

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS

Programa de Pós-Graduação em Psicologia

Tuliola Almeida de Souza Lima

**POR UMA POLÍTICA DA MULTIPLICIDADE NA RELAÇÃO ENTRE FAMÍLIAS E
EQUIPES NA SAÚDE MENTAL**

Belo Horizonte

2021

Tulíola Almeida de Souza Lima

**POR UMA POLÍTICA DA MULTIPLICIDADE NA RELAÇÃO ENTRE FAMÍLIAS E
EQUIPES NA SAÚDE MENTAL**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Psicologia.

Orientadora: Profa. Dra. Roberta Carvalho Romagnoli

Linha de Pesquisa: Intervenções clínicas e sociais

Belo Horizonte

2021

FICHA CATALOGRÁFICA

Elaborada pela Biblioteca da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

L732p	<p>Lima, Tulíola Almeida de Souza Por uma política da multiplicidade na relação entre famílias e equipes na saúde mental / Tulíola Almeida de Souza Lima. Belo Horizonte, 2021. 250 f. : il.</p> <p>Orientadora: Roberta Carvalho Romagnoli Tese (Doutorado) – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Programa de Pós-Graduação em Psicologia</p> <p>1. Política de saúde mental - Belo Horizonte (MG). 2. Equipes de assistência em saúde mental. 3. Família - Aspectos psicológicos. 4. Doenças mentais. 5. Hospitais psiquiátricos - Pacientes. 6. Atenção primária à saúde. 7. Humanização da Assistência. 8. Saúde mental. I. Romagnoli, Roberta Carvalho. II. Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.</p>
	CDU: 614(81)

Ficha catalográfica elaborada por Elizângela Ribeiro de Azevedo - CRB 6/3393

Tulíola Almeida de Souza Lima

**POR UMA POLÍTICA DA MULTIPLICIDADE NA RELAÇÃO ENTRE FAMÍLIAS E
EQUIPES NA SAÚDE MENTAL**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Psicologia.

Linha de Pesquisa: Intervenções clínicas e sociais

Profa. Dra. Roberta Carvalho Romagnoli (Orientadora)

Prof. Dr. Bruno Vasconcelos de Almeida - PUC Minas (Banca Examinadora)

Profa. Dra. Rachel Gouveia Passos - UFRJ (Banca Examinadora)

Profa. Dra. Simone Mainieri Paulon - UFRGS (Banca Examinadora)

Prof. Dr. Tiago Pires Marques - CES-UC (Banca Examinadora)

Belo Horizonte, 13 de julho de 2021

A Ana Marta Lobosque

AGRADECIMENTOS

Especialmente à Roberta, pela parceria e presença inspiradora!

A todas e todos participantes desta pesquisa, pela confiança e disponibilidade.

Ao meu pai e a minha mãe, pelo senso de justiça. Ao Ian, por me ensinar a ser mãe e aceitar minhas distâncias. Ao Pablo, pelo apoio e incentivo.

Às colegas da PUC e demais agenciadas. À Kelly e Larissa, presentes que a vida deu simultaneamente ao doutorado.

Ao Tiago e colegas do CES - Universidade de Coimbra.

À CAPES, cujo financiamento tornou possível este trabalho.

À Ananda, Gustavo, Sérgio e Marina por compartilharmos possibilidades de amor inventadas além-mar.

ao grupelho, gengibrão de amor que nos incentiva a dançar e estudar pela vida.

Ao Stefano, pela imersão em um mundo de coelhos e bailarinos.

A todas e todos colegas do SUS em Belo Horizonte e Betim.

Aos militantes e às militantes por uma sociedade mais justa, livre de manicômios e prisões.

Ao Edmundo, lampejo de parceria viva.

Ao Juliano, por respirar comigo infinitos territórios afetivos.

Ao rio preto, exemplo de vida.

“Hoje em dia, criar é criar perigosamente. Toda publicação é um ato [...]”

(CAMUS, 2013, p. 341)

RESUMO

A reforma psiquiátrica, em sua proposta de reestruturação da assistência em saúde mental, foi bem sucedida em vários domínios, nos quais se destacam a ampliação de possibilidades de assistência em serviços territoriais, preservando os laços sociais e comunitários dos usuários em tratamento. Embora esteja prevista a participação das famílias no cotidiano dos serviços, nem sempre tais grupos se colocam como parceiros das propostas de cuidado em liberdade e frequentemente solicitam a internação de seus membros em situação de sofrimento mental. Porém, usuários que já passaram pela experiência da internação relatam os horrores vividos na instituição manicomial. Neste contexto, a tese trata das relações entre as equipes de saúde mental e as famílias, em lógicas co-construídas com usuários e familiares. Família é um conceito que transversaliza a tese. São diversos os agrupamentos familiares, os modos de conviver e de cuidar, as definições de laços sociais e afetivos, apesar do risco de se tratar a família como modelo ou padrão. O objetivo consiste em investigar os processos de subjetivação que se efetuam na relação das famílias de usuários adultos em situação de sofrimento mental na política pública de saúde e os técnicos, abordando dois serviços: centro de referência em saúde mental e centro de convivência, em Belo Horizonte. No desafio da territorialidade, a tese aborda a mobilização de afetos envolvidos na proposta de reabilitação psicossocial guiada pela luta antimanicomial, assim como forças conservadoras e possibilidades de resistência ao poder que nos atravessam, quer ocupemos função de familiar, trabalhadora, pesquisadora, usuária, militante. As manifestações do poder refletem reproduções de forças que se materializam nas relações entre as pessoas nas instituições de cuidado. Mesmo com avanços resultantes da reforma psiquiátrica, persistem práticas baseadas na tutela de pessoas em situação de vulnerabilidade. É utilizada como metodologia a cartografia, com uso de diário de bordo, de fragmentos literários e de cartas com descrições de cenas que fundamentam a produção de dados. A tese aborda ainda a desigualdade social e econômica brasileira, bem como a pobreza, o racismo, a discriminação de loucos e mulheres no sistema capitalista. Considera a luta por direitos civis e sociais vinculada à democracia e à construção de cidadania. Por uma perspectiva baseada na esquizoanálise, propõe o uso de dispositivos de grupo para agenciamentos múltiplos quanto aos impasses da prática na saúde mental e encontros coletivos que permitam aos sujeitos refletirem sobre suas próprias

concepções sobre a loucura, a família, os serviços de assistência, as instituições sociais. Desterritorializar, reterritorializar, refazer condições para lidar com a desestabilidade que o contato com a loucura provoca; desenvolver condições para cada pessoa viver com seu modo próprio de existir. O uso de medicação psiquiátrica é associado ao controle que a sociedade demanda, pelo qual reforça comportamentos e corpos normatizados. O aquilombamento da reforma é sugerido como estratégia para se recriarem instituições, mundos, memórias, conceitos e subjetividades. Concluímos acerca da necessidade de agenciamentos produtivos entre a família e a equipe para a sustentação da reforma psiquiátrica.

Palavras-chave: Saúde Mental. Família. Poder. Esquizoanálise. Cartografia.

ABSTRACT

The psychiatric reform, in its proposal to restructure mental health care, was successful in several domains, among which stand out the expansion of care possibilities in territorial services, preserving the social and community ties of users in treatment. Although the participation of families in the daily life of the services is foreseen, these groups do not always place themselves as partners in the proposals of care in freedom, and frequently request the hospitalization of their members in situations of mental suffering. However, users who have already gone through the hospitalization experience report the horrors experienced in the mental institution. In this context, the thesis deals with the relationships between mental health teams and families, in logics co-constructed with users and family members. Family is a concept that cuts across the thesis. There are several family groupings, ways of living together and caring, definitions of social and affective ties, despite the risk of treating the family as a model or standard. The objective is to investigate the subjectivation processes that take place in the relationship between the families of adult users in situation of mental suffering in the public health policy and the technicians, approaching two services: reference center in mental health and living together center, in Belo Horizonte. In the challenge of territoriality, the thesis addresses the mobilization of affections involved in the proposal of psychosocial rehabilitation guided by the anti-mental health struggle, as well as conservative forces and possibilities of resistance to power that cross us, whether we occupy the role of family member, worker, researcher, user, activist. The manifestations of power reflect reproductions of forces that materialize in the relationships between people in care institutions. Even with advances resulting from the psychiatric reform, practices based on the guardianship of people in vulnerable situations persist. The methodology used is cartography, with the use of a logbook, literary fragments, and letters with descriptions of scenes that support the production of data. The thesis also addresses Brazilian social and economic inequality, as well as poverty, racism, and discrimination of the insane and women in the capitalist system. It considers the struggle for civil and social rights linked to democracy and the construction of citizenship. From a perspective based on schizoanalysis, it proposes the use of group devices for multiple agencying as to the impasses of mental health practice and collective meetings that allow subjects to reflect on their own conceptions about madness,

family, assistance services, and social institutions. Deterritorialize, reterritorialize, remake conditions to deal with the instability that the contact with madness provokes; develop conditions for each person to live with their own way of existing. The use of psychiatric medication is associated to the control that society demands, through which it reinforces normatized behaviors and bodies. The aquilombamento of the reform is suggested as a strategy to recreate institutions, worlds, memories, concepts, and subjectivities. We conclude about the need of productive agenciamentos between the family and the team for the sustentation of the psychiatric reform.

Keywords: Mental Health. Family. Power. Schizoanalysis. Cartography.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
1.1 Objetivo geral	17
1.1.1 Objetivos específicos	17
1.2 Justificativa	17
1.3 Lugares estabilizados, circulação de poderes	29
2. PERCURSO METODOLÓGICO	45
3. FAMÍLIAS E A REDE DE SAÚDE MENTAL DE BELO HORIZONTE	68
3.1 Passado revisitado	80
3.2 “A gente venceu o medo de soltar a pessoa”	95
3.3 Entre o CERSAM e o CC: deslocamentos	108
3.3.1 CERSAM Fanon	108
3.3.2 Centro de Convivência David Capistrano	120
3.4 Diferenças de mobilização das famílias	127
3.5 Aquilombamento: coletividade, resistência, inventividade	136
4. MUDAR A EXISTÊNCIA, O MANICÔMIO, A FAMÍLIA E AS INSTITUIÇÕES .141	
4.1 Entre reproduções e invenções	149
4.2 Uma festa, muitos encontros	165
4.3 Possibilidades de trocas, ações de tutela	177
4.4 “Agora eu sei o que você passa lá”	185
4.5 Medicação, territórios outros	200
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	227
6. REFERÊNCIAS	234

1. INTRODUÇÃO

Pensamentos preliminares: de quando eu iniciei uma conversação comigo mesma, questionando certos pressupostos mas sem saber como localizar possíveis respostas... Curiosidade social ou inquietação infantil?

Eu, estudante de psicologia, fazendo estágio no ambulatório de psiquiatria, pergunto ao colega, aluno-referência-prodígio, favorito do professor responsável: “psicótico deseja?”. Ele responde em sobressalto, sorrindo, “eu sei lá se psicótico deseja!”. Época de expectativa de respostas pela psicanálise e talvez também pela filosofia circundante...

Uma mulher adulta, doutora, formada em psicologia, amiga não muito próxima, vai residir no exterior com o companheiro e o filho recém-nascido. Desenvolve ideias delirantes, paranoides, retorna ao Brasil e fica internada em uma clínica psiquiátrica. Os mais próximos, espantados, passam a lhe perguntar como iria fazer dali em diante... como se a vida tivesse acabado. Ou mudado radicalmente. Um dia essa mulher me conta como ficou chateada com a reação das pessoas sobre o episódio. O casamento foi desfeito, ela seguiu sua carreira profissional, mudou-se de cidade, passando a trabalhar como professora em uma área de grande afinidade pessoal. Tenho a impressão que o fatalismo de quem lhe abordou tem a ver com uma leitura de mundo fortemente referenciada pela psicanálise.

Meu mestrado em estudos psicanalíticos não se desenvolveu como o esperado. Que tipo de pesquisa estava sendo feita? Quais ganhos ela estava trazendo? As relações acadêmicas estavam gerando quais tipos de trauma? Anos após a conclusão do processo, o que mais retorna à lembrança é o final do texto de dissertação, quando eu, autora, perguntava sobre as condições de estabilização psíquica da paciente acompanhada anteriormente: “chegamos ao final, sem ter respondido à pergunta que desencadeou o trabalho”.

Trabalhando em um cargo novo, na rede de saúde mental com a qual tanto sonhei, encontro muitas pessoas com anos de experiência profissional que se orientam pela psicanálise. Um dia, tenho conhecimento da história de um jovem de 23 anos, com transtornos psicóticos graves, com várias situações de errância. Havia sido encontrado em outra cidade, outro estado, muito desorganizado, e um serviço da rede de assistência social o localizou. Foi abrigado, recebeu cuidados intensivos, e após uma série de contatos interestaduais, com articulação de secretarias, serviços, inúmeros atores, incluindo a família e a

rede de referência de tratamento na qual seria re-inserido, ele é trazido de volta à sua cidade. A equipe do Centro de Saúde e do CERSAM havia sido avisada sobre sua chegada. Três dias de viagem, acompanhado de um irmão, com financiamento para o motorista, transporte, etc. A equipe de saúde mental que iria o receber está em atendimento ambulatorial e atividades programadas quando ele chega. Perguntam sobre o relatório psiquiátrico, receiam que ele esteja muito medicado, dizem que está “dopado”. Não é possível atendê-lo de imediato, então orientam a família a levá-lo ao CERSAM. A família é composta por uma senhora idosa, cujo marido tem diabetes graves e descompensações também psiquiátricas, filhos adultos que trabalham, e ela é responsável pela casa e por alguns netos, crianças. Ela nem sempre sabe do paradeiro do filho de 23 anos, que às vezes some por aí. A área tem cobertura de Equipes de Saúde da Família, com agentes comunitários de saúde (ACS), e então a equipe de saúde mental pede para ser feita visita e orientação. Mas passada uma semana, ou duas, ou quatro, o usuário não é levado ao CERSAM, tampouco ao centro de saúde. Fica meio desaparecido, novamente, apesar de alguns movimentos não efetivos das redes.

O que essa história tem em comum com as indagações? Uma das profissionais de referência para a equipe, com mais de 20 anos de experiência, se apresenta sempre em relação à teoria psicanalítica para seu trabalho. Em várias discussões de casos diz não poder atender usuários que não tivessem demanda de análise, no centro de saúde em que estava lotada. Mantém suas responsabilidades de matriciamento mensal com a equipe, entre outras.

Eu, uma psicóloga recém-formada que quer muito trabalhar na rede de saúde mental, mas não sabe como ser contratada, caso não seja via concurso. Estudei muito durante anos e não tive experiência de estágio na rede. Não sabia sobre a legislação básica da política de saúde, não sabia sobre as atribuições do psicólogo na saúde pública. Mas tinha certeza da vocação para o trabalho com a loucura. Ansiava pela possibilidade de um trabalho no qual a arte se relaciona com o saber da psicologia e simultaneamente sentia uma frustração por não ter passado por um curso de formação superior que me desse condições concretas para essa prática. Seguiu contatos e descobriu a militância da luta antimanicomial como local de aprendizado e fortalecimento coletivo. Nada mais parecia categorizável em “político”, “clínico”, “pessoal”, etc., com rótulos definíveis para conversas e ações. Tudo passou a ser misturado dentro de mim, variando em momentos de ênfase em um ou outro campo da vida.

