, atividades, eles também, os profissional viu que a gente estava começando a se interessar pelo trabalho substitutivo, prá coisas novas. Nós tinha brincadeiras, passeios, as pessoas não olhava a gente com preconceito, uma das doenças que mais a gente sofre até hoje... tá ótimo mais a gente sabe enfrentar um pouco melhor o preconceito. É uma situação completamente nova prá todo mundo. E lhe digo a você que foi... a gente viu aquela luz, a gente começou a ver aquela luz no fim do túnel, nós usuários aquela luz no fim do túnel que nós não acreditava...

Essa transição parece ter sido um momento propício a um rearranjo das relações de poder, abrindo espaço para protagonismos alinhados com a necessidade de novas formas de cuidar. *Pari passu*, Márcio começa a cultivar o anseio político e existencial de modificar a prática do cuidado em saúde mental e a autoimagem dos egressos dos manicômios. Ele, que teria vivido na carne diversos tratamentos, agora participava daquela metamorfose, primeiro pelo engajamento no serviço em que, junto com os demais atores, mobilizava-se para pleitear a transferência da unidade que saía de um ambulatório para um imóvel no mesmo território.

Cada vez mais envolvido com o papel de representante dos usuários em seu CAPS, cresce o seu interesse por essa mobilização. Assim, quando ocorre a mobilização nos serviços

para a realização do I Encontro de Usuários e Familiares dos Serviços de Saúde Mental do estado da Bahia, em 2006, Márcio já chamava a atenção de militantes pela sua atuação.

[...], aconteceu um fórum. Primeiro fórum... que por incrível que pareça foi no [CAPS] ad... Um fórum que convidou usuários e familiares. Aí... como é esse negócio de fórum? *É a mesma coisa, tipo uma oficina... que... tem aqui... que tem nos CAPS. O que vocês faz aqui. Onde vocês reclamam. Onde vocês reivindicam. E no fórum nós vamos fazer alguma coisa. Criar alguma coisa.* Quando eu cheguei nesse fórum de saúde mental já tinha alguma ideia. Já eu soube que tinha alguém me procurando, por que eu falo muito, eu sou um cara que eu não para de falar. O tempo todo, tô reclamando, o tempo todo tô reivindicando. *Márcio, porque você não se reúne e não forma uma associação?* Aí eu: como é isso, uma associação? *Você não é representante do CAPS? Vocês não já criaram um grupo de formação no CAPS? O que é que vocês fazem?* Nós vai prá ouvidoria, nós vai pro Distrito, nós vai pro Ministério Público, invade a prefeitura, nós arregaçamos. Nós estamos brigando agora por uma sede própria. *Ah! Vocês podem fazer isso e muito mais.*

Vimos no capítulo anterior que a proposta para a organização de uma associação seria um pouco mais radical do que as ações que Márcio tinha feito até então. Tratava-se de formar um grupo organizado de “usuários” que pudesse ser uma representação autônoma dos mesmos, frente aos atores que compõem a Reforma e à sociedade civil. Embora já tivesse certa bagagem com a mobilização, o convite, a aceitação e o começo das reuniões de organização do coletivo não deixaram de ser para ela um momento impactante que faz questão de narrar.

Foi um encontro, foi um choque até pra gente. A gente não tinha noção que... que a AMEA. Certamente nem nós usuários botou fé que nós ia chegar onde chegou. E o impacto do encontro de pessoas, de usuários de vários órgãos diferentes, com várias descompensações. Os nossos apoiadores era um grupo grande com medo desses impactos, como lidar com esquizofrênico, transtorno bipolar, vários quadros diferentes. E por incrível que pareça nós reagimos muito bem. Inicialmente foi maravilhoso. Aí fomos se formando politicamente, se organizando politicamente. Aí já vem, como em qualquer outras reuniões, qualquer outro ser humano, qualquer outro grupo em geral, começou as desavenças e as dificuldades. Alguém descompensado hoje, alguém bem amanhã, aquela coisa.

Um dos primeiros trabalhos no coletivo, e para o qual os assessores teriam um papel importante, seria criar condições para que emergissem afinidades e engajamento dos membros em relação às práticas que a militância organizada demandava. Márcio encontra nesse espaço abertura para firmar sua posição de interlocutor frente aos usuários. No processo de organização, lança mão da expertise adquirida em suas fugas e na participação política nos serviços substitutivos, ao passo que vai adquirindo novas informações e assimilando novas formas de fazer mobilização.

E começamos e todo mundo começou usando um pouco do que tinha. Eu usando a minha fala, Cleide o conhecimento nos órgãos, Rose a experiência também com os

órgãos porque ela era do antigo [cita o nome de uma organização da Luta]. Usando um pouco dos gostos, dos sonhos de Eduardo Araújo.

No grupo, constrói afinidades com os membros e a equipe de assessores, vindo a compor o quadro da primeira diretoria eleita. Se, no começo, o conceito da associação ainda era um tanto quanto nebuloso, com a consolidação do grupo, Márcio parece encontrar um ponto em comum que mediará a proposta coletiva e os seus anseios pessoais: levar capacitação para os atores que participam ou têm contato com os usuários dos serviços. A ênfase que ele dá à ideia de formação (pessoal e de outrem) não é vã, já que ele atribui parte dos infortúnios de sua experiência ao produto de ações empreendidas por pessoas desqualificadas, fossem elas profissionais ou seus familiares. Não obstante, capacitar os não-capacitados seria para ele uma das principais características do grupo e também uma de suas missões pessoais²⁸.

Para fazê-lo, Márcio coloca à disposição do grupo sua narrativa e sua corporeidade. Participa dos espaços externos a associação, compõe mesas e rodadas de discussão e participa de passeatas. Faz da sua narrativa um objeto endereçado tanto aos “usuários” quanto para profissionais ou estudantes da saúde mental. A atuação se transforma em duplo instrumento, de mobilização política e qualificação de velhos e novos quadros profissionais²⁹. Márcio não fala como um sujeito solipsista. Ao falar de si, usa o pronome nós (nós, usuários) para referenciar aqueles que, como ele, teriam percorrido itinerários mais ou menos comuns.

Como revés, os *settings* dessas intervenções oferecem situações definidoras de identidades pouco abertas a outras possibilidades de expressão vindas dele. Assim, quando não se apresenta ou quando não é definido como um “usuário”, a inscrição desse ator pode causar certa estranheza em alguns contextos, como relata um dos membros da associação que vivenciou uma situação desse tipo com Márcio.

... eu fui com Márcio, que é bem mais negro do que eu, é alto assim, falante e tal. Nós fomos convidados a participar de uma discussão numa sala de aula da escola de enfermagem... Então eu levei esse discurso, provocando essa questão [do racismo]. Então Márcio na tampa, *ah então é isso. Porque quando eu tava entrando aqui, uma menina ali, eu não sabia direito onde era a sala fui perguntar a ela. Aí quando eu me aproximava ela se afastava; eu me aproximava, ela se afastava. Eu não entendi isso.* Eu disse é. É isso. Márcio não tem nenhum estereótipo, não fica sujo, é um cara

²⁸ Esse caráter “missionário” presente nas narrativas de “usuários”/militantes também foi discutido por Vasconcelos (2005).

²⁹ Vale ressaltar que com a fixação de políticas de atenção à saúde com orientação antimanicomiais, muitos profissionais e instituições têm buscado outros tipos de metodologia e referências, que não apenas o acadêmico, para a capacitação de novos quadros. Essa conjuntura parece ser favorável à recepção dos relatos de “usuários” militantes, como é o caso de Márcio.

bonito, se expressa bem, se veste bem. Você olha pra ele, vê uma pessoa como outro qualquer. Só depois é que ele... você vai saber que esse cara tem transtorno mental. Mas até então ele tava lá. Uma pessoa que se aproxima, o outro que se afasta. Ela viu um negro. Ela viu um homem preto se aproximando dela, ficou com medo. Agora depois quando fica sabendo que é louco aí... *ah!!!* Abraça, tira foto junto (Membro – 4: familiar).

5.1.4 Mobilização e vida pessoal: as aporias da identidade

Para Souza (1995), a lida com um problema mental influi na forma como o indivíduo tece suas redes sociais, reafirmando-as, criando-as ou destruindo-as. Além disso, ela “[...] pode também modificar a trajetória da vida social não só do indivíduo que apresenta o problema, mas também daqueles que estão envolvidos com ele (SOUZA, 1995, p.121)”. Como isso se processa no caso de Márcio?

Mesmo oscilando entre avaliações positivas e negativas em relação à autoimagem e à imagem do grupo, Márcio, por tudo que passou, considera-se um indivíduo pessoalmente fortalecido. Hoje vive sozinho em uma casa alugada – coisa que só foi possível graças à busca que travou junto ao Ministério Público para poder reaver o direito de receber sua aposentadoria, até então sob a tutela de uma tia. Esta tia e outros parentes vivem no mesmo bairro que ele. Todavia, mesmo estando perto de parentes, os principais vínculos de Márcio são com técnicos e usuários do CAPS, militantes da Luta (dentre eles os assessores), pessoas do bairro e uma família extensa que ele chama de “irmãos adotivos” e que eventualmente visitam-no, inclusive nos momentos de crise.

O incêndio provocado por um antigo vizinho do andar superior – acometido de um provável surto (este vizinho teria posto fogo na casa de Márcio para dar cabo das visões que vinha tendo), foi um dos últimos episódios tumultuados que o envolveram na vizinhança. Hoje, na rua em que vive e onde chegou a ser agredido pelos moradores avessos à ideia de ter que conviver com alguém que volta e meia “descompensava”, ele readquiriu o respeito e a solidariedade, passando de uma figura desacreditada a uma pessoa com quem se pode contar até para tomar conta dos filhos nos momentos em que os adultos não estão em casa. Reciprocamente, a vizinhança cuida de Márcio, volta e meia dando uma espiadela em sua casa para ver como as coisas estão, ou acionando o CAPS quando ele parece não estar bem.

Se eu deixar aqui, se eu deixar essa vizinhança fica tudo aqui. Dá seis horas, vem todo mundo pra minha porta. Todo mundo bota uma cadeira aqui, outra ali, fica cheio. São João, toda festa sai de minha casa. Eu passo dois três dias cozinhando, preparando licor para o pessoal, a fogueira é aí na frente, cobrimos tudo, a rua toda, todo mundo participa. É a rua que tem mais festa é esta aqui. Nós cobre tudo, decora tudo. Primeiro do ano, Natal, São João, aniversário de alguém, aí todo mundo conta comigo. É por isso que todo mundo tem esse vínculo com... E eles passaram de

maltratar para cuidadores. Ninguém pode chegar perto dessa casa que tá todo mundo olhando, tem sempre alguém olhando. Aí tá, todo mundo cuida de mim e eu cuido deles também. Aí pronto, assim, é uma troca.

Caminhar com ele pelo bairro é gozar a sensação de familiaridade. Tendo um amplo conhecimento com os locais, os moradores lhe cumprimentam, partilham cigarros, abastecem-no de pão ou mesmo partilham com ele um “dedo de prosa” sobre acontecimentos variados. Márcio circula com desenvoltura, participando da vida cultural e política do território. Com um histórico de mobilizações sociais pela via do associativismo, as associações, igrejas e terreiros da região em que reside são locais onde ele transita, seja para suprir suas necessidades de lazer, seja para participar de reuniões onde se discutem projetos e/ou intervenções sociais.

Associação que eu não tenho nada a ver, e tenho. Associação de pescador, orgulho gay, movimento gay, associação de candomblé, do... esqueci o nome. Vários movimentos que eu participo. Onde tem movimentos eu participo. Sempre eu tô participando de algum. E todo mundo me chamando. E como eu falo muito, eu o que eu sei fazer de melhor, é falar, então eu tô sempre voltado para esse tipo de coisas. E pelo menos isso não me faz ficar solitário demais, pelo meu modo de falar.

Preocupado em ressaltar os aspectos positivos dos CAPS – uma espécie de estratégia que adota quando vai criticar a Reforma e seus dispositivos – Márcio atribui a mudança de postura dos vizinhos ao trabalho de territorialização feito pela unidade em que faz tratamento. Por outro lado, parece secundarizar a ideia de que ele próprio, como militante e usuário, foi/é um dos principais demandantes do chamado “trabalho no território”. Vimos, alhures, como a identidade do indivíduo em situação de sofrimento mental – assim como a relação da comunidade com este – está, em parte, relacionada à forma como esses indivíduos circulam ou não no espaço social, negociando e construindo alternativas em contextos dados (SANTOS, NUNES, 2011). No caso de Márcio, muito do (atual) olhar de sua comunidade pode estar relacionado ao trabalho de seu CAPS, mas também à maneira como o próprio Márcio desempenha bem os papéis sociais (de bom vizinho, por exemplo) na vida cotidiana.

No âmbito da performance política, Márcio demonstra preocupação acerca de como sua atuação (e a atuação do grupo) é recepcionada pelos outros. Como o imaginário social é informado pela expectativa de que o louco, como “um doente”, tenha comportamentos inadequados em relação ao contexto onde ele está inserido, a quebra desta tipificação lança o militante na busca de uma atitude exemplar num campo de atuação onde suas ações não passam despercebidas. Pessoalmente, Márcio sente-se uma espécie de “militante 24 horas”, o

que aumenta o seu senso de implicação e da necessidade de manutenção de uma imagem pública, coerente e independente, como se nota nesse fragmento de entrevista ³⁰

Hoje sou um cara que eu tenho que ter cuidado com o que falo, tanto em televisão, numa entrevista no jornal, numa rádio que me fala, porque... no CAPS quando eu vou dar uma palestra, nos serviços que eu agora eu dou palestras nos colégios, faculdades, posto de saúde, minha comunidade, grupos gays, associações de bairro, os órgãos... nós usuários é que tá fazendo essas ligações, SESI, SESC, como é... Vila Militar... eu faço uma ligação grande onde eu trago a preocupação...

Apesar da mudança na qualidade das relações interpessoais, ele lamenta as dificuldades em conseguir um emprego formal, o que tem sedimentado seu estado de vulnerabilidade econômica, já que não possui renda além da aposentadoria por invalidez, cuja maior parte é gasta no pagamento do aluguel do imóvel onde mora, no gasto com o transporte coletivo e com as injeções que periodicamente tem de tomar para combater as sequelas do atropelamento – levando-o a intercalar o tempo de militância com “bicos” que faz para conseguir dinheiro.