Trabalhando em um serviço de urgência, eu, psicóloga-aprendiz atendi um jovem diagnosticado com esquizofrenia e uso de substâncias psicoativas. A relação com a irmã era muito presente no tratamento, e com frequência ambos chegavam ao serviço solicitando inúmeras intervenções. A demanda por medicação era a mais recorrente. Mas havia também perguntas sobre o uso do dinheiro deles, como dividiriam a renda que tinham, como manejar pagamento de contas, etc. Um dos casos que demonstram que sem acolhimento e acompanhamento da/com a família, o tratamento perde o sentido. Desafios cotidianos e que envolvem toda a rede, além da equipe do serviço de referência.

Em um serviço de urgência infantojuvenil, familiares e responsáveis levavam crianças com inúmeras suspeitas de alteração de comportamento e inseguros quanto às funções paternas, maternas, de cuidado e provimento esperadas. Uma garota de 8 ou 9 anos, certa vez, chorava por querer uma sandália que a família não tinha recursos financeiros para adquirir. O que é produzido como fonte de sofrimento na nossa sociedade?

Trabalhando em uma região periférica de grande centro urbano, via que eram muitos os usuários com transtornos mentais graves que residiam com as respectivas famílias em situação de pobreza ou miséria. Os técnicos queriam atender com maior frequência, mas os usuários não costumavam ter o dinheiro nem para a condução até a unidade. O acesso a locais de cultura, escola e trabalho era sempre comprometido. Muitas pessoas com formação precária, para quem continuidade de estudos não existe. Muitas demandas para atendimento médico e tratamento farmacológico para os sintomas. Equipes que orientam sobre o acompanhamento com a psicologia, falam que não basta frequentar as consultas com a psiquiatria. Os atendimentos propostos muitas vezes são suficientes para controlar alguns sintomas, sem necessariamente levarem a outras possibilidades de vida. O que podemos fazer? Há casos que, após anos, demonstram melhora importante, retomada de atividades diárias e outros ganhos. Há casos e casos, com evoluções distintas. Há quem diga que uma vez inserido na rede, o usuário dificilmente sairá dela... Como podemos avaliar nossas ações?

Quando escrevo lembro da época da Residência Multiprofissional em Saúde Mental, quando trabalhei no meu primeiro CERSAM. Relembro situações com usuários: um deles, com quem eu gostava de sair para almoçar, jogávamos truco, conversávamos muito - dizia que “o CERSAM é como se fosse minha família”. Isso pareceria bom, pelo lado do

reconhecimento do trabalho feito; mas e as limitações de convivência social não superadas que essa fala indica?

Lembranças do trabalho em centros de saúde trazem fragmentos das vidas de usuárias e usuários acompanhados que demandavam acompanhamento psicológico por se sentirem tristes e impotentes: vivem em centros urbanos longe das terras natais e do modo de vida mais próximo do trabalho com a terra; mães de meninas violentadas, sem saberem para onde ir; mulheres com medo de circularem nas ruas e deixarem as familiares circularem; sentimentos difusos apresentados sob o nome de “depressão”; desajuste quanto às normas do local de trabalho e natureza da profissão exercida; tristezas no relacionamento conjugal. Estas e outras questões que interrogam diariamente a função da psicologia na política pública de saúde, ainda mais em função do que a população de nossos territórios nos demanda.

Uma psicóloga-pesquisadora-aprendiz que dança está no metrô, a caminho do campo de pesquisa. Eis que surgem as ideias para um projeto de dança cuja essência é improvisar, fazendo performances em espaços públicos urbanos¹. Algo lhe dizia: “mas você deveria estar pensando nas entrevistas, como perguntar sobre aqueles temas polêmicos”... e de repente a mente é invadida por inspirações. Momento de vida conturbado, de rompimentos e criação de vínculos. O que representa esse projeto pessoal? Outras formas de habitar a dança, habitar a cidade, construir um corpo apto a improvisar através da valorização da memória e da experimentação de múltiplos estímulos.

O que essas inquietações sugerem? Como olhamos e entendemos o mundo, como tentamos agir sobre ele, como nos sentimos afetados, são condições produzidas e passíveis de serem alteradas. Passando por algumas metamorfoses, decido apresentar-me como alguém formada em psicologia, trabalhadora da saúde mental, empenhada em estudar como as condições sociais influenciam no adoecimento mental e na formação das subjetividades, sem, contudo, abrir mão totalmente do que estudei no âmbito da psicanálise. Alguns autores da filosofia dão embasamento para essa crítica que quer ser sobretudo construtiva.

Entre tantas questões, dúvidas, vontade de construir práticas vivas em um trabalho com condições sabidamente difíceis, destaco a relação com os familiares dos usuários

¹ Projeto “Occupy Belly Dance”, registrado via mídias sociais: Youtube e Instagram. Primeira da série de intervenções disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=kJ0vTNbbQgw>. O nome é uma provocação quanto aos usos dos espaços públicos, à precária discussão política sobre a dança e também quanto ao modo dominante de uso das redes sociais e publicação de conteúdos virtuais (OCCUPY BELLY DANCE, 2019).

atendidos na rede de saúde mental. Ao mesmo tempo que desconstruo algumas certezas, pretendo analisar com os atores que estão passando pelo calor da vivência com os usuários as formas como serviços e famílias se relacionam. É preciso escutá-los.

Das poucas certezas atuais, trago comigo a paixão capistrano-lancettiana, pela qual aposto em produzir condições para (me) recarregar, incentivar plasticidades psíquicas para promover convivências potentes. Daí começo a pensar em outro modo de fazer pesquisa, outro modo de articulação da academia com a rede, após uma série de encontros felizes com pessoas que me apresentam outras instituições de ensino e modos de ocupar esses espaços de articulação. Pelas situações de trabalho na rede me vejo motivada a voltar a estudar.

Escrever a tese, assim, passa a ser uma maneira de “povoar esta solidão de múltiplas vozes” (ROLNIK, 1993, p. 250). Uma tentativa de lidar com muitas marcas impressas em mim. Verdades que se cruzam e desafiam, associadas a aprendizados, às passagens do tempo, a traumas e violências sofridas, ao diálogo com as expectativas sociais e o senso comum. Em emaranhados nos reconstruímos.

Cada um de nós vê a vida segundo sua atividade, segundo seu lugar na vida ou nos acontecimentos de que participa. Podemos pressupor que a enfermeira viu uma guerra, a padeira viu outra, a paraquedista uma terceira, a piloto viu uma quarta, a comandante de um pelotão de atiradores de fuzil uma quinta... Cada uma delas esteve na guerra que existia em seu raio de visão. (ALEXIEVICH, 2016, p. 114).

Toda produção de subjetividade é atravessada pelas conjunturas macropolíticas e experimentações micropolíticas, que são imanentes. Guerras em planos macro ou micro se apresentam, aqui, nas vozes e escritas de inúmeros personagens, em uma trama que se move em direção às reflexões sobre as práticas na saúde mental.

Os endurecimentos observados na postura dos profissionais e em mim, pesquisadora, ainda com poucas condições de analisar minha implicação no campo da pesquisa acadêmica e a da militância na saúde mental, estavam em um período de estagnação conceitual e de geração de angústia. As referências teóricas e práticas até então conhecidas faziam com que os impasses nos campos de atuação fossem introjetados, gerando uma espécie de culpabilização de si e traçando um caminho sem possibilidades de saída.

Em meio a essas inquietações relatadas surgiu o tema desta pesquisa: a relação das equipes da rede de saúde mental com as famílias no tratamento de pessoas em situação de

sofrimento mental, enfocando os processos de subjetivação que emergem na rede de serviços substitutivos da cidade de Belo Horizonte.

1.1. Objetivo geral:

Investigar os processos de subjetivação que se efetuam na relação das famílias de usuários adultos em situação de sofrimento mental na política pública de saúde e os técnicos, abordando serviços de saúde em diferentes pontos de atenção: urgência / emergência em saúde mental e centro de convivência.

1.1.1 Objetivos específicos:

- Levantar as práticas de cuidado em saúde mental dos técnicos em relação às famílias dos usuários em situação de sofrimento mental, em seu viés macropolítico e micropolítico.

- Compreender os processos de subjetivação a partir das ideias de Gilles Deleuze, Félix Guattari e Michel Foucault em articulação com a saúde mental e os encontros realizados entre as famílias e os técnicos.

- Cartografar o campo de efeitos decorrentes da relação dos técnicos com as famílias de pessoas em situação de sofrimento mental, rastreando os processos que operam para a produção e os que operam para a reprodução das subjetividades envolvidas.

1.2 Justificativa

“Fizemos a nossa escolha, que nos obriga a manter-nos ancorados ao doente, como o resultado de uma realidade cujo envolvimento não se pode evitar” (BASAGLIA, 2010, p.131).

O principal motivador desta pesquisa é uma preocupação ética com o trabalho realizado nas redes de saúde mental que compõem as políticas públicas de saúde, onde trabalhei em cargos técnicos e de gestão nos municípios de Belo Horizonte e Betim - MG. Nessas práticas, vivenciei despreparos e desconhecimentos dos técnicos sobre o modo de atendimento e acompanhamento aos familiares, diante do modelo de atendimento proposto. Essas experiências geraram inquietações, que me convocaram a contribuir para as práticas no campo da saúde mental em uma vertente dupla: tanto a respeito do trabalho exercido, quanto

sobre a assistência ofertada. Nesse percurso, através de problematizações de experiências de trabalho concretas, considerando que as relações entre os indivíduos e grupos citados refletem relações de poder e diferenças de classe social que determinam as condições de atendimento no cotidiano da política pública de saúde vigente. Busco analisar as intervenções à luz da indicação de abordar determinantes sociais que produzam vulnerabilidades ou desigualdades em saúde (CHAGAS *et al*, 2020) para promoção do acesso aos serviços e garantia do direito à saúde.

A reforma psiquiátrica, em sua proposta de reestruturação da assistência em saúde mental, foi bem sucedida em vários domínios, nos quais se destacam a ampliação de possibilidades de assistência em serviços territoriais, preservando os laços sociais e comunitários dos usuários em tratamento. Com a reformulação do aparato jurídico e demais ganhos impulsionados também pelos movimentos sociais compostos por usuários, familiares e trabalhadores, o Brasil passou a investir em ações para superação do modelo asilar (BRASIL, 2005). Com denúncias sobre as violências praticadas nas instituições designadas para tratamento da loucura e uma crítica ao saber psiquiátrico dominante, com realizações de conferências para controle social e outros espaços formais para tais questionamentos, “ensejou-se, assim, a elaboração de documentos nacionais que assegurariam cuidado em liberdade aos segmentos de situação de vulnerabilidade” (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA - CFP, 2019, p. 24). Neste mesmo sentido, a Lei n. 10216, de 2001, representa um marco para reforma psiquiátrica brasileira, ao apresentar diretrizes que asseguram uma lógica de atenção comunitária e orientem práticas assistenciais que respeitem direitos humanos das pessoas em situação de sofrimento mental. É previsto que familiares e usuários sejam cientificados dessa orientação, bem como sejam trabalhadas com os mesmos as condições para uma recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade (BRASIL, 2001).

Outro marco para a luta pela desinstitucionalização da loucura e o cuidado em rede é a definição da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída pela Portaria 3088/11, no âmbito do Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS). Algumas de suas diretrizes são a integração dos pontos de atenção das redes no território e a participação e controle social dos usuários e de seus familiares (BRASIL, 2011).

Contudo, em relação ao grupo familiar dos usuários, o processo de reforma ainda possui vários desafios. As responsabilidades atribuídas às famílias dos usuários, bem como as possibilidades de participação delas nos tratamentos, são temas que precisam ser ainda estudados e documentados, a fim de se articular os objetivos da reforma psiquiátrica antimanicomial - a reabilitação psicossocial e o resgate da cidadania dos usuários, entre outros - ao funcionamento desses grupos heterogêneos. Alguns autores destacam a publicação insuficiente sobre esse tema, como Rosa (2011) e Pimenta (2008), indicando que pouco tem se proposto como prática ou pouco tem-se publicado no contexto da implementação da política de saúde mental. Em que pese a tradição participativa de familiares e usuários nos movimentos sociais e nos espaços de controle social de políticas públicas, especialmente no processo da reforma psiquiátrica brasileira (PRESOTTO *et al*, 2013), a participação dos mesmos em pesquisas e produção de conhecimento deve ser estimulada. Isso pode favorecer o protagonismo dessas pessoas e a co-produção de saberes que contribuam para a manutenção e incremento de dispositivos assistenciais no País, na lógica defendida pelo movimento.

Na produção bibliográfica sobre o tema das relações familiares destacam-se produções sobre o trabalho nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dispositivos estratégicos de atenção à crise e articulação de rede assistencial no âmbito do SUS, que foram implantados em diversos municípios brasileiros nos últimos anos e nos quais há atendimento em regime de atenção diária, conforme apontado também por Barros, Jorge e Vasconcelos (2013). Por ser um serviço aberto e comunitário, oferece também ações que favoreçam a inclusão social dos usuários e de suas famílias, na perspectiva da reabilitação psicossocial e para substituir o modelo de atenção baseada na internação em hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2004). Importante considerar a dimensão de inserção territorial que o tipo de serviço representa, território este “constituído fundamentalmente pelas pessoas que nele habitam, com seus conflitos, seus interesses, seus amigos, seus vizinhos, sua família, suas instituições, seus cenários (igreja, cultos, escola, trabalho, boteco, etc.)” (BRASIL, 2004, p. 11). Embora esteja prevista a participação das famílias no cotidiano dos serviços, na elaboração dos projetos terapêuticos e nas ações com vistas à inserção social dos usuários, sabemos que nem sempre tais grupos se colocam como parceiros das propostas de cuidado em liberdade. Afinal, os momentos de crise subjetiva são “situações-limite do laço social dos usuários e suas famílias” (ALMEIDA, 2018, p. 14). A demanda existente, em algumas situações, de práticas tutelares

para com os usuários ou condizentes com modos de exclusão dos mesmos, pode estar relacionada à não articulação dos recursos e redes em um determinado território, e reflete ainda a resposta que vigorou por séculos na cultura ocidental à loucura como algo perigoso a ser controlado e mantido à distância, entre muros.

Algumas metodologias descritas nos artigos não contribuem para abordarmos outras estratégias de ações: repetem evidências (“necessidade de maior acolhimento”, “importância de se acolher as famílias”, etc) e que se relacionam a aportes teóricos igualmente restritivos e com efeitos de julgamentos: “famílias vigilantes”, usuários com “comportamentos inadequados”... mas aos olhos de quem? O que expressam a partir disso, a que composições respondem nas diferentes relações estabelecidas? Familiares-usuários-serviços, todos atravessados por valores sociais e culturais. Há discussão suficiente, entre esses grupos, sobre as possibilidades de convivência comunitária?

Sempre me preocupa, a este respeito, a publicação de análises que não aprofundam as complexidades das interações das diferentes famílias com seus usuários e que insistem no reforço da existência dos serviços substitutivos, por si:

A satisfação dos familiares entrevistados com o CAPS é tão grande que mesmo quando o pesquisador faz menção às oficinas terapêuticas enquanto foco da entrevista, eles se sentem “obrigados” a falar da felicidade e da satisfação ao terem seus familiares em tratamento nestes serviços substitutivos, conforme as manifestações discursivas (AZEVEDO E MIRANDA, 2011, p. 341).

É claro que o modelo de assistência à saúde mental é um campo em disputa e as publicações que abordam os resultados obtidos, bem como os êxitos de tantas experiências no território nacional, é de extrema importância politicamente. Mas há aspectos dessas interações que podem ser trabalhados de outras formas, para buscarmos contribuir para melhoria das práticas feitas coletivamente e que possuem inúmeros impasses. No trecho destacado acima, como exemplo, vemos que a valorização das narrativas familiares se refere ao sentimento de gratidão que muitos dos nossos usuários das políticas públicas têm quanto às equipes, o que incorre em duas consequências: acabam ficando em uma postura de desconhecimento de seus próprios direitos civis e do dever do Estado; essa distância contribui para práticas de tutela se cristalizarem, mantendo os técnicos em posturas conformistas, em certos momentos, no sentido de fazerem somente o que é possível, em termos assistenciais, já que há poucos

recursos investidos nas redes e como se não coubesse mais a ser feito, em tais condições. Usuários que se sentem forçados a falar satisfatoriamente sobre a assistência recebida indicam a segmentarização de uma abordagem que poderia ser mais terapêutica se mantivesse suas possibilidades de abertura, inclusive para criticarem negativamente o serviço prestado com a mesma liberdade de expressão e possibilidade de avaliação conjunta.

No percurso de nossa pesquisa isso foi destacado por uma das participantes, que diz como lhe incomoda quando os familiares insistem em agradecer à equipe o que esta faz, pois ela tem a sensação disso se aproximar ao referido desconhecimento do direito de proteção social e acesso à saúde, obliterando o olhar dos mesmos sobre as ofertas que são feitas na rede. Exclamações cotidianas de vocabulários de origem religiosa indicam uma tradição cultural que corrobora essa postura, sugerindo que o fazer dos profissionais de saúde devem se basear em caridade cristã; como se o tratamento bem feito, do ponto de vista ético e em respeito às necessidades de cada usuário, não fosse uma prerrogativa técnica e moral dos agentes que ocupam tais funções. Resta-nos manter a indagação, do ponto de vista das nossas próprias práticas, se agimos de modo a refutar estas institucionalizações nos discursos e nas relações com o nosso público. E se nos utilizamos dos dispositivos de produção de conhecimento à altura da potência que os grupos possam favorecer.

No caso da saúde mental, durante séculos sustentou-se a tese de que o fechamento da família sobre si mesma - às vezes associado à supervalorização, à idealização de uma família nuclear perfeita e à intensificação dos pensamentos de que a família não deve se dissociar ainda mais na situação de doença - contribuía para a constituição de um longo processo de culpabilização do grupo familiar. Para mudar isso, é necessário repensar o lugar da família no tratamento, de preferência sem a formação de estereótipos que mais reforçam o isolamento do que o vínculo. A família precisa expandir, expressar sua singularização, problematizar a loucura para que possa ser re-significada enquanto parceira, e não como cúmplice ou vítima do processo de adoecimento psíquico (MELMAN, 2001, p. 32).

Em Belo Horizonte a rede de atenção no nível primário, além dos CAPS, é extensa, com equipes de saúde mental em todas as unidades básicas de saúde, nas quais busca-se constituir uma articulação entre as Equipes de Saúde da Família (ESF) e as Equipe de Saúde Mental (ESM) para atenção adequada a toda a população de referência. Sabemos que nos Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAM²) e Centros de Convivência (CC) ocorrem atividades regulares de atendimento e encontro com as famílias dos usuários, mas na

² Forma como são chamados os CAPS em Belo Horizonte. São serviços territorializados, abertos 24h por dia, todos os dias da semana.

Atenção Primária à Saúde (APS) não há esta prática de modo consolidado e difundido. Os impasses nos cotidianos dos profissionais da APS demonstram dificuldades em lidar com estes grupos, variando localmente sobre as tentativas de resolução para os mesmos. É necessário analisar esses impasses, no contexto da política pública de saúde, diante da consolidação de modelos assistenciais direcionados à família: “[...] tornam-se necessários estudos que produzam conhecimento sobre o tema, que contribuam, inclusive, para a construção de novos dispositivos clínicos e apostem na capacidade de invenção e na potência desses grupos” (ROMAGNOLI, 2006, p. 308).

Embora a rede brasileira de serviços assistenciais substitutivos ao hospital psiquiátrico tenha passado por um período de expansão no começo dos anos 2000, existem ainda inúmeras instituições no território nacional destinadas a internações psiquiátricas, em que pesem as denúncias sobre maus tratos, internação involuntária ou de longa permanência, internação de crianças e adolescentes, superlotação de leitos, violências infligidas a usuários, entre outros problemas (CFP, 2019) que ocorrem nas mesmas. Em muitos casos tais instituições se localizam fora dos perímetros urbanos, com acesso comprometido e, evidentemente, contribuindo assim mais para fragilizar laços sociais e familiares do que para promovê-los. Não só contatos pessoais se tornam restritos pela distância física, como a própria lógica de funcionamento institucional isola os sujeitos internados, criando um segmento populacional apartado de sua comunidade de origem e sem o cumprimento do direito a um tratamento condizente com o princípio da territorialidade tão caro à nossa política de saúde.

Um agravante do momento atual em que vivemos, do ponto de vista da gestão da política nacional de saúde mental, é a restrição orçamentária geral para o SUS e especialmente para os serviços substitutivos. O processo de reforma psiquiátrica sempre esteve atrelado ao seu modo de financiamento e a ampliação de recursos para melhor funcionamento de serviços territoriais já era uma indicação explícita desde a IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial (SUS, 2010). A consolidação das redes existentes e a participação ativa e organizada de usuários, familiares, trabalhadores, entre outros atores, na forma prevista para o controle social e de outros modos de articulação conforme as disponibilidades locais, se torna cada vez mais necessária para que seja garantida a assistência. Neste contexto, esperamos contribuir para o estabelecimento de parcerias entre os serviços da rede de saúde mental e as famílias, apostando na possibilidade de criação de

dispositivos baseados no acolhimento e no estabelecimento de vínculos para abordagem às pessoas em situação de sofrimento mental, incluindo os grupos familiares com os quais convivem e favorecendo a reabilitação psicossocial necessária.

Nas nossas heranças culturais coloniais resiste uma tendência à espetacularização do sofrimento alheio, como se assistíssemos a filmes de horror nos quais os protagonistas são pessoas reais. A descrição do ambiente dos hospitais colônias mineiros nos anos 1950 e 1960 (MARZANO, 2008), em que pesem as tentativas de modernização da assistências por parte de algumas iniciativas pontuais dos então secretários e tomadores de decisão, poderia chocar, ainda hoje, mas não necessariamente incitar à ação para mudança por grande parte das pessoas. Paralelamente à mudança ocorrida neste quadro, pelo qual os manicômios passaram a ser criticados por simpatizantes da luta antimanicomial e alguns segmentos da sociedade civil nas últimas décadas, vemos hoje a persistência, no entanto, das "clínicas privadas" - comunidades terapêuticas e instituições com características asilares para confinamento de pessoas, especialmente para aquelas com problemas relacionados ao consumo de drogas. O movimento social antimanicomial tem se articulado para denunciar tais instituições, que reeditam os manicômios, operando na mesma lógica dos mesmos, causando óbitos eventuais e diversas situações de maus tratos aos usuários. Familiares que buscam solução na internação em tais instituições são muitas vezes surpreendidos quando descobrem as condições concretas em que seus parentes são submetidos, pelas quais acabam sofrendo com o rompimento de laços sociais, devido a dificuldades de acesso às instituições, falta de comunicação imposta como regra de funcionamento nas mesmas, além da dificuldade financeira de arcar com os deslocamentos (CFP, 2018). Da nossa parte, pelo que já aprendemos com o histórico dessas instituições, afirmamos: sua existência gera demanda no território em que se encontram, repetindo condutas inadequadas às necessidades sócio-sanitárias da população, gerando sofrimento ao invés de tratá-lo, impedindo melhorias no cuidado e na forma de trabalho dos técnicos. Nosso posicionamento decidido contra esse tipo de instituição baseia-se no nosso compromisso ético com a promoção de vida.

Atuar dentro de uma instituição da violência (mais ou menos mascarada), significa recusar o seu mandato social, dialetizando no campo prático esta negação: negar o ato terapêutico como prática de violência mistificada, aliando nossa tomada de consciência sobre o fato de sermos simples empreiteiros da violência (e, desta forma, excluídos) à tomada de consciência dos excluídos - a

qual devemos estimular - sobre sua exclusão, evitando qualquer esforço no sentido de adaptá-los a essa exclusão (BASAGLIA, 2010, p. 96).

Ao longo do nosso percurso retomamos pontos de inspiração que Franco Basaglia nos deixa para pensarmos nas práticas em saúde mental condizentes com a busca por liberdade e condições de cidadania para todas as pessoas, a despeito de estarem ou não em situação de sofrimento mental, e especialmente quando identificadas e rotuladas como doentes ou portadoras de transtornos e necessidades psicossociais especiais. Abordamos também alguns pontos de convergência com Frantz Fanon, psiquiatra de origem martinicana cuja atividade clínica e escritos teve ligação direta com processos de colonização francesa em países africanos. Em uma de suas críticas às práticas coercitivas nos hospitais psiquiátricos, este autor afirma que episódios de agitação são “[...] acima de tudo, uma modalidade de existência, um tipo de atualização, um estilo expressivo” (FANON, 2020, p. 140). Ambos os autores nos convocam a ampliar a análise técnica baseada em fundamentos de psicopatologia, enquanto trabalhadores (as) e operadores (as) que intervêm no acolhimento destas pessoas, para não nos desvincularmos dos elementos culturais e sociais que compõem as subjetividades dos usuários identificados para acompanhamento na rede, mesmo em situações de sofrimento agudo e crises diversas. Trata-se, assim, de assumirmos que nos diversos comportamentos, mesmo os mais desordenados, “[...] a ambiguidade fundamental da existência é assumida integralmente” (FANON, 2020, p.141).

Pouco antes de iniciar esta pesquisa cartográfica fiz uma visita, em situação de trabalho, ao anexo de um hospital onde estavam alocados pacientes egressos da Clínica Serra Verde³. Conheci, no processo de desinstitucionalização, alguns moradores e moradoras que aguardavam organização de sua transferência para locais de moradia - os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) que compõem a RAPS. Tais serviços funcionam como casa para pessoas que perderam laços familiares em decorrência da longa internação. Na ocasião uma colega, também psicóloga, com décadas de experiência na rede, me disse, assustada: “não sabia que ainda hoje tinha pessoas vivendo assim”, como nos hospícios de quando começamos a luta antimanicomial. Algumas pessoas em tamanho grau de comprometimento que não sabiam mais como escolher roupas para vestir; que escondiam os chinelos embaixo

³ Hospital psiquiátrico particular e conveniado ao SUS, localizado em Belo Horizonte, fechado em 2012, cuja transferência de pacientes se concluiu em 2016 (ALMEIDA, 2018).

dos próprios travesseiros na hora de dormir, para não os terem confiscados; sem práticas de conversas verbal; com dificuldades para fazer compras simples em comércios de bairro; com toda uma reconstrução por fazer de como habitar espaços entre paredes e para além dos portões e jardins, com outros. Tristes marcas do período de longas internações em instituições totais e suas conseqüentes perdas de intercâmbios sociais (ROTELLI *et al*, 1990). Não muito diferentes das instituições ainda vigentes nas quais os pertences das pessoas internadas são retirados de seu domínio, às vezes entregue aos familiares no momento inicial da internação:

Os uniformes, que são lavados diariamente, têm cores diferentes de acordo com o setor e identificação da respectiva ala na altura do peitoral. Uma funcionária relatou que o motivo em aderir ao uniforme era evitar os pertences próprios, porque os usuários realizavam negociações com as roupas em troca de maços de cigarros e outros objetos (CFP, 2019, p. 120).

Estas são “experiências de mortificação”, que demonstram a que ponto pode ser “[...] limitada a concepção de si mesma que uma pessoa pode conservar quando o ambiente usual de apoios é subitamente retirado” (GOFFMAN, 2013, p. 127). Se esta retirada é difícil para muitos de nós, mesmo fora de situações de grave sofrimento mental, quanto não o será para quem vive momento de fragilidade subjetiva, com possibilidade de ser levado a tratamento por outrem, e nem sempre em concordância com a medida.

Como agentes representantes do Estado, por trabalharmos nas políticas públicas, e também por estarmos atentos aos contextos macropolíticos enquanto cidadãos e militantes, nos vemos às voltas com as decisões de políticos que não governam de modo comprometido com a promoção de bem estar para o povo. Em maio de 2021, no Brasil, ultrapassamos a inaceitável soma de 462 mil mortos pela pandemia de Covid-19 (COSTA e ROSA, 2021) ⁴. Muitas delas que poderiam ter sido evitadas com uma condução coerente com orientações sanitárias gerais. Na história da assistência psiquiátrica, porém, quando lembramos que, entre 1907 - 1970 mais de 47% das pessoas enviadas ao manicômio de Barbacena foram mortas (MARSANO, 2008), em instituição de suposto tratamento e cuidado, pensamos em tantas histórias de vida marcadas pelo sofrimento e pela negligência. Quem são os que mais morrem no Brasil? Que projetos de poder e sociedade são estes que amparam genocídios? E seguimos,

⁴ Dados disponíveis em: <https://www.cnnbrasil.com.br/saude/2021/05/31/terceiro-mes-mais-letal-da-pandemia-no-brasil-maio-tem-59010-mortes-por-covid>.

todavia, percorrendo metáforas, chaves conceituais e conceitos analíticos, para refletirmos sobre escolhas políticas e modos de gestão que minimizam a mortalidade.

Importante é, assim, nos inteirarmos dos relatos de experiência dos usuários que já passaram por internações em hospitais psiquiátricos. Várias vidas marcadas por intervenções agressivas. Um histórico recorrente de “[...] hediondos conchavos entre familiares e médicos-chefes de asilos de alienados, concernentes ao doente que têm em mãos” (ARTAUD, s/d, p. 31). O que nos coloca, enquanto técnicos e operadores das políticas de saúde mental, eventualmente enquanto mediadores de conflitos entre os grupos e as pessoas que acompanhamos.