Para tentar dirimir essa escassez, ele tem capitalizado, quando possível, algumas de suas intervenções, agora transformadas numa espécie de “consultoria” destinada a estudantes ou profissionais que atuam com a saúde mental ou em áreas que interseccionem a temática da cidadania, como a Segurança Pública e o Direito. Conseguir essa “ajuda de custo” tem garantido que ele possa minimamente se manter, inclusive politicamente, já que nem sempre o grupo tem caixa suficiente para financiar a participação dos membros em alguns espaços, como as próprias reuniões semanais.

Eu transformei, Marcos, esse... eu vi que as pessoas estavam achando que o que eu faço com as representações e as palestras que eu faço, as próprias faculdades e as pessoas que me cercam, que eu transformasse isso em ganho de vida e eu transformei. Eu viajei, quando eu viajo para o interior, aí eu já peço ajuda de custo e é como eu tô conseguindo me manter para ajudar comprar minha aposentadoria. Por isso que eu não paro em casa. Que através disso tem uma negociação antes comigo, quando é em nome da associação, eu não. Mas quando é pra falar sobre mim aí então ajuda de custo.

Pesquisador: Como se fosse uma conferência, uma palestra...

Como sendo. E tá sendo ótimo porque tá dando pra me manter, porque não tá dando. Eu visto, como, vivo. Eu tava fazendo tudo isso com o meu próprio recurso e tava ficando difícil de fazer o trabalho que eu faço. Tanto que quando eu sou convidado

³⁰ Tendo em vista a postura pública, Giddens (2002) define como competente um agente capaz de “se juntar aos outros em bases iguais na produção e reprodução de relações sociais”. Para Giddens, ser um agente competente, além disso, significa não só manter tal controle contínuo, mas ser percebido pelos outros quando o faz. “Um agente competente é rotineiramente visto como tal pelos outros agentes. Ele ou ela deve evitar lapsos de controle corporal, ou sinalizar para os outros, por gestos ou exclamações, que não há nada de ‘errado’ se tais lapsos ocorrerem (GIDDENS, 2002, p.57-58)”.

para os interiores, principalmente os interiores e as faculdades em geral. [...], eu sempre que vou, eu sempre peço ajuda de custo. Já faz um ano que eu tenho ajuda de custo. Não é bem cobrar. É uma ajuda de custo que eu tô fazendo. Agora, se eu viajar pra fora aqui de Salvador e para algum interior, eu estimulo, além do hotel onde eu vou ficar, a viagem, eu determino uma quantidade de dinheiro, sim. Porque não tava dando pra fazer mais. Uma é porque eu acho que estou, além da formação que eu tive com meu sofrimento a vida toda, nós já fizemos três a quatro cursos de capacitação, eu acho que não tem ninguém mais capacitado para fazer. E uma coisa, vou falar do que eu passei, da minha vida, não tem ninguém melhor do que eu, de que outras pessoas ir falar sobre mim. Quem sabe do meu sofrimento e o que eu passei e o que eu ainda vou passar sou eu mesmo.

A projeção que as ações do grupo têm ganhado, junto à carência financeira e afetiva da maior parte de seus membros, coloca a atuação desses militantes sob o risco iminente de cooptação. No caso de instituições e atores que fazem parte da gestão pública voltada para a saúde mental, a aproximação com a AMEA pode vir seguida de tentativas de arrefecer as críticas que o grupo venha a construir. Consciente disso, Márcio tem defendido no grupo a necessidade de se retirar ou deixar de participar de atividades em que se verifique que a intenção é apenas fazer um uso político dos “usuários”, coisa que ele pessoalmente afirma não tolerar, ameaçando de processo quem possa fazê-lo ³¹.

Antes de concluir, gostaria de retomar a questão do estigma à luz da experiência de Márcio. Com base nela, temos que, diferentemente do que se pode inferir da leitura de Goffman (1975), ou como literalmente menciona Freidson (2009), o estigma não é algo “indestrutível e irreversível” (FREIDSON, 2009, p.261). É quando descobre a militância – e descobre-se como militante – que Márcio deixa de ocultar os marcadores de sua trajetória que remetem ao estigma imputado – como ocorria no período em que ocultava sua biografia – para ressignificar sua experiência que ganha na narrativa (e na recepção) aura de uma saga – “uma verdadeira odisséia na vida do jovem inquieto”, como constrói a matéria jornalística que abre este capítulo.

Eu hoje sou considerado um multiplicador. [...], nos serviços que eu agora eu dou palestras nos colégios, faculdades, posto de saúde, minha comunidade, grupos gays, associações de bairro, os órgãos... nós usuários é que tá fazendo essas ligações...

Hoje eu to trabalhando muito mais, porque hoje eu sou um exemplo, eu tenho que tá trabalhando muito mais, viajando – hoje eu tenho o contato com interiores – chego nos interiores que é um trabalho do estado, modifico toda estrutura de CAPS e graças a Deus que as pessoas me ouvem. Os prefeitos me ouvem nas cidades onde estive. Modifico o estilo, explico como foi que eu cheguei, como foi que eu cheguei onde estou agora. O estilo que eu estou morando, sozinho. É uma casa simples mas eu tenho a capacidade... se eu queimar feijão, jogo fora, começo tudo de novo. Se eu

³¹ Embora deseje ter controle sobre o uso da imagem (sua e da associação), esse controle é sempre fugidio. Lembro de um episódio em que, após ter dado entrevista para um jornal local, Márcio se deparou pouco tempo depois com sua entrevista/imagem veiculada no panfleto político que anunciava o apoio a “luta antimanicomial”, precedido do nome de um candidato da política partidária local. Essa atitude foi mal recebida por ele, que buscou os membros do grupo para saber se teria partido de alguém a autorização para aquela veiculação.

botar açúcar no feijão, jogo fora e faço outro de novo. Mas eu briguei pra ser desinterditado. Eu mesmo recebo meu benefício, quando eu não to bem, sei onde é meu serviço, vou e digo *eu não estou bem, não tenho condições...*

Sua história não é redutível à doença nem ao estigma e serão a Reforma e a Luta que fornecerão novos léxicos articulados por Márcio no sentido de ressignificar a semântica de sua existência. Essa articulação é dinâmica, pois a identidade do “usuário”/militante – assim como a identidade de suas organizações – é colocada entre parênteses a cada reunião de grupo e também a cada atuação pública. É um projeto – no dizer de Sartre – que, sem considerar a determinação da doença sobre a vida e sem afirmar a condição de ex-doente ou pessoa curada, reafirma a necessidade da saúde, que nesse espaço não se desvencilha do direito à vida e à cidadania.

Entendo esse tipo de narrativa – presente em Márcio, em outros membros do seu grupo, assim como em outros “usuários” militantes da Luta Antimanicomial (VASCONCELOS, 2005) – como o lugar onde mais fortemente encontramos atualizado o desejo de desinstitucionalização. Como movimento que não busca negar a existência do doente, mas que coloca a doença entre parênteses para, a partir daí, dar cabo de cindir e reorganizar os significados que a existência concreta do sujeito doente possui em seu território, essas narrativas são outras possibilidades de histórias para o indivíduo que as reinventam, e também outras possibilidades de leituras para aqueles que estão em seu entorno.

Na história de Márcio, chama a atenção o desejo em “fugir”, que nem mesmo todo o tratamento moral conseguiu suprimir. A passagem pela institucionalização psiquiátrica – e os vários confinamentos experimentados desde a infância – que modelou seu “eu”, não foi suficiente para mortificá-lo. Pelo contrário, produziram um coeficiente que, ao encontrar um mínimo de abertura para a expressão, subsidiou Márcio no esforço de se juntar em torno de um conjunto de pessoas, algumas até então desconhecidas e construir uma ação comum. O contato com o CAPS – como a expressão material mais direta da Reforma – e o posterior conhecimento de que existia uma Luta antimanicomial, foram outros acontecimentos que alimentaram esse coeficiente.

Hoje, Márcio não pensa em fugir e tem na militância o espaço a partir do qual requalifica suas memórias e, com isso, sua identidade pessoal e social. Tendo em vista o presente – cuja situação ele avalia melhor do que a do passado – todas as agruras parecem ter sido necessárias para que ele hoje pudesse contar como superou a circularidade (residência-CAPS-residência) na qual uma parte dos indivíduos em situação de sofrimento mental ainda está inserida.

Uma das dignidades que eu tenho hoje, pelo menos, eu tenho uma coisa, hoje eu sei quem eu sou. Sou Marcio, sou um cidadão brasileiro, que eu não tinha isso, porque pra muitas pessoas isso é pouco mas pra mim que não tive, isso foi tirado descaradamente por uma sociedade hipócrita. Mas hoje eu tenho orgulho de dizer: Sou Marcio, sou cidadão e cumpro a minha cidadania muito bem. Aos trancos e barrancos, estando bem ou não, mas eu cumpro muito bem.

Reaver o direito de ser chamado pelo nome é um passo para se recolocar numa sociedade onde ser reconhecido pelo nome e sobrenome é símbolo de *status* e também de cidadania. O nome também é importante por vincular o indivíduo a uma história, uma biografia. Entre seus pares, e entre pessoas com quem se relaciona, o nome de Márcio lembra uma mensagem de superação e um alerta que visa motivar (“usuários” e profissionais) a repensar a condição da loucura no espaço social.

No fundo, no fundo, o que me orgulha é isso. Que isso tá servindo pra alguma coisa. Tanto pra ser como hoje eu sou exemplo pra muitos usuários na área de saúde mental e como eu sou exemplo também de referência pra muitos... eu fico mais orgulhoso quando chega o final do ano que eles [estudantes a quem deu capacitação] vem me agradecer, antigamente eles me agradeciam e eu não sabia porque. Pelo que eu dou, o que ganho – com eles eu ganho muito – eles me incentivam muito mesmo. Quando eles começam a me agradecer quem agradece a eles sou eu. É uma troca. Não é mais aquela coisa do doentinho, coitadinho. Nós não precisa desse olhar de ninguém, da sociedade nem de ninguém. Olhar de coitadinho. Não somos coitadinhos. Certo, temos nossas descompensações como todo mundo em geral. Todo mundo nem sempre tão bem o tempo todo e se fosse não seria uma coisa normal. Eu acredito que... eu acredito nessa visão.

Vendo a história de Márcio e de seus (suas) companheiros (as) de grupo, não pude deixar de pensar na bela e intensa mitologia yorubá acerca dos àbikus que a existência de Márcio personifica. Nascer-morrer, um binômio que não se esgota em suas extremidades, mas cresce semanticamente entre os dois polos de um gradiente, arremata todo o itinerário desse sujeito que durante a existência viu-se várias vezes um “quase morto”, mas nunca desistiu de renascer. Afinal, o que há entre o nascer-morrer é uma vida equilibrista, como diria Dalmolin (2006), com muitas histórias fortes e uma existência frágil.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pesquisando a AMEA, busquei compreender como, na prática, configurava-se a identidade da associação. Disto, percebi que, assim como a construção da doença mental enquanto categoria médica e política, exigiu e ganhou vitalidade no entrelaçamento de instituições, saberes e práticas (CASTEL, 1978), a transformação desse estado de coisas também tem demandado novos entrelaces. Nos caminhos abertos por esses entrelaces, a questão da identidade da associação remeteu-me às aporias da identidade social dos “usuários”/militantes, ao mesmo tempo em que suscitou o entendimento acerca dos processos engendrados na/com a Reforma Psiquiátrica e a Luta Antimanicomial atualizados na experiência dos indivíduos organizados em grupo.

Tive a preocupação de desenvolver esta problemática colocando a Reforma e a Luta Antimanicomial para além da condição de pano de fundo. Aqui, tanto a Reforma quanto a Luta foram interpretadas como acontecimentos que tornaram possível a emersão do “usuário”/militante. Decerto, um lugar privilegiado, já que, estando “livres” – ou, no caso da Bahia, menos presos às paredes físicas dos manicômios – esses indivíduos vêm buscando, com seus esforços e com o auxílio de outros atores, articular novas formas de significar sua experiência, também tencionando o próprio rumo do processo em questão.

Muito da metodologia que utilizei, assim como várias questões desenvolvidas nesta pesquisa, foi reelaborada a partir de dados que a observação participante no cotidiano do grupo trouxe. Tudo isso permitiu seguir aquele “modelo artesanal de ciência” a que se refere Becker (1995, p.112), no qual o pesquisador produz arranjos teórico-metodológicos necessários a resolução dos problemas que se colocam em campo. Com o foco na experiência do grupo, fiz a opção por uma abordagem operativa das técnicas de trabalho etnográfico (MINAYO, 2006; GEERTZ, 1997, 2008) junto a técnicas um pouco mais estruturadas, como as entrevistas individuais guiadas por instrumentos semiestruturados e o grupo focal (HAGUETTE, 2007). Na esteira do que preconiza Magnani (2002) acerca do estudo das identidades sociais, tentei ao máximo cotejar a experiência da associação a partir das dimensões de troca que estão em jogo na constituição das identidades e que, por vezes, encontram-se para além do espaço observado. Dentre as principais reorientações metodológicas que fiz nesta pesquisa, certamente a que mais implicou no alargamento dos horizontes foi poder ouvir outros atores que fazem parte do universo em que a associação está imersa e que estão envolvidos diretamente com a ação /formação daquele grupo.

Desde o início causou certa surpresa perceber quanto da atuação da AMEA mobilizava interesses e emoções diversificadas dentro e fora do grupo. Enquanto os primeiros (membros) faziam leituras mais circunspectas em relação a sua atuação, escancarando os problemas do grupo, os segundos (não-membros) quase sempre direcionavam as conversas para a demonstração dos aspectos positivos da associação. Na ênfase dos membros, há um claro esforço em expor feridas abertas, talvez como maneira de buscar meios para sua cicatrização. Já nos segundos, há a compreensível estratégia que procura não expor para “os de fora” as fragilidades de um movimento. Ambos os casos faziam enfática a necessidade de ir um pouco além dos discursos, não para expor as particularidades da associação e da Luta, mas para compreender como aquela dinâmica social era possível. Para chegar a essa interpretação, foi indispensável considerar a associação, para além da dimensão formal e do aspecto de totalidade com o qual era objetivada pelo olhar dos “outros”.