Veja bem, quando a família vai nos visitar, ela nos recebe em um pátio bonito, arborizado, a família não entra nas alas que ficamos e geralmente as primeiras visitas só ocorrem depois de quinze, vinte ou vinte e cinco dias de internação. Neste período essas instituições enchem você das mais variadas espécies de medicações [...]. Quando a família vem para lhe ver depois desses vinte dias ela vai te achar mais gordinho, mais coradinho, mais calmo, mas é tudo efeito da medicação, há todo um teatro montado para impressionar quem compra este serviço - a família. Minha família foi vítima disso, quando meu pai se tocou e me tirou de lá (BUENO, 2005, p. 26).

Sabemos que psicotrópicos trazem benefícios e prejuízos, dependendo da forma como são utilizados e do tempo desta utilização. “Posam de antimanicômiais, mas eles próprios podem ser a nova fisionomia do Manicômio - ‘Manicômio químico’” (COSTA-ROSA, 2013, p. 208). Estes e tantos outros efeitos das instituições sobre os corpos serão abordados ao longo do trabalho.

Nesse cenário, a minha escolha pelo tema das relações com as famílias se conecta, mais do que eu imaginava há um tempo, a questões pessoais com minha própria família. Isto porque venho de uma relação de separação entre as partes de pai e mãe desde meu nascimento, o que implica em desconhecimento sobre muitas das origens desses dois grupos. Cresci num ambiente institucionalizado em que as relações domésticas eram tratadas como quaisquer outras relações sociais. De um pai com formação em filosofia, notável envolvimento com movimentos sindicais e constantes preocupações políticas, as quais sempre foram assuntos tratados mesmo na cozinha - a princípio, espaço de intimidade e convivência em certa tradição social mineira; de uma mãe advogada, defensora de pessoas com deficiências - que muitas vezes preferiu não falar de seu passado, pelas dores associadas a uma educação de autoridade simbólica violenta, que fugia de casa para buscar formação de

nível superior e não entendia os maus tratos de que era vítima por causa do racismo velado que a cercava - sendo que ambos se conheceram e aproximaram por conviverem em espaços de movimentos universitários estudantis e mantiveram-se amigos após a separação e os dois filhos. Cada um, a seu modo, mantendo convivência pacífica com os inúmeros irmãos, sem qualquer apego a rituais e calendários de convivência. Deles herdei a preocupação macro social, sustentada muitas vezes à custa de um menosprezo por questões individuais, consideradas “menores”. Claro que muitos atravessamentos para ir, eu mesma, me constituindo dessa forma, o que inclui minha escolha e formação em psicologia e decorrentes escolhas profissionais que vieram.

Assim, na vida atual nos encontramos em manifestações públicas e protestos, mais que em ambientes particulares. Fazemos o luto dos nossos entes perdidos em movimentos sociais. Talvez uma certa culpa que eu sinta, por entender que faço parte de uma parcela da população brasileira privilegiada por ter tido acesso a diversos níveis de formação, até aqui, venha também desses contextos anteriores.

Metade da família, composta por menos de 10 pessoas, manteve-se em condições de classe com menor poder aquisitivo, vivendo em periferia e se submetendo a trabalhos precários; a outra metade, da qual faço parte, estudou, passou em concursos, se politizou, viaja e tem acesso a bens que a outra não tem. Junta-se a isso a ausência de dois elementos que me parecem comuns nas famílias outras: valores cristãos e o apego a uma pessoa específica de geração anterior, que pudesse funcionar como elemento de liga entre diversos sujeitos. Nem o sobrenome é escrito da mesma forma nos nossos documentos.

Desses atravessamentos que me constituem, atualmente, e pensando nas fraturas sociais brasileiras estabelecidas nas diversas instituições, tentei entender como passei por um momento de questionamentos frequentes sobre meu vínculo com a universidade, pelo fato de ter bolsa de estudos. Não só isso, junta-se a sorte de eu ter conseguido uma bolsa para doutorado sanduíche no exterior, em um contexto de cortes orçamentários imensos; e me vejo justificando a escolha por priorizar minha formação acadêmica à atuação profissional na política pública que estudo. Algo que se associa à situação da militância em saúde mental e pode ser esclarecido à luz do aporte teórico do conceito de análise da implicação, como realizado mais adiante.

E o que mobilizou, de imediato, esse depoimento? O documentário DEMOCRACIA EM VERTIGEM (2019), que retoma a destituição da presidente Dilma Rousseff, a partir do golpe ocorrido em 2016, mostrando as cenas dos parlamentares justificando a escolha pelo voto favorável ao processo de impeachment citando nomes de seus familiares e homenageando essa instituição, “família”, associando-a aos valores destacadamente cristãos. A sessão parlamentar ocorrida em 17 de abril de 2016 e transmitida pela televisão foi, para mim, um dos episódios mais insuportáveis da nossa história política recente. O cinismo diante da evocação da vida privada e de um sentimentalismo barato sobre valores morais, tais como o apreço à família, para justificar publicamente a manobra da destituição da representante escolhida pela maioria da população, via eleições, é algo que ainda hoje me causa náusea. Vimos assim, de modo escancarado, a que veio a elite brasileira conservadora que ocupa os cargos de tomada de decisão e formulação de leis, abrindo espaço para debates fundamentalistas e viés religioso para condução das políticas públicas. O documentário dirigido por Petra Costa registra bem como a participação da mídia, com o envolvimento de corrupção de atores do poder judiciário, entre outros, esta história foi deflagrada no País com certo apoio popular, às custas de uma despolitização dos debates políticos - no sentido de as pautas se restringirem a condutas e valores ideológicos, mais que a fatos e indicadores sociais, tais como índices de miséria e desemprego.

Marilena Chauí, por sua vez, afirma que no Brasil a democracia está permanentemente em colapso. Reconstruindo o histórico deste conceito ao longo dos séculos, a autora diferencia a democracia como regime de governo - defendida em uma concepção liberal - da democracia como forma de sociedade: neste tipo de sociedade é sustentada “[...] a prática de criação e conservação de direitos contra desigualdades, exclusões, privilégios” (CHAUI, 2019, p. 10). São referências importantes para nos atentarmos às determinações econômicas e sociais das instituições que se querem democráticas, em nossa conjuntura atual, para refletirmos sobre as formas de enfrentamento aos obstáculos autoritários que têm se delineado, impedindo o acesso a e a manutenção de direitos - civis, econômicos, religiosos, étnicos, sexuais, culturais, políticos, etc - de tantos segmentos marginalizados da população brasileira.

Refletindo sobre as entrevistas realizadas na pesquisa, a partir do que os (as) trabalhadores (as) e familiares participantes têm trazido, fico me perguntando se é necessário

fazer uma definição deste grupo com maior aporte das ciências sociais e antropológicas. Eu cheguei a dizer, em tais encontros, que na saúde mental observamos arranjos familiares muito distintos, sendo que são os usuários que atendemos que nos dizem o que são suas famílias, como se compõem: incluem animais de estimação, relações de afeto com vizinhos, às vezes as equipes dos serviços (lembro de ter ouvido essa comparação, na minha vivência profissional, mais de uma vez), os pastores das igrejas que frequentam, etc. Nada que se defina por consanguinidade, necessariamente. Sobre essa definição, me valho da pista de Lancetti sobre a definição de família: “[...] todo grupo de pessoas que coabita, independentemente do tipo de relação de parentesco que estabeleça entre si” (LANCETTI, 2013, p. 118).

A pesquisa não pretende abordar uma suposta dificuldade em “definir o que seria família”; considero esta dificuldade e tentarei lidar com os efeitos de subjetivação para tratar deste tema vasto, usando o aporte teórico escolhido para desnaturalizar preconceitos e deixando passar os afetos que vão e vêm nesse percurso. Outro questionamento vem provocado pelas leituras de autoras que dialogam com a análise institucional de René Lourau, apontando as práticas de pesquisa que consideram a nossa objetivação pelo que temos pretensão de objetivar, tais como Coimbra e Nascimento (2005), entre outras.

Busco, assim, a escrita de uma tese que considere a interação com meu corpo enquanto ela se faz. Se há momentos em que paro para esperar o desfiladeiro de lágrimas, há outros que aceito a vontade de beber uma taça de vinho durante o dia. Deixarei a mão manchada com a tinta da caneta agora vermelha, ao reler um mesmo artigo importante pela terceira vez; sujarei a mão com o incenso que queimo, pretendendo quase literalmente pôr fogo nas minhas próprias ideias; e com isso vou construindo novas lembranças e memórias que possam ajudar a compor as escritas coletivas com as quais sonho...

1.3 Lugares estabilizados, circulação de poderes

Faço uma leitura conceitual não viscosa. Mal contendo lembranças dos usuários da rede de saúde mental. Quero muito voltar ao trabalho na assistência. Um dos que acompanhei há alguns anos, a quem mais me liguei afetivamente por diversos motivos, me chamava de “doutora tuliola”. Lembro dele descalço, intoxicado, tocando piano. Lembro de tantas coisas que ele me falava, que me ensinou. Não

aceitava às vezes uma refeição oferecida, justificando-se sempre muito claramente: “acho um disparate comer quando não se tem fome”. Eu oferecia hidratação oral, afeto. Tentava contribuir na relação com os familiares para que suas condições de moradia e vida melhorassem. Se eu voltasse a esse campo doutora, não lhe diria nada sobre esse título quase banal, mas no fundo pensaria, “sim, pode me chamar de doutora. Sou mesmo. Não que isso importe verdadeiramente na nossa relação”. O nome disso que me preenche é saudade. Leio e reflito sobre os conceitos. Toda essa discussão na filosofia serve para nossa autorização de si. (Mas também poderia servir para um começo de conversa numa proposta de namoro).

(fragmento do diário de bordo).

Aqui se encontra uma pesquisadora em formação, tentando tomar distância de si para analisar sua implicação no campo da saúde mental como uma ferramenta para a pesquisa proposta (PAULON, 2005). Durante o percurso da pesquisa, após uma série de leituras e circulação nos espaços para formação na perspectiva teórico-metodológica cartográfica, passando pelo acompanhamento dos cenários da pesquisa, por muitas conversas em espaços de orientação formais e informais, arrisco analisar pedaços da minha história e atuação neste campo para refletir sobre a conjuntura atual e a militância na saúde mental.

A escolha pelo doutorado, a partir da oferta de uma bolsa que exigia, no momento inicial, dedicação exclusiva à academia, se fez com certo peso e inúmeras situações de julgamento de outras pessoas, que indicavam preferirem a manutenção de um vínculo de trabalho como funcionária pública, efetiva, na rede de saúde de cidade próxima à Belo Horizonte. Posturas que sinalizam importância menor às atividades acadêmicas e apego a situações de trabalho permanentes, com salário e vínculo garantidos, sejam as condições de trabalho quais forem. De minha parte, considerava que a dedicação à pesquisa era também possibilidade de dedicação à militância, e me dispus a estar mais próxima do movimento social organizado que temos em Belo Horizonte, atuante há mais de 20 anos, com o qual queria manter diálogo - e ainda quero, apesar de ter maior clareza agora do que esta tarefa implica para ser feita. Identifico aqui duas instituições que me atravessam: a academia e a saúde mental, cujos tensionamentos estão presentes em todo esse estudo.

Uma oportunidade que surgiu ao longo da pesquisa e que não estava inicialmente prevista foi o estágio realizado no Centro de Estudos Sociais (CES) da Universidade de Coimbra (UC). Com ele eu visava, a princípio, incrementar essa pesquisa através de uma investigação sócio histórica da saúde mental, com trocas de saberes sobre a produção acadêmica feita sobre o tema da assistência em saúde mental e diferentes formas de construção dos saberes psiquiátricos, enfocando na participação do grupo familiar e contribuindo para a articulação de pesquisas entre o Brasil e Portugal, no âmbito de pesquisas colaborativas realizadas com os usuários das políticas públicas em vigor em ambos os países. A realização do estágio doutoral permitiu, de fato, ampliação do trabalho de análise dos dados produzidos no Brasil, contribuindo para a pesquisa como um todo e também para vivências pessoais muito significativas, que têm me permitido reaproximar aspectos destas com a produção aqui em curso.

Tive oportunidade de acompanhar encontros com temáticas ligadas aos estudos feministas, raciais, de conjuntura política brasileira, entre outros. Foram momentos propícios para articulação de saberes. O questionamento das estruturas patriarcais, de alguns modos de uso das teorias e discursos feministas, bem como a problemática das desconstruções identitárias, são temas que pretendo desenvolver em pesquisas subsequentes. Tenho ainda indicação de leituras futuras para analisar as “ligações viscerais entre nacionalismo, capitalismo e privilégio dos homens e a produção da mulher como não pessoa”⁵, além da localização da vida concreta como central nas práticas - tanto em esferas profissionais, quanto em planos artísticos, políticos e outros.

Motivada pelas análises complexas do projeto descolonial e a recuperação de conhecimentos não hegemônicos, destaco a proposta de descolonização de saberes e o uso da noção de interseccionalidade. Através desta operamos as categorias de raça, orientação de gênero e classe social de modo inseparável. Apesar das exigências de orientação geopolítica, modismos acadêmicos e críticas que esta noção representa (AKOTIRENE, 2019), percebo que ela pode ser uma ferramenta para abordarmos os modos de opressão que geram dor a partir da interseção de várias vulnerabilidades. E pensarmos sobre quais metodologias usamos para responder às perguntas que fazemos, considerando a heterogeneidade dos modos de

⁵ Exposição verbal de Teresa Cunha, no CES - UC, *gender workshop* “O feminismo radical de Patricia Mc Fadden - *Should I feel sorrow?*” em 27/02/20.

subjetivação, sem hierarquizar sofrimentos que possam estar ora mais vinculado a um desses campos, ora a outro. Sempre na coexistência do capitalismo, racismo e cisheteropatriarcado como “modeladores de experiências” (AKOTIRENE, 2019, p. 31).

Em geral os eventos contribuíram muito para minha reflexão sobre as práticas sociais, incluindo as do campo da saúde mental. Discussões muito ricas para problematizarmos algo urgente e necessário no Brasil: o racismo estrutural da nossa sociedade e a “obliteração da memória dos povos colonizados”⁶. Pela minha experiência prévia profissional e de pesquisa no campo da saúde mental posso afirmar que este tema não costuma receber devida atenção. No dia a dia dos nossos serviços não costumamos falar, entre as equipes, sobre o fato de a maioria do nosso público ser negra, nem sobre questões raciais que interferem na qualidade de vida das pessoas, tampouco o fato de a maioria dos profissionais de nível superior ser branca ou a maioria dos médicos serem homens, a maioria das psicólogas e enfermeiras serem mulheres, etc. Como se fossem aspectos naturalizados nas nossas diversas instituições sociais. O tema foi, contudo, indicado durante esta pesquisa por artistas / trabalhadores (as) em uma das entrevistas coletivas que realizei no campo, em Belo Horizonte.