Registro que, mesmo com interesses e significados diversificados, a associação nunca me pareceu um espaço fragmentado. Havia ali uma identidade de ação (SARTRE, 2002) – que se contrapunha a um dado comum, neste caso, a existência de instituições, práticas e mentalidades manicomiais, cujo combate incrementa a ideia de “fazer controle social”, como o grupo a compreende. Esta ação comum, e as dinâmicas desenroladas a partir dela, possibilitam a permanência dos membros, mesmo que em algum momento estes possam atribuir à dinâmica do grupo aspectos “ameaçadores” para sua saúde mental.

Percebi como, na prática, sendo **grupo-para-si**, ao mesmo tempo em que se reúnem para discutir questões sobre a saúde mental, elaborando intervenções em serviços e instituições relacionadas ao cuidado em saúde e discutindo temas sociais mais amplos como a garantia e efetivação de direitos, o grupo constrói um espaço para um ininterrupto processo de organização pessoal, que reorienta e (re)significa os itinerários de seus membros, agora estimulados a aprender técnicas, articulando léxicos, acessando espaços antes vetados, e, sobretudo, reaprendendo a transitar no espaço social.

Mas esta luta não se faz só. Junto a isto – e desde a formação da associação – a AMEA esteve diretamente imbricada com a existência da assessoria, sendo, em alguns momentos, difícil diferenciar uma do outra. Encontrei uma assessoria que havia se culturalizado na rotina da associação de maneira tão íntima que sua necessidade era tônica nas falas e atitudes de todos os membros da associação. Poderia indicar três motivos que tornam o dispositivo político/terapêutico da assessoria indispensável para a manutenção da dinâmica grupal. São eles: (a) o modelo formal de organização que a AMEA vem adotando; (b) a necessidade de

alguns membros em terem o aprendizado mediado; (c) os mútuos vínculos afetivos entre assessoria e os membros.

Apesar desta demanda, o modelo de assessoria em que o assessor praticamente anula-se como sujeito político – leia-se o modelo do “secretário do alienado” metaforizado na figura do “roadie” – vem se enfraquecendo gradativamente para dar espaço a uma prática em que os assessores possam tecer interlocuções a partir de posições políticas mais explicitamente definidas. Este enfraquecimento – já embrionário no começo da assessoria – é a fonte dos vários choques entre o tipo de demanda dos membros do grupo em relação à assessoria e o tipo de ação que os assessores hora ou outra mostram-se dispostos a ofertar. Embora tensa em alguns momentos, esta relação compreende a tentativa de fugir das relações tutelares – agora não apenas pela recusa de impor vontades ao grupo, mas também pela recusa à anuência passiva às pautas do mesmo.

Com relação à afirmação de Vasconcelos (2003), para quem as práticas das associações de usuários seriam fortemente moldadas simbolicamente dentro dos mesmos limites colocados pela biomedicina e pelo estigma associado à saúde mental e ao saber psiquiátrico (VASCONCELOS, 2003), percebi que apenas em parte isso se verifica. Era o caso de quando, no cotidiano do grupo, manifestavam-se léxicos do campo da saúde mental, como a ideia de crise, um problema “familiar” para o qual se buscava dar uma solução. Diferentemente de Vasconcelos, no entanto, penso que essas noções não chegam propriamente a moldar práticas, sempre abertas a reinterpretações e agregação de significados construídos cotidianamente e/ou apropriado de horizontes outros relacionados com diversos aspectos da existência.

Corroboro com Silva (2003) a ideia de que a existência de uma associação de “usuários” representa, por si só, um momento de reordenamento (ou uma metamorfose) naquilo que figurava como uma zona de interdição, ou o reordenamento de uma zona até recentemente considerada “impossível”: a política atuada por “loucos”. Tentei demonstrar algumas das dificuldades de penetração nesta “zona de interdição”. Para arrematar essa compreensão, faz-se necessário trazer a afirmação óbvia de que **as associações de “usuários” não são como qualquer associação, nem em relação ao espaço da Luta, nem entre si. São singulares, por tudo que indicamos com a ajuda dos autores acima referenciados, e também pelo fato evidente de estarem conectadas à síntese das especificidades existenciais que comportam a vivência com o sofrimento mental.** Nelas, o estigma, a situação de vulnerabilidade social e econômica, o mal-estar atribuído à medicação, às crises e às reinternações compõem o cotidiano, não como meros acidentes, mas como parte constitutiva do existir, o que parece concorrer com a rigidez do território.

Também é importante lembrar que a experiência dos indivíduos associados da AMEA não é de todo representativa do conjunto de pessoas em situação de sofrimento mental, por pelo menos duas razões: primeiro, porque, diferentemente do que acontece com os indivíduos organizados, nem todo sujeito em situação de sofrimento mental parece encontrar sentido existencial na organização militante. Com essa afirmativa, não se denota juízo de valor, inclusive porque nem sempre atos com efeitos políticos se configuram apenas em termos de organização “militante” no sentido estreito como usualmente entendemos essa ideia. Apenas digo que, para engendrar uma ação tão desgastante como a militância, é preciso que esses indivíduos se mobilizem de maneira a encontrarem alguma disposição e gratificação (não necessariamente no sentido monetário) para atuarem (SOALHEIRO, 2003).

Segundo, porque nem toda pessoa em situação de sofrimento mental tem – o tempo todo – organização psíquica para participar de tal empresa; e, por mais que a participação de sujeitos com pouca organização esteja no horizonte ético e político dos militantes antimanicomiais quando o assunto é a ampliação das possibilidades de participação dos “usuários”, nesse momento histórico tal participação ainda é circunscrita a uma série de modulações – como a presença de terceiros, mediadores (AMARANTE, 2007, p.87-89), facilitadores (VASCONCELOS, 2010) e/ou “secretários do alienado” (LACAN, 1985).

Outra dificuldade de penetração nesta “zona de interdição” é dada na relação da experiência do **grupo-para-si** e do **grupo-com-os-outros**. Já dissemos que desinstitucionalizar implica em algum grau de reinstitucionalização, apanágio do processo de uma inclusão social que se pretende para o indivíduo em situação de sofrimento mental. Contudo, a reinstitucionalização também produz enquadramentos do sujeito que, como qualquer um, interage a partir de certos cenários e *scripts* – que, no caso em questão, podem concorrer com a experiência às vezes fugidia da loucura. Talvez por isso, o grupo sustente a narrativa de que, para estar incluído, faz-se necessário poder operar as demandas e papéis sociais tendo frente a eles um desempenho similar ao de qualquer pessoa, ou seja, participar do espaço público “jogando as regras do jogo existente”. Como o bom desempenho desses papéis mobiliza signos necessários à afirmação da cidadania, o grupo acaba definindo o comportamento político de seus membros de acordo com as regras sociais vigentes.

De forma ambivalente, ao mesmo tempo em que se quer incluído e autônomo, diante de um projeto cujo cronograma chega ao fim sem que o grupo tenha cumprido todas as ações planejadas, por exemplo, o grupo poderá discutir a necessidade de (a) assumir que não cumpriu o prazo e não pedir prorrogação do cronograma; ou (b) argumentar que, dada a especificidade do grupo – leia-se, um grupo com pessoas que têm dificuldades em lidar com

certos trâmites burocráticos (sic) – é necessário um elastecimento do prazo. Em geral, a segunda linha de ação acaba sendo a adotada e mais uma vez o apoio dos assessores será mobilizado para o cumprimento do novo prazo.

Na medida em que se formaliza e estende suas ações a outros espaços e atores, a mobilização parece conformar-se como um espaço arredo à participação do sujeito em situação de sofrimento mental. Voltando aos dados, a atuação do indivíduo em crise tem sido muitas vezes preterida ou duplamente neutralizada pelo grupo e pelos atores da Luta, pela resiliência, quando comportamentos “fora do contexto” não ameaçam o contexto de interação, ou sendo objeto de descrédito, quando um comportamento é tido como demasiadamente virulento e corriqueiro em relação a determinados cenários, principalmente os públicos. (Destaque-se o caso de um dos membros do grupo, que, em diálogos comigo, me perguntava sobre o porquê de suas “provocações” nas listas de discussão via e-mail nunca reverberarem em debate entre os participantes).

Talvez – e realmente faço uma conjectura – esta neutralização tenha a ver com a necessidade em se reforçar a imagem positiva da loucura – a postura exemplar buscada por Márcio – que exclui do seu repertório os possíveis efeitos disruptivos sobre o indivíduo e suas eventuais inadequações ao grupo e à Luta. A própria dificuldade em esperar o tempo do aprendizado de membros que não dominam determinadas técnicas – dicotomia dos “diferentes tempos”, como já referi – parece ser um indicador desse viés na mobilização que reivindica para si certa constância, nem sempre possível aos membros do grupo.

Se trouxermos essas questões para pensar o “novo lugar social” da loucura, certamente teríamos muitos desdobramentos. Com base nos dados, é possível pensar que esse “novo lugar” é o do trânsito por um espaço social aberto a alternativas, mas que ainda é intensamente modulado por conceitos e expectativas (tácitas e explícitas) enrijecedoras acerca da participação dos “usuários”. Um exemplo disso são as noções açodadamente apropriadas e reproduzidas, tal qual a ideia de organização e a própria ideia de política. A lentidão do e a incerteza do trânsito são substituídas pelo lugar social requerido (e desejado), reduzindo-se o tempo para o dissenso e discordâncias vindas da parte daqueles a quem se deseja o tal “lugar”. Assim, junto ao “novo lugar”, crescem também as aporias ligadas à identidade do indivíduo em situação de sofrimento mental.

Não creio que essas ambiguidades sejam em si boas ou ruins e deixo para esses militantes o debate, inclusive sobre a pertinência das questões levantadas. Para mim, o mais importante foi perceber como, nesse emaranhado, indivíduos encontram um campo de possíveis para seus itinerários e um radical marcador na trajetória pessoal, como vimos no

caso da **experiência** de Márcio, que encontrou na militância motivação para ser uma pessoa pública e um cidadão de seu bairro, onde se mobiliza em engajamentos que interseccionam o circuito da saúde mental, mas também em ações que extrapolam esse campo.

REFERÊNCIAS

ALVES, Paulo César. A Experiência da enfermidade: considerações teóricas. In: **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 9, n.3, p.263-271, jul.-set. 1993. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v9n3/14.pdf>>. Acesso em: 03 mar. 2011.

_____. A fenomenologia e as abordagens sistêmicas nos estudos sócio-antropológicos da doença: breve revisão crítica. In: **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 22, n.8, p.1547-1554, ago. 2006. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n8/03.pdf>>. Acesso em 03 mar. 2011.

ALVES, Paulo César; SOUZA, Iara Maria. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre itinerário terapêutico. In: RABELO, Miriam Cristina; ALVES, Paulo César; SOUZA, Iara Maria (Org.). **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. p.125 - 137.

ALVERGA, Alex Reinecke; DIMENSTEIN, Magda. A loucura interrompida nas malhas da subjetividade. In: AMARANTE, Paulo. (Coord.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2**. Rio de Janeiro: Nau, 2005, p.45-66.

AMARANTE, Paulo. Asilos, alienados e alienistas. In: _____. (Org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. 1 .ed. Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, 1994. p. 73-84.

_____. **O homem e a serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. São Paulo: Fiocruz, 1996.

_____. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, 2007.

BECKER, Howard. **Métodos de Pesquisa em ciências sociais**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 1995.

_____. **Outsiders**: estudos de sociologia do desvio. Rio de Janeiro, Zahar, 2008.

BERGER, Peter; LUCKMANN, Thomas. Os fundamentos do conhecimento na vida cotidiana. In: _____ **A construção social da realidade**: tratado de sociologia do conhecimento. 29. ed. Petrópolis: Vozes, 2008. p.35-68.

BERLINCK, Manoel Tosta et al. A Reforma Psiquiátrica Brasileira: perspectivas e problemas. In: **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 21-27, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v11n1/a03v11n1.pdf>>. Acesso em: 29 ago. 2011.

BEZERRA Jr. Benilton. *Cidadania e Loucura: um paradoxo*. In, BEZERRA Jr.; AMARANTE Paulo. (Org.). **Psiquiatria sem Hospício**. Rio de Janeiro, Ed. Relume-Dumará, 1992. p.113-126.

BOURDIEU, Pierre. A gênese dos conceitos de habitus e de campo. In: **O poder simbólico**. 12. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2009. p. 59-73.

BOLTANSKI, Luc. **As classes sociais e o corpo**. 3. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Legislação em Saúde Mental 1990 – 2004**. 5ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. 340 p.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. 86 p.

_____. Ministério da Saúde. **I Conferência Nacional de Saúde Mental: relatório final**. Brasília: Ministério da Saúde, 1988. 43 p.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório final da II Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 1994. 63 p.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002, 213 p.

_____. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. **Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial, 27 de junho a 1 de julho de 2010**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010, 210 p.

BRASIL. **Datasus**: informações de saúde. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>>. Acesso em: 02 set. 2011.

CAPRA, Fritjof. **O ponto de mutação**. São Paulo: Cultrix, 1982. p. 21-30, 44-46.

CASTEL, Robert. **A ordem psiquiátrica**: a idade de ouro do alienismo. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. (Org.) **Loucura, ética e política**: escritos militantes. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

COSTA, Carlos Alberto Ribeiro; FREIRE, Ana Beatriz. Lacan, secretário do alienado. In: **Mental**. Barbacena, vol.8, n.14, p. 65-91, 2010. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/mental/v8n14/v8n14a05.pdf>>. Acesso em 01 nov 2011.

DALMOLIN, Bernadete Maria. **Esperança equilibrista**: cartografias de sujeito em sofrimento psíquico. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

DA MATTA, Roberto. **A casa & a rua**: espaço, cidadania, mulher e morte no Brasil. 5. ed. Rio de Janeiro: Rocco, 1997.

DELGADO, Jaques. Reflexões na cidade sem manicômios. In: DELGADO, Jaques (Org.). **A loucura na sala de jantar**. Santos: edição do autor, 1991. p.11-26.

FERIGATO, Sabrina Helena et al. O atendimento à crise em saúde mental: ampliando conceitos. In: **Revista de Psicologia da UNESP**, São Paulo, vol.6. n.1, 2007. Disponível em: <http://www.fcm.unicamp.br/laboratorios/saude_mental/artigos/atendimento_crise_saude_mental.pdf>. Acesso em: 30 nov. 2011.