Embora as leituras e atividades realizadas tenham ocorrido de modo transdisciplinar - pelo qual tenho usado de fontes das ciências sociais, psicológicas, filosóficas e outras conexas a elas - mantenho um eixo orientador de análise a partir da conceituação das Epistemologias do Sul, este entendido como

metáfora do sofrimento humano, injusto e sistêmico, causado pelo capitalismo e pelo colonialismo modernos. Esta concepção do Sul só em parte se sobrepõe com o Sul geográfico, o conjunto de países e regiões do mundo que foram submetidos ao colonialismo europeu [...]. O Sul também existe no interior do Norte geográfico sob a forma dos grupos sociais discriminados, vítimas do racismo e da xenofobia [...]. O colonialismo, para além de todas as dominações injustas e violentas, foi também uma dominação epistemológica, uma relação extremamente desigual de saber-poder que conduziu à supressão de muitas formas de saber próprias dos povos e/ou nações colonizados (SANTOS, 2013, p. 10).

A crítica feita por Santos (2013) sobre a atuação do Estado moderno em relação à sociedade civil, em que ele identifica a crise dos direitos humanos e de cidadania, é crucial para o presente estudo. A partir dessa concepção podemos sustentar a necessidade de

⁶ Expressão utilizada por Tiago P. Marques no evento “Face às vulnerabilidades da vida: criatividade social e novas compreensões do ser humano”, em 14/11/19, no CES - UC.

exploração de novas epistemologias, como foi dito, visando a construção de um diálogo horizontal entre diferentes formas de conhecimento.

Muitos debates que presenciei abordaram os modos de enfrentamento à invisibilização de saberes, que incluem outras estratégias de relacionamentos comunitários, com maior difusão da história dos territórios e dos povos que os habitaram e habitam, mesmo que excluídos da organização sócio-econômica dominante. Diferentes usos da cidade e dos espaços urbanos, pesquisas que utilizam diferentes ferramentas do campo das artes, o direito à memória e acesso à cidadania, foram temas apresentados em múltiplas composições de vozes e saberes que contribuem muito para minha formação e para a pesquisa cartográfica que venho aprendendo realizar em todo este rico e complexo processo.

Como essa pesquisa investiga as relações das famílias de usuários em tratamento da rede de saúde mental de Belo Horizonte, com as equipes técnicas que os acompanham, interessa-me problematizar com tais sujeitos como lidam com o fenômeno do sofrimento na vida cotidiana. Considero, como bem colocado por Alves (2010), que os significados sociais associados à loucura e à doença mental são relativos, já que refletem pactos delimitados em determinada época e sociedade. De certo modo os familiares reproduzem o modo como o senso comum e a cultura hegemônica identificam e agem sobre as pessoas identificadas com transtornos mentais. Se a ciência moderna tem tratado outras formas de conhecimento - digamos, as "populares", "informais" - como inadequadas, defendemos, no entanto, o reconhecimento das mesmas como legítimas: são saberes não estáticos, reconstruídos nas interações entre as pessoas, e comprometidos, "na medida em que interpreta[m] continuamente a realidade, a experiência vivida e negocia[m] de acordo com os sentidos do seu grupo" (ALVES, 2010, p. 32). Trata-se de desenvolver coletivamente como as racionalidades leigas, assim identificadas pela autora, explicam e lidam com a loucura. Em nosso percursos nos amparamos nesta premissa de necessária integração entre os saberes dos técnicos, dos familiares e dos usuários para que a lida conjunta seja de maior qualidade de vida e resolutividade para os envolvidos. Como fazê-lo, porém, é algo que o processo cartográfico local vem demonstrando e será melhor abordado ao nos debruçarmos sobre as conclusões parciais que este trabalho pretende oferecer.

Outra das fontes bibliográficas de referência contribui também para o trabalho com as famílias no processo de desinstitucionalização da assistência em saúde mental, especialmente

no contexto português, por identificar novos modos de atuação das mesmas na proteção social (HESPANHA *et al*, 2012). A produção de cuidados e os diversos modelos de organização familiar e social precisam ser investigados no contexto brasileiro, considerando nossos determinantes de saúde e doença locais. Importante diferenciarmos como em Portugal o contexto de estabelecimento democrático macropolítico favorece certas mudanças “no campo das mentalidades” sobre direitos dos doentes e cidadania, doenças e problemas sociais, ressocialização, dinâmicas de poder entre as profissões, ampliação de cuidados nas redes de saúde pública, etc. (HESPANHA *et al*, 2012), com implicações evidentes no modo de participação civil diante das orientações estabelecidas pelo Estado. Não pretendo estabelecer comparação entre Portugal e Brasil, nesse aspecto, mas destaco que algumas garantias mínimas de acesso a direitos básicos de sobrevivência, existentes ou ausentes em diferentes medidas, em ambos os países, influenciam muitas das decisões que precisamos fazer ao pesquisarmos com a nossa população, representando outro tipo de complexidade na relação que temos com nossos campos de pesquisa.

De todo modo, destaca-se que as famílias que se sentem capacitadas a cuidar dos usuários em tratamento de saúde mental, quando conseguem manter para si uma rede de apoio, oferecem cuidados de modo mais permanente (HESPANHA *et al*, 2012). Associa-se a isso o fato de que pessoas que passaram por internações em hospitais psiquiátricos apresentam inúmeras queixas sobre as formas de tratamento e enfrentam estigmatização por terem sido marcadas com o diagnóstico: peso que lhes é novamente reforçado pela própria família e pela sociedade, até ser internalizado pelo próprio “doente”, no processo bem descrito por Goffman (2013) como a carreira moral atrelada à institucionalização. A experiência de internação psiquiátrica, no contexto pesquisado pelo autor, revela o peso da mortificação das individualidades, que são forçosamente moldadas pelas regras, rotinas maçantes e punições de diversos tipos. Como sabemos, tais instituições reproduzem processos de controle social sobre os corpos dos internos de modo minucioso. Interessante também observar a menção que este autor faz à dificuldade de as equipes se relacionarem com as famílias:

“[...] os parentes, como críticos, apresentam um problema especial porque, embora os internados possam ser educados quanto ao preço que precisarão pagar pelos pedidos que apresentem

espontaneamente, os familiares recebem menos instruções a respeito e apresentam pedidos que os internados ficariam acanhados de apresentar por si mesmos” (GOFFMAN, 2013, p. 72).

De onde podemos presumir as diferenças hierárquicas estabelecidas nessas relações. Nesta carreira, o sujeito inicia com a perda de direitos, incluindo o direito à convivência social ampla que a internação representa. Muitas vezes ele vivencia o começo do adoecimento como abandono, falta de lealdade, sentimentos de amargura (GOFFMAN, 2013).

Tá respirando tá enxergando tá ouvindo vozes
Tá com dentes completos e fortes
Tá com um pouquinho de cabeleira
Tá de brinco tá bem vestida bem calçada
Toda quarta feira você vem
Já tá com cabeça
Tá com pele tá com carne tá com ossos
(PATROCINIO, 2001, p. 105)

Ao longo do que se convencionou chamar de tratamento, frequentemente uma pessoa é designada como responsável pelo sujeito e pela mediação com a instituição, em postura muitas vezes sugestivas de tentativa de controle quanto ao comportamento daquele e sem considerar seus interesses particulares, destituindo-o da manifestação de sua vontade. As negociações subsequentes para alta, a partir de cada percurso, são mais um momento de perda de decisão sobre si, quando atreladas tantas vezes ao desejo de os familiares receberem ou não de volta a pessoa hospitalizada.

Para as famílias que passaram também pelo contexto de internação de um dos seus membros, é preciso avaliar em cada caso como se posicionam a partir da oferta do tratamento em liberdade, sendo necessário para elas uma mudança de referência que seja condizente com a oferta feita pelos serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico. Neste caso, busca-se estabelecer parceria e co-responsabilização na oferta de cuidados, o que nem sempre ocorre, na prática, como sabemos.

Dificuldades práticas de implementação da política de atenção em saúde mental comunitária - dentre as quais se incluem insuficiência de recursos humanos, falta de articulação entre cuidados primários e níveis secundários/terciários de atenção, integração com recursos comunitários locais - são comuns em ambos os contextos, uma vez que a lógica neoliberal de organização do sistema de saúde ainda prevalece, permitindo participação de empresas privadas no fluxo de assistência e sua consequente oferta de modo a garantir lucro a

tais empresas. Os estudos indicam que o Estado (nem o português, tampouco o brasileiro), em nenhum momento assumiu de forma integral a responsabilidade pela oferta de cuidado segundo os parâmetros do referido modelo comunitário, em que pesem algumas recomendações oficiais para desenvolvimento desse paradigma de atenção⁷. Relações multi-determinadas entre pobreza e sofrimento mental existem nos diferentes países; destaco a dificuldade brasileira, no entanto, devido à desigualdade extrema que existe entre pesquisadores, trabalhadores e gestores das políticas e a grande massa de usuários das mesmas, sendo necessário reinventarmos constantemente modos eficazes de interação e trabalho conjunto entre representantes dos diferentes setores.

Com a interrupção das atividades presenciais, em função da pandemia por Covid-19, em 10 de março de 2020, seguiu-se período de suspensão dos trabalhos coletivos, mas no qual mantive a minha pesquisa documental e bibliográfica, tendo apoio dos orientadores quando necessário através de conversas online. Esta pandemia é, segundo Santos (2020), “a primeira grande convulsão”⁸ do século XXI, e assim o inaugura, de certo modo.

No atual contexto, as implicações éticas e epistemológicas estão ainda mais destacadas, dadas as condições de vida da população com quem pesquisamos e esperamos produzir modos de transmissão de saber sobre como lidar com as situações de sofrimento mental entre indivíduos e sua família. Entre 2017-2019 foi possível desenvolver a pesquisa de uma certa forma, inclusive com a frequência ao campo e às atividades coletivas e de convivência tão caras às práticas de reabilitação psicossocial na rede de saúde mental de Belo Horizonte. Ao longo de 2020, porém, os atendimentos mudaram e os serviços e equipes se reorganizaram para não gerar desassistência ao público alvo das ações. Em 2021 os altos índices de contágio e os impactos pela pandemia por Covid-19 seguem acentuados, exigindo estratégias cotidianas para lidar com a crise sanitária, política, econômica e social.

O capitalismo é um modelo que viola os direitos humanos (DH); violações que estão ainda mais exacerbadas durante o período de pandemia. Ao fazer uma genealogia dos DH, Santos (2020) identifica dois aspectos: o discurso sobre os direitos é parte da estratégia

⁷ Ver, a este respeito, Relatório Mundial da Saúde da OMS (2002): “Saúde mental: nova concepção, nova esperança”. Versão em português disponível em https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_po.pdf?ua=1.

⁸ Aula magistral Santos, B.S. “O tempo e as metodologias pós-abissais”, promovida online no dia 25/05/20 (CENTRO DE ESTUDOS SOCIAIS DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA, 2020c). Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=n49Ho2ImFgw>.

imperialista de dominação; ou é parte do discurso que defende a libertação de nações subjogadas (atentar para contexto de guerras no continente europeu e as consequências para países de outros continentes que foram colonizados)⁹. A defesa dos DH se articula ao desenvolvimentos dos Estados ao longo das décadas pós segunda guerra, até serem, ao contrário, definidos como obstáculos à acumulação do capital, e assim sendo desenvolvida a necessidade de privatização nas políticas neoliberais, a partir dos anos 1980, pelas quais a economia passa a ter prioridade aos direitos. Escolha política que impõe a sujeição das políticas sociais aos mercados, ainda hoje - e de modo cada vez mais evidente no caso do Brasil, com o atual governo Bolsonaro / Guedes.

Santos (2020) defende um discurso sobre os DH contra-hegemônico e que seja anticapitalista, anti-imperialista e anti-patriarcal; que considere os direitos e os deveres dos indivíduos, desenvolvendo novas ideias sobre como viver em comunidade; integre elementos não humanos da natureza na discussão sobre organização da sociedade, para o que o conceito de inter-culturalidade pode contribuir. E defende a luta pelos direitos à memória e à história. Nossos objetivos se relacionam ao ativismo que desenvolvemos, contribuindo na reivindicação por mudanças ora mais ora menos reivindicadas.

Pergunto-me como é que aceitamos embarcar cegamente na realização de um roteiro tão delirante. Como e por que nos submetemos ao papel que cada um de nós interpreta. Alguns chamam a aceitação dessa encenação que nos foi designada de fé ou de aprovação do plano divino, outros a chamam de determinismo social ou de natureza humana; o neoliberalismo fala da lei do livre mercado como se fosse um índice meteorológico, e a psicologia do eu faz da identidade um objeto quantificável que levaria cada ator a afirmar que seu papel em tal cenografia é verdadeiro, autêntico e insubstituível. Pior ainda: por que chamar de cidadão um ator que não tem acesso à definição dos termos de sua entrada em cena nem à possibilidade de reescrever seu papel? (PRECIADO, 2020, p. 206)

Algo que Santos (2020) também destaca como condição atual é uma certa suspensão do tempo, no sentido de uma incerteza de como o sistema se reorganizará. No Brasil, com o descontrole do contágio da pandemia ainda hoje e a gravidade das consequências expressa na absurda quantidade de vidas perdidas, vemos simultaneidade de medidas de austeridade por parte do governo nacional com um aprofundamento da crise econômica e social, gerando também alguns movimentos de mobilização popular. Assim, ele indica que as metodologias

⁹Aula magistral Santos, B.S. “Direitos humanos no século XXI”, promovida online no dia 11/05/20. (CENTRO DE ESTUDOS SOCIAIS DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA, 2020b). Disponível em: <https://saladeimprensa.ces.uc.pt/index.php?col=canalces&id=29479#.YNn5dpNKjDI>.

de pesquisa devem ser realizadas na contextualização dessas lutas em andamento. Espera-se a produção de conhecimento conjunta com os atores envolvidos nesses processos, em formas coletivas de organização. Algo que os movimentos sociais em saúde mental têm ensinado há anos, no Brasil e destacadamente em Minas Gerais, tais como o Fórum Mineiro de Saúde Mental e a Associação de Usuários e familiares dos Serviços de Saúde Mental de Minas Gerais, a ASUSSAM.

Estamos provavelmente em período de pandemias intermitentes. Sendo “papel do intelectual tentar o equilíbrio entre o medo e a esperança”¹⁰, podemos repensar como dar seguimento às atividades, num esforço de manutenção da busca de tal equilíbrio. Algo que, como humanos, nos ocorre sempre em modo de oscilação.

Não podemos perder de vista como a organização econômica neoliberal determina o modo de atuação do Estado e sua presença na vida das pessoas. Ao posicionar-se à favor do capital, as ações estatais se tornam ineficientes quanto ao seu papel de proteção social, diminuindo os investimentos nos serviços públicos e tornando as famílias objeto central para práticas de cuidado (PASSOS, 2018). Essa concepção opera valores culturais que incentivam o individualismo, a família e a vida privada, bem como o intimismo - que se relacionam aos costumes, a interesses mercadológicos e valores conservadores e patriarcais. Passos (2018) explica como essa organização representa um risco de reafirmação de um modelo de família, tradicional e neoconservadora, atribuindo características biologizantes dos sexos a divisões de papéis e trabalhos.

Diante dos diversos conflitos sociais da nossa sociedade, destaco, conforme colocado por Jesus, Santana e Castelar (2020), que as e os profissionais de psicologia podem contribuir para transformação dessa realidade social, especialmente enquanto agentes vinculados às políticas públicas. Os compromissos éticos desta categoria profissional demandam respostas aos embates e relações de poder que permeiam as coletividades, incluindo situações de preconceitos velados que podem gerar sofrimento. E embora esta cartografia não priorize a categoria, reconheço que em muitas de suas discussões e publicações - como as do Conselho de Classe citadas neste trabalho - a psicologia tem adotado uma postura que buscar romper

¹⁰ Afirmando por Santos, B. S., na aula magistral “O marxismo do século XXI”, promovida online no dia 30/04/20 (CENTRO DE ESTUDOS SOCIAIS DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA, 2020a). Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=Y8al2RIZIGw>.

com os princípios higienistas e normatizadores de uma concepção abstrata de indivíduo, que estiveram presentes na sua origem elitista (JESUS, SANTANA e CASTELAR, 2020).

As formas como as sociedades ocidentais lidam com a loucura, e especialmente as formas de expressão artística, literária, musical, poética e multi-estética de indivíduos que em algum momento de sua vida tiveram sua trajetória marcada por um diagnóstico psiquiátrico, são algo que me interessa particularmente. Frequentemente parâmetros e categorias são utilizados como modo de exclusão e poder coercitivo para tentar manter este tema entre designados especialistas que defendem o modelo médico hegemônico, pretensamente atrelado ao campo da saúde, como bem salientado por Paulon (2017). Tampouco acredito a psicologia deva se arvorar como saber mais especializado que outros para lidar com tais fenômenos. De um ponto de vista epistemológico e político, portanto, destaco a necessidade de extrapolarmos os limites disciplinares que se ocupam de tal temática, com o objetivo de rastreamos condições de mutações subjetivas que favoreçam a convivência entre as diferentes pessoas.

A desigualdade social brasileira e o histórico dos modelos de governo neoliberais - em todo o continente da América Latina, na verdade - acabam contribuindo para que se perpetuem problemas sociais como a exclusão social e a violência (ROMAGNOLI, 2020). As vulnerabilidades e riscos sociais da nossa população representam demanda para atuação intersetorial - ou seja, para articulação entre as diferentes políticas públicas das áreas da cultura, educação, segurança, saúde, etc. A intersetorialidade - articulação entre os diferentes setores - se constitui, nesta perspectiva, como ponto de saída para as ações nas políticas públicas, e que deve ser feita à medida que trabalhamos e consolidamos nossas parcerias, ao invés de esperarmos que condições ideais para as articulações estejam presentes e garantidas antes de tentarmos as condutas decididas em conjunto a respeito dos sujeitos, individuais e coletivos, que acompanhamos. Insistimos, ainda assim, no rastreamento de possíveis linhas de fuga nessas práticas.

A partir da minha experiência de formação e atuação na psicologia, especialmente pelo campo da saúde mental como praticada no Sistema Único de Saúde (SUS), me utilizo das noções foucaultianas a respeito das produções de verdade em nossa sociedade e das relações entre elas e o saber e o poder. Assim, não me refiro a “poder” como formas de coerção praticadas por aparelhos de Estado - sistema de justiça, ações policiais, entre outras - mas

tento desenvolver esta concepção a partir de relações mais amplas. “As relações de poder existem entre um homem e uma mulher, entre aquele que sabe e aquele que não sabe, entre os pais e as crianças, na família. Na sociedade, há milhares e milhares de relações de poder e, por conseguinte, relações de forças e pequenos enfrentamentos, microlutas, de algum modo” (FOUCAULT, 2003a, p. 231). Entre nossas demandas de local e tipo de emprego, interações conjugais e domiciliares, pactuações religiosas e entre organizações variadas, somos unidos e atados pelos efeitos de poder e verdade. Os aspectos abstratos e, de certo modo, violentos que as estruturas estatais e as instituições encarnam, têm condições de se manter e se reproduzir através de estratégias capilarizadas e táticas locais e individuais entre nós (FOUCAULT, 2003a). Assim, para lidarmos com a loucura, que é uma dimensão entre tantas outras na vida das pessoas a quem acompanhamos na política pública de saúde, nos atemos simultaneamente às condições de vida - sejam concretas ou simbólicas ou sem zonas de definição evidentes - para buscarmos construir com usuários e atores das suas redes de convivência melhores situações de saúde.

A articulação entre família, capitalismo e biopoder é abordada também por Carvalho e Mansano (2017), que percorrem na obra de Michel Foucault a coextensão das relações de poder nas diversas instituições da sociedade moderna, dentre elas a família. Nesta concepção os poderes, múltiplos e heterogêneos, têm como alvo o corpo humano e o adestramento da vida, associando o controle dos comportamentos a objetivos econômicos (CARVALHO e MANSANO, 2017). A biopolítica, entendida como dispositivo de poder, emerge dessa conexão com os saberes sobre os corpos, e é justamente no campo da saúde pública onde ela é mais evidentemente exercida e aplicada. Ao longo do século XX tornou-se comum, portanto, “uma estatização do biológico” (CARVALHO e MANSANO, 2017, p. 269), pela qual os costumes familiares passaram a sofrer interferências na sua organização e regulamentação, encarnadas por agentes representantes do Estado e dotados de saber e, conseqüentemente, de status social. Nesse percurso histórico ocorreu a desvalorização dos saberes populares e dos segmentos sociais destituídos de poder e capacidade de decisão no gerenciamento da vida comum, ao mesmo tempo em que as questões distinguidas como privadas passaram a ser tratadas como de interesse público. Nas condições sociais que promoveram, então, modos de subjetivação que tratam o corpo e a sexualidade como assuntos tabu e dotados de avaliação moral, há também um questionamento sobre os padrões estabelecidos e seus efeitos

repressivos, dentre os quais é possível localizar movimentos de resistência, seja em âmbitos micro ou macropolíticos.

Alguns autores que se valem do pensamento foucaultiano para pensar nossa ordem social destacam como saberes médicos e de viés científico influenciam o campo da saúde: assim, “cria-se uma sociedade normativa que fará da medicina uma espécie de modelo antropológico cujo saber opera como fonte de regularização e normalização da vida” (DASSOLER e PALOMBINI, 2020, p. 282). Associando estas referências à esquizoanálise de Gilles Deleuze e Félix Guattari, nos valem da ideia de que “as coisas, as pessoas, são compostas de linhas bastante diversas” (DELEUZE e PARNET, 1998, p. 18) e para comentá-las percorremos geografias distintas. No caminho nos importa mais seu trajeto, áreas centrais móveis, para além de pontos específicos de chegada e saída. O centro, mesmo, é fluido, processual, e muda de acordo com as reconfigurações dos elementos em relação. Veremos como os ordenamentos e saberes referenciados contribuem para gerar efeitos nos processos de subjetivação, dificultando que localizemos brechas e ferramentas para lidar com as situações da vida, incluindo as situações de sofrimento psíquico. Somos instigadas a seguir essas linhas e suas variações, ora mais ora menos flexíveis, em sua coexistência.

O que definimos neste texto como o campo da saúde mental, a partir das experiências de nossa rede, se articula a um modelo de saúde e doença complexo que visa também o desenvolvimento humano das coletividades com quem atuamos. Criticamos propostas que simplifiquem o sofrimento e apresentem respostas padronizadas, induzidas por lógicas de consumo e que não respeitem contextos específicos de vida.

O papel hegemônico do paradigma médico ultrapassa os limites da medicina e penetra em outros setores, coloniza outros problemas, se apropria do sofrimento, o define, o classifica, o fragmenta em tipologias e administra respostas, uma resposta para cada demanda e, se a demanda não encontra resposta será necessário reformulá-la de tal modo a não formar grupos de demandas insatisfeitas (SARACENO, 2011, p. 95).

Nossa pesquisa aborda, de modo secundário mas igualmente importante, formas de sofrimento psicossocial que interferem nas relações familiares, apostando em possíveis reconstruções sobre as experiências vividas e produções de sentido (LOBOSQUE, 2001) que espaços e dispositivos de convivência e afeto possam ajudar a produzir.

“Um louco perguntou-me se Lisboa ficava em Minas Gerais [...]”

(BARRETO, 2017, p. 97).

Os manicômios, assim como outras instituições, produzem realidades e subjetividades muitas vezes endurecidas. Partindo desta premissa, este trabalho se orienta pelo compromisso ético de buscar a superação dos manicômios mentais e a liberação da subjetividade das amarras da verdade (PELBART, 1991). Buscar formas de pensar e agir que potencializem nossos desejos e pensamentos e integre nossos corpos e linguagens. Consideramos o processo de reforma psiquiátrica como algo em andamento e com graves riscos de retrocesso no contexto macropolítico atual. Os desafios para a luta antimanicomial e para a manutenção das políticas públicas estão ainda maiores no Brasil, como veremos adiante. E nos planos micropolíticos apostamos em modos de lidar com a diferença, tolerar o estranho, conviver com aparentes faltas de sentido; o que, como diz o filósofo, caracteriza “uma urgência política. Libertar o pensamento dessa racionalidade carcerária é uma tarefa tão urgente quanto libertar nossas sociedades dos manicômios” (PELBART, 1991, p. 135). Que se incluam, nessa luta, ações “pelo não-encarceramento e pelo não-esquadrinhamento do desejo” (MACHADO e LAVRADOR, 2001), para o que a psicologia, como campo de conhecimento, pode muito contribuir através das orientações aos profissionais e estudantes, bem como pelo apoio aos movimentos sociais que se envolvem nesse processo. No percurso desta tese cuidamos dessa tarefa também pela inspiração nas artes e experimentações sensoriais literárias que atravessam todo o caminho e nos alimentam para seguir com a vida, a pesquisa, a luta, a criação; como atesta o trecho a seguir de Maura Lopes Cançado, escritora que passou por diversas experiências de internação psiquiátrica em instituições mineiras e cariocas em meados do século XX:

Quantas vezes Joana marcha rigidamente de ângulo a ângulo?

Ninguém sabe. Nem Joana.

Vê-se parada, imaginando o quadrado das horas. Isto vem justamente aliviá-la da sensação incômoda de que um corpo redondo ilumina o pátio. Retesa-se, ajustando-se no espaço certo, fora de perigo. Perfeitamente integrada, em forma. Uma pausa completa.

Como na pedra.

Joana imóvel, quadriculada no pano do vestido, marcando um tempo ainda imarcado, porque novo. Um novo tempo, nascido duro, sofredor.

O quadrado das horas.

No meio do pátio, parada, obedecendo a ordem. Não sabe por que, a palavra meio salta-lhe morna, insinuante como uma ameaça remota. Um orifício no muro, meio de fuga. Para onde e por quê? Deve ter ouvido isto. Ela não se desviaria tanto da lógica, mesmo pensando num momento de descuido e a lógica está no quadro. Precisa pensar certo. Joana não pode deixar-se trair. Entretanto, não sabe de régua que lhe permita certificar-se da justeza, da retidão das palavras. Há neste verbo precisar uma sinuosidade que vagamente percebe e isto é uma ameaça. Não poderá admitir contrariando sua posição na vida como verbo poder, neste tempo, fere sua época.

Época de Joana.

Não lhe foi dada ainda uma linguagem adequada e não consegue pensar sem palavras. Sente-se incompleta. Sente-se incompleta, sem os instrumentos necessários. Não pensar, em posição de sentido, é a ordem, por enquanto. E Joana enquadra-se no momento.

Plana-lisa-justa.

Um marco no novo tempo. Cumprido o dever, fortalecida e distanciada das curvas, o pensamento quadrado no ar, quase sólido e o olhar, reto como lâmina sofrendo o impacto, voltando e enquadrando-se nos olhos impossíveis.

Joana está certa no plano vertical.

Só ela compreende a grande significação disto. Imóvel poupando o corpo, principalmente o rosto que sente duro na parte inferior, sustentando o quadro. Não pode mutilar-se na lisura da curva. Não pode perder a forma.

Mas a impertinência do seu nome é uma realidade e Joana escuta-o num tom irritado, sentindo-se gelar nos ângulos, pontos vulneráveis. Procura a proteção do novo tempo e sem pensar anda de costas dois passos, sofrendo as modulações das vozes, que como um espelho mostram-se refletidas no corpo de Joana; como um espelho o corpo reflete sem aberturas (CANÇADO, 1968, pp. 21-23).

Ao longo da tese, ficará perceptível que utilizo a expressão “sofrimento mental” incontáveis vezes. Para quem não for afeito (a) às noções da psicologia, psicanálise, esquizoanálise, psicopatologia e domínios aproximados, espero que as narrativas situem o sentido que sugiro. As formas de apresentação destas experiências são extremamente diversas e procuro dizer sobre elas a partir do contato com tantas pessoas com quem tive a oportunidade de trabalhar. A pista teórica para pensarmos do ponto de vista de diagnóstico situacional, em todo caso, será a que Deleuze (1997) formula da seguinte forma: “A neurose, a psicose não são passagens da vida, mas estados em que se cai quando o processo é interrompido, impedido, colmatado. A doença não é processo, mas parada do processo [...]” (DELEUZE, 1997, p. 13). De onde tiramos também um referencial clínico para pensarmos nas possibilidades de produção de saúde.

Para desvelar as relações das famílias de usuários e os serviços de saúde que estudo, enfatizando os processos de subjetivação nesse contexto, essa tese apresenta primeiramente um capítulo sobre a metodologia cartográfica utilizada. Na sequência, aborda a composição da rede de saúde mental de Belo Horizonte, destacando o acompanhamento atual dos processos com as famílias realizado nos serviços que participaram da pesquisa: um centro de convivência (CC) e um centro de referência em saúde mental (CERSAM) em uma mesma

região da cidade. Elementos históricos e experiências pregressas são trazidos à tona, através das falas das pessoas entrevistadas, sendo articulados com os impasses de mobilização participativa nos cotidianos. O terceiro e último capítulo desenvolve as noções de poder e potência que atravessam os encontros com as famílias. Propõe a utilização de grupos para manutenção de práticas fundamentadas ética-estética-politicamente, dada a possibilidade de trocas de conhecimentos fabricados conjuntamente. Problematiza movimentos que indicam usos do território e dos dispositivos de modo a evitar a tutela dos e das usuários e usuárias, promovendo trocas e bom uso das heterogeneidades e subjetividades envolvidas a favor dos fluxos da vida. As considerações finais fecham o texto.

A fim de que não mais ocorram enquadramentos arbitrários dos sujeitos em situação de sofrimento mental, para que devires possam surgir para além dos deveres e para irmos além das nossas palavras de ordem, compomos nossos objetivos de pesquisa com os trabalhos realizados na rede de saúde mental de Belo Horizonte, que será apresentada a seguir.