FILHO, Valentim Gentil. **Roda viva**: São Paulo: TV Cultura. Exibido em 21 de Fevereiro de 2011. Disponível em: <<http://www.tvcultura.com.br/rodaviva/programa/1244>>. Acesso em: 20 mar. 2011.

FREIDSON, Eliot. **Profissão médica**: um estudo de sociologia do conhecimento aplicado. São Paulo: UNESP, 2009.

FREIRE, Paulo. **Ação cultural para a liberdade**. São Paulo: Paz e Terra, 2007.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura na idade clássica**. 2. ed. São Paulo: Editora perspectiva, 1989.

GEERTZ, Clifford. **O saber local**: novos ensaios em antropologia interpretativa. Petrópolis, Editora Vozes, 1997.

_____. Uma descrição densa: por uma teoria interpretativa da cultura. In: **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: LTC, 2008. p. 3-21.

GIDDENS, Antony. **Modernidade e identidade**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. 2002.

GOHN, Maria da Glória. **Movimentos sociais e redes de mobilizações civis no Brasil contemporâneo**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

GOFFMAN, Erving. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: Zahar, 1975.

_____. **A representação do eu na vida cotidiana**. Petrópolis: Vozes, 2002.

_____. **Manicômios, prisões e conventos**. 8. ed. São Paulo: Perspectiva, 2008.

HAGUETTE, Teresa M. Frota. **Metodologias qualitativas na sociologia**. 11.ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

HAHN, Robert A. **Sickness and healing: an anthropological perspective**. New Haven: Yale University Press, 1996.

JOAS, Hans. Interacionismo simbólico. In: GIDDENS, Anthony; TURNER, Jonathan. **Teoria social hoje**. São Paulo: editora UNESP, 1999. p.127-174.

KLEINMAN, Arthur. **The Illness Narratives: Suffering, Healing and the Human Condition**. New York: Basic Books, 1988.

LOBOSQUE, Ana Marta. Loucura, ética e política: algumas questões de ordem da Luta antimanicomial. In: Conselho Federal de Psicologia. (Org.) **Loucura, ética e política: escritos militantes**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. p.20-30.

LACAN, Jacques. Secretários do Alienado. In: **O Seminário, livro 3: as psicoses**. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Ed.,1985. p.235-243.

LANCETTI, Antonio. **Clínica peripatética**. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2009.

LÜCHMANN, Lígia Helena Hahn; RODRIGUES, Jeferson. O movimento antimanicomial no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol.12, n.2, p. 399-406, mar.-abr. 2007. Disponível: <<http://redalyc.uaemex.mx/pdf/630/63012213.pdf>>. Acesso: 08 dez. 2010.

LOCKE, John. Vida e Obra. Segundo tratado sobre o governo civil. In: **Coleção clássicos do pensamento político**. Rio de Janeiro, Cortez, 1994.

MACHADO, Ana Paula de Oliveira. Resiliência e promoção de saúde: uma relação possível. In: **Psicologia.com.pt**: o portal dos psicólogos. 2010. Disponível em: <<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0516.pdf>>. Acessado em 09 dez. 2011.

MAFFESOLI, Michel. A experiência. In: **Elogio da razão sensível**. Petrópolis: Vozes; 1998. p.159-186.

MAGNANI, José Guilherme Cantor. De perto e de dentro: notas para uma etnografia urbana. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**. vol. 17, n. 49, p 81-95, 2002. Disponível em: <<http://www.n-a-u.org/DEPERTOEDEDEENTRO.html>>. Acesso em: 01 fev. 2011.

_____. Quando o campo é a cidade: fazendo antropologia na metrópole. In: MAGNANI, José Guilherme Cantor; TORRES, Lilian de Lucca (Org.). **Na Metrópole: textos de Antropologia Urbana**. EDUSP, São Paulo, 1996. Disponível em: <<http://www.n-a-u.org/QUANDOOCAMPOCAPI.pdf>>. Acesso em 05 fev. 2011.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Pesquisa avaliativa por triangulação de métodos. In: BOSI, Maria Lúcia Magalhães; MERCADO, Francisco Javier. (Org.). **Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes**. Petrópolis: Vozes, 2006, p.163-190.

NABUCO, Edvaldo. **Da reclusão à criação: construção da memória dos usuários do Movimento Nacional de Luta Antimanicomial**. Rio de Janeiro: UNIRIO, 2008. Dissertação (Mestrado em Memória Social). Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

NUNES, Mônica Oliveira et al. **Articulando experiências, produzindo sujeitos e incluindo cidadãos: um estudo sobre novas formas de cuidado em saúde mental na Bahia e em Sergipe, Brasil**. Relatório de Pesquisa. Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2009.

NUNES, Mônica Oliveira et al. A articulação da experiência dos usuários nas microculturas dos Centros de Atenção Psicossocial &– uma proposta metodológica. **Estud. pesqui. psicol.** Rio de Janeiro, v.10, n.1, p.204-220. abr. 2010. Disponível em: <<http://www.revispsi.uerj.br/v10n1/artigos/pdf/v10n1a14.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2010.

PERDIGÃO, Paulo. **Existência e liberdade: uma introdução à filosofia de Sartre**. Porto Alegre, L&PM, 1995.

REBOUÇAS, Danile. Grupo de trabalho quer alterar lei de concessão do benefício: ampliação de gratuidade no transporte será discutida. **ATARDE**, Salvador, 25 set. 2010. Região Metropolitana, p.A6.

RICOEUR, Paul. Explicação e compreensão. In: **Teoria da interpretação: o discurso e o excesso de significação**. Lisboa: Edições 70, 1987. p.83-99

_____. **Tempo e narrativa** (tomo I). São Paulo: Papyrus, 1994. p .85-131.

_____. **O conflito das interpretações**. Porto: Rés-Editora.1998.

RODRIGUES, Jeferson. **Formação política dos integrantes de uma associação de usuários de um serviço de saúde mental**. Florianópolis: UFSC, 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2005.

ROTELLI, Franco. Superando o manicômio: o circuito psiquiátrico de Trieste. In: AMARANTE, Paulo (Org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. 1. ed. Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, 1994. p. 149-169.

ROTELLI, Franco et al. Desinstitucionalização, uma outra via. In: NICÁCIO, Fernanda. (Org.). **Desinstitucionalização**. São Paulo: HUCITEC; 2001. p. 17-59.

SANTOS, Marcos Roberto Paixão; NUNES, Mônica Oliveira. Território e saúde mental: um estudo sobre a experiência de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial, Salvador, Bahia, Brasil. In: **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, Botucatu, v.15, n.38, p.715-726, 2011. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/icse/v15n38/aop3511.pdf> >. Acesso em: 21 nov. 2011.

SANTOS, Milton. **O país distorcido**. São Paulo: Publifolha, 2002.

SARTRE, Jean-Paul. **Crítica da razão dialética**: Rio de Janeiro: DP&A, 2002.

SCHUTZ, Alfred. **Fenomenologia e relações sociais**. Rio de Janeiro: Zahar, 1979. p. 99-122.

SILVA, Luísa Portocarrero F. Da “fusão de horizontes” ao “conflito de interpretações”: a hermenêutica entre H. G. Gadamer e P. Ricoeur. In: **Revista Filosófica de Coimbra**, vol. 1, n. 1. p.127-153, 1992. Disponível em: <<http://saavedrafajardo.um.es/WEB/archivos/Coimbra/01/Coimbra01-06.pdf>> . Acesso em: 14 set. 2011.