2. PERCURSO METODOLÓGICO

“A essência da saúde mental é inventar” (LANCETTI, 2016¹¹)

“Ah! A Literatura ou me mata ou me dá o que eu peço dela” (BARRETO, 2017, p. 36).

O tempo, morada dos aprendizados que trago da minha experiência de trabalhadora na rede de saúde mental. Li inúmeros textos, ao longo da vida profissional, que dizem sobre a formação que o próprio trabalho de oferta de cuidado nos traz. Tenho diálogos internos intermináveis com as agentes comunitárias de saúde, os colegas dos Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAM¹²), os técnicos dos serviços intersetoriais. Mesmo sem estar fisicamente nos serviços da rede me sinto parte deles, devido ao investimento afetivo que nutro pelas relações com os usuários das políticas públicas, à admiração pelos trabalhadores, à sensação de dever político cumprido e responsabilidade coletiva por me dedicar exclusivamente a este trabalho, a esta militância, deixando aflorar a potência dessas práticas na minha vida.

Mesmo no CERSAM em que trabalhei mais tempo, um serviço de urgência e referência para situações de crise, eu me apresentava como psicóloga aprendiz. E lá acompanhava um jovem usuário com diagnóstico de esquizofrenia e/ou transtorno esquizoafetivo - variação conforme avaliação psiquiátrica de cada período - e longo histórico de uso abusivo de substâncias psicoativas diversas, algo em torno de quinze anos. Essas duas associações traziam alguns impasses para os manejos na rede, pois durante algum tempo as equipes discutiam sobre qual das condições seria priorizada como foco de intervenção, o que levaria a determinadas condutas e mesmo a possível alteração da definição do local de acompanhamento. Era uma situação difícil de acompanhar, pelas características desse jovem - restrição de contato verbal, intoxicação frequente, impaciência dele com os acordos da rotina do serviço, etc - mas também pelo modo como sua irmã participava do tratamento. Ela estava sempre presente. O uso da medicação tinha centralidade nas demandas de ambos: ele por pedir mais, ela por querer nos orientar sobre a restrição do consumo. Com ela atendimentos

¹¹ Em vídeo divulgado por Psicanalistas que falam (2016). Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=XT3iHX7GZro&t=12s>.

¹² Como são chamados os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em Belo Horizonte e em alguns outros municípios de Minas Gerais.

presenciais programados ou não, telefonemas, troca de emails - pelo endereço eletrônico institucional do serviço - eram recorrentes. Ela se colocava como a principal cuidadora dele, apesar de viverem os dois com a mãe, idosa, todos na mesma casa. Ele autorizava esse modo de participação dela em sua vida, de certo modo.

A família era conhecida na vizinhança, no bairro e por outros equipamentos das políticas. Havia muitas brigas, intervenções policiais, acompanhamento também pelas equipes do centro de saúde, do Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS¹³) - este, por um período de necessidade de proteção à mãe, com suspeitas de ter sido agredida por um deles - e esses serviços da saúde e da assistência social se articulavam para buscar soluções possíveis para melhoria da convivência familiar, utilizando também outros recursos do território. Eu, enquanto técnica de referência do usuário em questão, insistia nessa articulação coletiva, dentro e fora do CERSAM, entendendo que não era simples nosso envolvimento com o grupo familiar; mais ainda, tendo certeza de que sem acolher devidamente a família - e esta irmã, especialmente - não alcançaríamos estabilidade no caso dele, sujeito diagnosticado e em situação de maior fragilidade. Apesar das discussões sobre ampliação dos vínculos sociais e familiares, inserção em locais de convivência, acesso a trabalhos protegidos e tentativa de garantia de renda, diminuição da centralidade do uso dos medicamentos e demandas por internação que eram feitas frequentemente, ainda hoje me pergunto sobre o artifício que usávamos ao colocá-lo como usuário. A sensação de pegar seu extenso prontuário, com seu nome completo escrito na parte exterior, me parecia ou erro de foco ou restrição do conjunto de intervenções que fazíamos; quer dizer, pensava que podíamos minimamente escrever seu nome / nome da irmã. Não que o modo como escrevemos sobre nosso trabalho, sobre a história das pessoas que acompanhamos, seja verdadeiramente determinante das ações que fazemos. Mas penso, ainda hoje, que os documentos que escrevemos podem carregar em si tanto a responsabilidade ética que temos quanto a beleza que a literatura acrescenta ao mundo. Nisso incluo a tese e demais trabalhos acadêmicos, os prontuários e as composições que fazemos e continuaremos a fazer em rede, apesar dos tantos desafios desses nossos dias para atuação nas políticas públicas.

¹³ Equipamento de referência do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), política pública que faz parte da organização estatal para prover seguridade social, conforme previsto na Constituição brasileira.

Para percorrer as linhas que se enlaçam na relação das famílias de usuários em situação de sofrimento mental com os técnicos da rede psicossocial, percorro caminhos de reprodução, de endurecimento e de invenções, de possibilidades, tentando criar sentidos para o que investigo. Podemos, assim, afirmar que os trabalhadores da rede de saúde mental, legitimados pelo Estado, correm o risco de manter uma tutela das famílias atendidas, através de atividades com objetivo terapêutico e de reabilitação psicossocial, contribuindo para uma regulação política da vida dos indivíduos (COSTA, 1999), ao mesmo tempo em que buscam desenvolver com as mesmas práticas de produção de autonomia e participação ativa nos tratamentos propostos. Este aparente paradoxo permite a proposição de uma cartografia, através de situações e encontros coletivos, para que se faça uma produção sobre os efeitos desses encontros nos participantes e a abordagem dos problemas anunciados. Através da cartografia das relações com os familiares nos diferentes serviços de saúde busco mapear as linhas existentes nos encontros entre esses atores e também comigo, pesquisadora. É uma forma de acompanhar os processos engendrados pelas subjetividades desejanças, tentando dar expressão aos afetos que circulam entre elas. Trata-se, portanto, de uma forma de pesquisa intervenção que se realiza junto com os grupos pesquisados, por acompanhamentos e intervenções no cotidiano das práticas, referenciadas pela esquizoanálise de Deleuze e Guattari e, deste modo, abordando a realidade por imanência dos planos de formas e forças (ROMAGNOLI, 2014), como veremos ao longo das análises propostas.

A prática do cartógrafo pode ser considerada como micropolítica, tal como indicado por Rolnik (1989), no sentido de uma relação com as práticas de poder e sua dimensão de técnicas de subjetivação. A meu ver, as estratégias de produção de subjetividade se articulam à dimensão da produção e reprodução do sistema social-econômico-político em que vivemos, de maneira imanente e indissociável. Neste ponto a análise teórica dos dados produzidos permite uma aproximação entre operadores conceituais de Foucault, Guattari e Deleuze, entre os quais a abordagem do poder como técnica de subjetivação e da produção de realidades pelos diferentes agenciamentos do desejo. São aportes teóricos que norteiam um modo de experimentação sobre o tema investigado.

Para a realização desta cartografia faço uma pesquisa de campo na qual habito unidades de diferentes pontos de atenção, na complexidade da rede de saúde mental existente em Belo Horizonte. Nela os usuários passam por diferentes serviços conforme o momento do tratamento e acredito que em cada um dele há condições diferentes para o trabalho de acompanhamento também com os familiares. Nos CERSAM, serviços de urgência, há uma situação específica pela urgência do sofrimento mental e as situações de crise, que afetam de modo específico o usuário, sua família e o entorno, incluindo as dificuldades com o diagnóstico, a necessidade de tratamento, as reorganizações para a convivência... Na atenção primária à saúde, há outras condições, pela proposta de acompanhamento a longo prazo, a proximidade territorial e o conhecimento das condições de inserção social e relações comunitárias. Nos Centros de Convivência (CC), por sua vez, em sua interseção com a arte e outras expressões culturais, há outras condições de relacionamento com as famílias, a partir de um momento em que a situação de sofrimento está mais estabilizada, com possibilidades outras de retomada das atividades cotidianas.

Em meados do ano de 2018, segundo ano do doutorado, comecei a conversar com a Coordenação Municipal de Saúde Mental de Belo Horizonte sobre meu projeto de pesquisa. Expus meus objetivos, trocamos impressões e a equipe me orientou a ir para o Distrito Sanitário em que se localiza o CERSAM Fanon¹⁴, onde sabiam que ocorriam grupos de familiares ativos, especialmente neste CERSAM. Eu tinha intenção de pesquisar o CERSAM, o Centro de Convivência e se possível algum centro de saúde. Fui direcionada a conversar primeiro com as gerentes dos dois serviços e com a referência técnica de saúde mental do Distrito - função próxima da Coordenação no nível local - para apresentação do projeto e busca por contatos na Atenção Primária à Saúde (APS).

No CERSAM tive essa primeira conversa em setembro de 2018, retornando em novembro, no “Primeiro Encontro de Familiares” realizado pelo serviço, para o qual chamaram outros pontos da rede. Foi muito potente a vivência proposta com técnicas do Teatro do Oprimido¹⁵, na qual os familiares presentes participaram ativamente. As conversas

¹⁴ Os nomes próprios dos serviços e das pessoas citadas neste trabalho são fictícios, a fim de se preservar as identidades dos mesmos, de acordo com as normas éticas de pesquisa vigentes.

¹⁵ Experimentação criada por Augusto Boal com técnicas e jogos teatrais, cujos objetivos se relacionavam à democratização e vivência de camadas sociais brasileiras desfavorecidas.

que se seguiram abordaram a Reforma Psiquiátrica - algo colocado pelas profissionais presentes - e diversas dificuldades do cotidiano e convivência entre os familiares e seus membros: situações de crise, os afetos nas relações, queixas sobre ineficiência da abordagem de equipamentos do poder público nas regiões periféricas e diversas outras experiências pessoais de manejo de conflitos. Momento que incluiu lanche, música e poesia, terminado de modo leve e com indicações para encontros futuros. Os conteúdos apresentados serão retomados em momento posterior, por terem surgido também nos grupos em que participei, enquanto pesquisadora testemunha do processo em andamento.

Encontros que deixaram marcas, indagações, questionamentos, afetamentos.

Chego um pouco atrasada para a reunião. Serviço cheio, movimentado. Pessoas muito diferentes no mesmo espaço! Observo com interesse enquanto subo ao local da reunião. Começamos. Ao longo da conversa Na intervém diversas vezes, falando sobre os casos acompanhados nesses anos em que está no serviço. São muitos desafios e aprendizados. Da minha parte, mal sigo o material, deixando a conversa mais solta. Menciono minhas impressões sobre a vergonha que os familiares demonstram, relacionada ao estigma do usuário em sofrimento mental, o peso do diagnóstico de esquizofrenia... Acho que essa postura dos familiares se associa ao imaginário social sobre a loucura, mas também a uma internalização que fazem do que dizemos, enquanto técnicos e profissionais dotados de saber. Na parece concordar, e acrescenta “principalmente as mães” parecem se sentir culpadas - e a conversa segue.

Dos casos contados, me chamou muito a atenção a lembrança sobre Claudia, com quadro psicótico grave, que ficava trancada em casa, com os pais tomando conta dela. Segundo Na, a família mudou-se pra região, saindo de zona mais nobre da Cidade, talvez pela vergonha de ter alguém assim na família. “Ela não falava, grunhia. Tudo na casa tinha grade, correntes. As unhas e os cabelos enormes”... Três dias após a primeira intervenção da equipe, numa visita domiciliar para avaliação do quadro de diabetes da mãe, esta vem a falecer. O pai assume os cuidados em casa, mas pede auxílio ao serviço, e várias melhoras são obtidas, com cerca de um ano de acompanhamento intensivo. Neste recorte,

ela fala sobre como o pai fazia para medicar a filha: “preparava um docinho de côco, com o comprimido dentro, e um confete [tipo de bala] colocado por cima com muito zelo; Claudia jogava fora o confete e comia o doce! Ela gostava muito de doce.” Penso como ela estava atenta ao que lhe ofereciam, apesar da precariedade do contato com o outro, que muitas vezes menospreza o entendimento do usuário. Acho interessante as saídas adotadas, também lembro de algumas situações que acompanhei, enquanto técnica, as quais contribuíram para a formulação do meu problema de pesquisa.

(...) Volto com dúvidas, várias, sobre como prosseguir, nesse campo longe de ser o que me parecia, a princípio... sem idealizar, mas com a sensação de que as atividades com as famílias pareciam mais orgânicas do que têm de fato sido.

(Diário de Bordo - CERSAM Fanon)

Com meu corpo pesquisadora, estive no CC pela primeira vez em fevereiro de 2019, apresentando o projeto para a equipe e retornando em março para uma segunda apresentação - pois eu havia oferecido detalhar mais as referências teóricas, caso quisessem. E de fato solicitaram para que eu o fizesse num segundo encontro - algo que me causou surpresa, já que eu havia preparado uma conversa menos formal / acadêmica, pensando em dialogar com os artistas do serviço. Demorei para perceber como eu havia uma expectativa de que a conversa com essa equipe passasse por temas mais amplos, ligados à cultura, como se isso diminuísse um interesse ou necessidade de discussões técnicas e conceituais sobre as relações com as famílias. Ou algo em mim imaginava que a equipe nem teria tanta disponibilidade para a conversa, talvez por causa da tradição em que fui formada enquanto psicóloga e militante, posições das quais eu derivaria em uma pesquisadora que respondesse a um padrão de hegemonia científica e em consonância com suposta superioridade do "discurso científico" como forma de conhecimento, em comparação com as artes, por exemplo: assim, teria mais certezas e hipóteses do que questionamentos sobre as práticas e deixaria calar a minha sensibilidade para lidar com o campo e os atores participantes. Isso representou, de fato, um perigo permanente para o qual tive que me atentar a todo momento na realização do percurso cartográfico.

“O intelectual do nosso tempo, pois, não deixa de se endurecer para crescer” (CAMUS, 2013, p. 344) - ou, dito de outro modo: tal apego identitário leva-o a criar uma camada protetiva para lidar com a realidade de modo a manter-se sempre coeso, consciente, habituado, calejado, endurecido. Pelo peso da tradição acadêmica e por medo da avaliação das pessoas sobre meu comprometimento afetivo e político com todo o campo e todas as pessoas envolvidas, passei por momentos em que sentia, em mim, imobilidade para criar e analisar os dados da pesquisa. Principalmente quando me sentia sozinha em certas passagens desse longo percurso. Talvez pela dificuldade em lidar com a herança da época de graduação e mestrado em psicologia, quando aprendi modos de pesquisa conceituais nos quais as interlocuções com autores e teorias estrangeiros eram mais valorizadas do que as articulações locais com o campo pesquisado, sobre o qual eu falava, mas sem tê-lo de fato frequentado. Uma das lembranças dessa época é o gosto em ler referências bibliográficas em outros idiomas, enquanto a não compreensão do modo de funcionamento de um serviço substitutivo da rede de saúde mental era estranhamente inobservada. Gostos e lembranças, porém, trabalhados entre os meus próprios impasses, sendo possível reposicionar-me diversas vezes em relação a eles.