SILVA, Antonio Geraldo. Políticas públicas de saúde mental são contrárias aos médicos. In: **Portal da Psiquiatria. Rio de Janeiro**, Associação Brasileira de Psiquiatria, 18 nov. 2010. **diz.** Disponível em: <<http://www.abpbrasil.org.br/medicos/clipping/exibClipping/?clipping=12756>>. Acesso em: 17 nov. 2010.

SILVA, Mara Regina Santos et al. Resiliência e promoção da saúde. **Texto contexto Enferm.** Florianópolis, vol.14 (Esp.), p. 95-102, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v14nspe/a11v14nspe.pdf>>. Acesso em 13 dez. 2011.

SILVA, Marcus Vinícius de Oliveira. O movimento da luta antimanicomial e o movimento de familiares e usuários. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (Org.). **Loucura, ética e política: escritos militantes**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. p.84-111.

SIMMEL, Georg. **Questões fundamentais da sociologia**. Rio de Janeiro: Zahar, 2006.

SOALHEIRO, Nina Isabel. **Da experiência subjetiva à prática política**: a visão do usuário sobre si, sua condição, seus direitos. Rio de Janeiro, ENSP. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2003.

SOUZA, Iara Maria. **Na trama da doença**: uma discussão sobre redes sociais e doença mental. Salvador: UFBA, 1995. Dissertação (Mestrado em Sociologia), Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia. Salvador, 1995.

SOUZA, Renato Ferreira de. História e conceitos de G. H. Mead: possibilidades. In: **George Hebert Mead**: contribuições para a psicologia social. São Paulo: PUC, 2006. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 2006. p.27-61.

STRAUSS, Anselm. **Espelhos e máscaras: a busca da identidade**. São Paulo: Edusp, 1999.

SZASZ, Thomas. **A fabricação da loucura: um estudo comparativo entre a Inquisição e o movimento de saúde mental**. Rio de Janeiro: Zahar, 1976.

_____. **O mito da doença mental**. São Paulo: Círculo do Livro, 1974.

TOURINHO, Raíza. Tratamento não atinge 57% dos bipolares. **ATARDE**, Salvador, 13 Abr. 2011. Região Metropolitana, p.A6.

TUAN, Yi-Fu. **Espaço e lugar: a perspectiva da experiência**. São Paulo: Diefel, 1983.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **O poder que brota da dor e da opressão: empowerment, sua história, teorias e estratégias**. São Paulo: Paulus, 2003.

_____. Perfil das organizações de usuários e familiares no Brasil, seus desafios e propostas. In: **Cad. Bras. Saúde Mental**, vol. 1, n. 1, jan./abr. 2009. Disponível em: <http://www.cbsm.org.br/artigos/artigos/06_Eduardo_Mourao_Vasconcelos.pdf>. Acesso em 07 dez. 2010.

_____. **Manual de ajuda e suporte mútuos em saúde mental**. Versão 4.1. VASCONCELOS, Eduardo. Mourão. (Coord.). Rio de Janeiro, Projeto Transversões. Escola de Serviço Social da UFRJ, 2010.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão et al. **Reinventando a vida: narrativas de recuperação e convivência com o transtorno mental**. Rio de Janeiro: EncantArte, 2005.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão; RODRIGUES, Jeferson. **Organizações de usuários e familiares em saúde mental no Brasil: uma contribuição para a IV Conferência Nacional de Saúde mental – Intersetorial**. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/organizacaoeduardojeferson.pdf>>. Acesso em: 07 dez. 2010.

VERGER, Pierre. A Sociedade Egbé orun dos Àbíkú, as crianças nascem para morrer várias vezes. In: **Afro-Asia**, Salvador, n. 14, p. 138-160, 1983.

ANEXOS

ANEXO 1**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**

FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS - *Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais*

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA MEMBROS DA ASSOCIAÇÃO

PROJETO: Juntos na luta: a trajetória de uma associação de usuários e familiares dos serviços de saúde mental na cidade de Salvador, Bahia.

Eu, Marcos Roberto Paixão Santos, aluno do mestrado do Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, UFBA, estou realizando uma pesquisa que tem por objetivo **compreender como se configura a identidade de uma associação de indivíduos em situação de sofrimento mental num contexto de Reforma Psiquiátrica Brasileira e de Luta Antimanicomial**. Caso o (a) senhor (a) concorde em participar essa pesquisa, peço que responda algumas perguntas da nossa entrevista.

Antes disso, é importante que o Sr.(a) compreenda:

- 1- Que toda a informação que o Sr.(a) nos fornecer, será confidencial, assim como seu nome não aparecerá em nenhuma parte da publicação dos resultados desta pesquisa;
- 2- Que o senhor pode interromper essa entrevista em qualquer momento, se assim o desejar;
- 3- Que essa pesquisa não lhe trará nenhum benefício e nenhum custo financeiro;
- 4- Que se o Sr.(a) vir a sofrer algum acidente ou problema por causa de sua participação nesta pesquisa, não poderemos oferecer nenhuma compensação financeira. Caso aconteça algum problema, o Sr.(a) deverá se comunicar com Marcos Roberto Paixão Santos, pelo telefone (71) 8705-7483. E-mail: xmarcos3@yahoo.com.br

O(A) Sr.(a) entendeu nossa proposta de estudo? Tem alguma pergunta para nos fazer? Será que O(A) Sr.(a) gostaria de participar?

Salvador, _____ de _____ de 20__

Assinatura do participante/ ou responsável

Assinatura do pesquisador

ANEXO 2

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS - *Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais***TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA ASSESSORES/ APOIADORES**

PROJETO: Juntos na luta: a trajetória de uma associação de usuários e familiares dos serviços de saúde mental na cidade de Salvador, Bahia.

Eu, Marcos Roberto Paixão Santos, aluno do mestrado do Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, UFBA, estou realizando uma pesquisa que tem por objetivo **compreender como se configura a identidade de uma associação de indivíduos em situação de sofrimento mental num contexto de Reforma Psiquiátrica Brasileira e de Luta Antimanicomial**. Caso o (a) senhor (a) concorde em participar essa pesquisa, peço que responda algumas perguntas da nossa entrevista.

Antes disso, é importante que o Sr.(a) compreenda:

- 1- Que toda a informação que o Sr.(a) nos fornecer, será confidencial, assim como seu nome não aparecerá em nenhuma parte da publicação dos resultados desta pesquisa;
- 2- Que o senhor pode interromper essa entrevista em qualquer momento, se assim o desejar;
- 3- Que essa pesquisa não lhe trará nenhum benefício e nenhum custo financeiro;
- 4- Que se o Sr.(a) vir a sofrer algum acidente ou problema por causa de sua participação nesta pesquisa, não poderemos oferecer nenhuma compensação financeira. Caso aconteça algum problema, o Sr.(a) deverá se comunicar com Marcos Roberto Paixão Santos, pelo telefone (71) 8705-7483. E-mail: xmarcos3@yahoo.com.br

O(A) Sr.(a) entendeu nossa proposta de estudo? Tem alguma pergunta para nos fazer? Será que O(A) Sr.(a) gostaria de participar?

Salvador, _____ de _____ de 20__

Assinatura do participante/ ou responsável

Assinatura do pesquisador