Apresentando-me para as equipes enquanto também trabalhadora da rede e para as famílias como também usuária das políticas públicas, criei possibilidades de trocas de experiências que se reverberaram em mim de modo muito potente. Destaco, nesse sentido, os alertas para as discussões sobre o racismo, a descolonização e a democracia que a equipe do Centro de Convivência David Capistrano¹⁶ me fez antes de eu viajar para o período de estágio na Universidade de Coimbra, em Portugal, e sobre os quais pude depois aprofundar a investigação. Além disso, pude perceber durante os encontros - sejam com as famílias, as equipes, as festas, os passeios... - e também ao rever minhas anotações, como estar com os coletivos me trazia alegria e motivação para seguir com a proposta. Seguir as pistas para ter condições de manter a pesquisa e os parâmetros éticos colocados para a mesma indica, no momento presente mesmo, a necessidade de cuidado com a produção de processos de subjetivação que considerem de modo imanente a recriação permanente de nossos próprios corpos, mesmo quando há forças que os pretendem oprimir e conformar. Estamos, afinal,

¹⁶ Nome fictício, conforme explicitado em nota anterior.

todos submetidos aos mesmos riscos de assujeitamento e diminuição da nossa potência de viver e agir, mas os grupos demonstram ricas possibilidades de lidar com tais riscos, como veremos.

Numa sala que serve como ateliê no centro de convivência, estão expostas várias obras de cerâmica, figurinos, fotografias, estandartes, materiais diversos e produtos das oficinas. Uma roda de cadeiras, já cheias de gente, está colocada na sala, e no centro dela há uma mesa com biscoitos, café, água e chá. Algumas mulheres presentes não permanecem sentadas durante todo o encontro. Em alguns momentos se justificam: “preciso ir ao banheiro toda hora, porque tomo remédio para pressão...”, “meu joelho dói muito”, “nem sempre posso vir, sair de casa, porque tenho meus problemas de saúde”... Estamos discutindo as dificuldades de lidar com os familiares, usuários da rede de saúde mental, em função das crises e mudanças cotidianas. Falamos sobre eles, não sobre nós. O “nós”, aqui presente, se divide entre profissionais, pesquisadora - pessoas que parecem saber mais alguma coisa sobre essas questões - e os familiares. Vidas que giram ao redor dos afetados pelo sofrimento que estão em tratamento nos serviços de saúde. O que importa a nós, de certo modo, é o que concerne a eles.

Em algum momento levanto para pegar um chá, mais para tentar criar um movimento, já que ninguém do grupo havia ainda se servido daquilo que estava ali, tão disponível e ao alcance de todos. Depois mais algumas pessoas se servem, timidamente.

Ao final da atividade, conversando com a equipe sobre possíveis ideias de intervenção no(s) próximo(s) encontro(s), fico com vontade de passar uns vídeos, oferecer um alongamento para iniciar a conversa, ver fotografias... ou alguma outra coisa que possa ajudar a amaciar um pouco os corpos ali presentes.

(Fragmento do diário de bordo)

Frequentei os espaços de ambos os serviços conforme a rotina de cada um: quase semanalmente ao CERSAM, a cada dois meses no CC. Tive oportunidade de realizar entrevistas coletivas com os grupos de familiares de cada um deles: a partir de convites que eu

fiz, na presença da equipe e com seu “consentimento” nas atividades de rotina com os familiares, e estando sozinha no dia marcado, conduzindo as conversas. Realizei também entrevistas coletivas com as equipes participantes: no CERSAM com as duas técnicas de referência e a gerente; no CC com a equipe completa, conforme sugestão de uma das pessoas de referência, para que os demais técnicos pudessem contribuir com a discussão.

Em relação aos familiares, os convites para participação na pesquisa foram mediados pelas equipes, no sentido de que fui apresentada aos mesmos em momentos prévios de participação minha nas reuniões já executadas em ambos os locais. Assim, bastava o interesse em conversar sobre o tema, podendo participar qualquer pessoa que se sentisse responsável pelo acompanhamento de seu familiar na rede de saúde mental, independentemente do vínculo com o mesmo e do tempo de tratamento. As pessoas que compareceram nas entrevistas coletivas específicas da pesquisa são de certa forma já inseridas nas dinâmicas dos serviços. Não posso deixar de expressar quanto sou extremamente grata pelos momentos de conversas que tivemos e por toda a colaboração que disponibilizaram para esse projeto.

Chega o dia de eu apresentar o projeto para a equipe do CERSAM. Fico com certa expectativa, por já estar frequentando o serviço sem que os trabalhadores saibam o motivo da minha presença...

No caminho de ida, observo a população vulnerável residente nessa região da cidade em que eu não costumava frequentar; local também cheio de estabelecimentos particulares de assistência à saúde. Acho contraditório e triste esse movimento de privatização, ainda mais com a impressão de que as pessoas acham normal pagar para serem atendidas e aguardam pacientemente nas filas, salas de espera, porta de entrada. Tudo isso na rua mesma do CERSAM.

A reunião começa. Muitas questões do serviço. Após o café a gerente me apresenta brevemente e me passa a palavra. Falo do meu percurso profissional e acadêmico, a experiência de trabalho em Belo Horizonte e em Betim, o início do planejamento da pesquisa a partir da minha experiência na ponta, incluindo a atenção primária, onde estava trabalhando até antes de iniciar a pesquisa. Descrevo os objetivos, a metodologia, falo da teoria... Explicito alguns cuidados éticos e políticos que trago comigo para a pesquisa. Digo que acho importante

questionarmos o que temos feito, com toda a trajetória da reforma psiquiátrica, para avaliarmos os efeitos do que fazemos. Como as famílias avaliam o que a gente faz? Menciono minha preocupação com a conjuntura política, os cortes de verbas, a mobilização que julgo necessária para uma resistência. Acho que a gerente sinaliza com a cabeça, concordando, mas sobre tudo isso pareço falar um pouco sozinha. Não sei se seguindo a tendência do grupo, em geral, naquele momento. Ressalto que os dados serão produzidos em conjunto, por mim e pelos que participarem da pesquisa, e que eu pretendo trazer pedaços de análise para a equipe avaliar e ajudar a construir...

Tudo mal durou uma hora. Saio pensando que a menor atenção à proposta da pesquisa reflete a pouca atenção ao trabalho com as famílias. Feito um primeiro mapeamento das diferentes forças, representadas por esses atores que agora conheço um pouco melhor, posso começar a pensar na continuidade das intervenções.

(Diário de Bordo).

As anotações em meu diário de bordo, com os registros de memórias e afetos, foram guias em minha viagem pelo campo de pesquisa. Nos capítulos que se seguem veremos trechos e pontos das conversas (gravadas e transcritas) que se relacionam ao nosso tema de estudo. Além da citação de passagens do diário há também cartas, que se aproximam de uma escrita diarística, por relatar acontecimentos e deslizamentos emocionais vividos ao longo do período e a partir das intervenções. As interlocutoras das cartas contribuem para situar as reflexões sobre o campo de modo mais próximo, num movimento associado ao distanciamento que fizemos das situações analisadas. São alterações rítmicas na escrita. Metodologicamente representam o rastreamento de deslocamentos subjetivos meus, enquanto pesquisadora; e quando são cartas escritas por outros (as) escritores (as), buscam a potência da articulação do relato da pesquisa com experiências literárias que rastreiam, por si, a vida. Das vivências articuladas buscamos produção de conhecimento sensível comum que auxilie as práticas na saúde mental.

Importante destacar que mantive contato com diferentes atrizes e atores do campo, com a expectativa de apresentar o projeto da pesquisa e propor intervenção nesse nível de

atenção, mesmo que não tivéssemos conhecimento de atividade específica com familiares em andamento. Apesar do interesse de alguns / algumas participantes da pesquisa para que a APS participasse, acabei percebendo que não seria possível fazê-lo em tempo hábil. Falei sobre essa dificuldade em várias situações, inclusive nas entrevistas; e a relação dos demais pontos da rede com a APS pôde ser, de todo modo, abordada com os coletivos no período que tivemos para construção da análise dos dados, embora não tenha sido aprofundada.

Após as entrevistas voltei uma vez a cada um dos serviços, nas atividades programadas por eles. Dei algum retorno sobre a conversa com os familiares para os profissionais, mas não pude ainda dar um retorno para os familiares que participaram. Alguns deles não foram quando convidados, mas se dispuseram a tentar participar em outro momento, caso eu organizasse novamente um encontro pela pesquisa.

No mês de setembro de 2019 informei aos profissionais sobre minha viagem para o doutorado sanduíche, motivo pelo qual iria me ausentar do campo por alguns meses. Deixei indicada a possibilidade de nos reunirmos, depois, todos os participantes, para discussões sobre a pesquisa e construção de propostas para a escrita da tese - e ainda, quem sabe, para experimentação de outros dispositivos. Algo que estava para ser planejado. No entanto, com a epidemia por Covid-19, as atividades coletivas presenciais foram suspensas e toda a rotina de atividades dos serviços foi alterada ao longo do ano de 2020 e tem sido até o momento atual, em 2021. O fato de não ocorrer reuniões presenciais, como modo de prática de distanciamento social por motivos epidemiológicos e tentativa de contenção dos contágios, tem dificultado a participação dos familiares nos arranjos virtuais que estão em andamento, ainda ao longo do ano de 2021. A rede tem se reorganizado diariamente para continuidade dos cuidados. O formato de reuniões virtuais foi proposto, mas com pouca adesão dos familiares.

Em todos os encontros ocorridos procurei intervir para ouvir as famílias sobre os tratamentos de seus familiares usuários (as), quando estão em acompanhamento na rede, para analisar as relações que se estabelecem entre elas e os técnicos. Não há pretensão, nesta pesquisa, de se definir um modelo ou ideal de família, pois os grupos familiares são complexos, nos quais há vínculos afetivos, de parentesco, de convivência e/ou consanguíneos, atravessados por valorizações sociais e culturais (BRASIL, 2013), evidentemente influenciados pelo sistema socioeconômico em que vivemos. No grupo familiar há relações compartilhadas que podem estar ligadas a funções de cuidado e proteção, alimentação,

socialização, representando modos de convivência que não estão sujeitos a nenhum tipo de julgamento de valor quanto às formas pelas quais se manifestam, em relação aos objetivos desta pesquisa. Apesar das dificuldades que as equipes têm, por vezes, em abordar as famílias, existem inúmeras tentativas para aumentar essa aproximação.

Sendo o objetivo principal de uma cartografia pesquisar a experiência, o uso da entrevista na pesquisa cartográfica busca intervir “na experiência do dizer” (TEDESCO, SADE e CALIMAN, 2016, p. 99), a partir da inseparabilidade de dois planos da experiência: a experiência de vida (o vivido da experiência) e a experiência pré-refletida - planos que funcionam em reciprocidade. Não pretendia focar apenas nas representações sobre as experiências de vida, já que não era objetivo da pesquisa fazer somente uma descrição dos conteúdos trazidos pelos (as) participantes; mas intervir com eles e elas, atentando para momentos de ruptura e mudanças de postura e de fala (TEDESCO, SADE e CALIMAN, 2016). Nas entrevistas tentei acompanhar o conteúdo das falas e os modos de expressão, mantendo cuidado no manejo para lidar com os afetos que atravessavam os encontros. Não interpretar, mas vivenciar com os demais o que se passava.

Por esse viés, as entrevistas abordaram o modo de participação das famílias no tratamento dos usuários, tentando rastrear quais os impasses e facilitadores nas relações entre elas e as equipes de referência para usuários que fazem tratamento. As perguntas se relacionavam às mudanças das dinâmicas familiares a partir do adoecimento e subsequente tratamento ao usuário em situação de sofrimento mental em questão e a como se entende o papel e responsabilidade dos familiares, seja com práticas específicas de cuidado, seja com outras ações que favoreçam ou não a estabilização dos usuários identificados. Foi importante, contudo, manter algum grau de indeterminação nas perguntas, para que os entrevistados pudessem discorrer mais livremente sobre os temas, podendo assim expor de modo mais detalhado um saber implícito, tal como Tedesco, Sade e Caliman (2016) sugerem. Busquei tratar essas questões levando em conta a produção coletiva do conhecimento sobre o tema da pesquisa e as possibilidades de construção de novos sentidos sobre as experiências vividas.

Ressalto ainda a importância do referencial metodológico esquizoanalítico para a redação da tese e a prática de escrita sobre a atuação na saúde mental, já que

Toda experiência cartográfica acompanha processos, mais do que representa estados de coisa; intervém na realidade, mais do que a interpreta; monta dispositivos, mais do que atribui a eles qualquer natureza; dissolve o ponto de vista dos observadores, mais do que centraliza o conhecimento em uma perspectiva identitária e pessoal. O método da cartografia implica também a aposta ético-política em um modo de dizer que expresse processos de mudança de si e do mundo (PASSOS e BARROS, 2009, p. 170).

Esta escrita se fez, de fato, como exercício de pensamento (DELEUZE e PARNET, 1998) e experimentação sobre eu mesma. Uma intercessora de mundos, de formas e forças.

A aproximação dos dados com a bibliografia levantada durante a pesquisa seguiu um método rizomático, conforme indicado por Deleuze e Guattari (1995), o que permite um apoio em ideias e conceitos prévios a partir de “uma linha de fuga que permita explodir os estratos, romper as raízes e operar novas conexões. Há, então, agenciamentos muito diferentes de mapas-decalques, rizomas-raízes, com coeficientes variáveis de desterritorialização” (DELEUZE e GUATTARI, 1995, p. 23). Assim, tento desenvolver um raciocínio que contribua para a criação de práticas inventivas na rede assistencial de saúde mental e possíveis atuações e articulações nessa rede, conforme a complexidade dos problemas encontrados nesse campo.

A produção de conhecimento pretendida nesta pesquisa se faz pela indagação das possibilidades de criação e de reprodução nas relações entre sujeitos coletivos e instituições pesquisados. O que compreendemos sobre os temas abordados, nesta perspectiva, é parcial e fragmentado, uma vez que não propomos uma totalização da realidade. Os efeitos são sentidos em função dos nossos próprios processos de subjetivação (PAULON, 2005): meus, enquanto pesquisadora objetivada pela pesquisa; e dos e das participantes, que se auto-engendram ao longo das reflexões e construções de suas práticas. As circunstâncias para que hajam conexões e cortes nesses processos foram rastreadas pelo método cartográfico, através da imersão no campo; do acompanhamento das atividades instituídas nos serviços, que ocorriam com diferentes regularidades; de entrevistas coletivas com familiares; entrevistas coletivas com técnicos das equipes; escrita e análise do diário de bordo.

Durante parte do percurso desta pesquisa fui também trabalhadora da rede de saúde mental de Belo Horizonte, ocupando um cargo de gestão na Secretaria Municipal de Saúde, como referência técnica. Este período coincidiu com a minha ida presencial ao campo de pesquisa, de modo que tivemos, eu e as equipes participantes, contatos e trocas também em função deste segundo vínculo. Se, por um lado, esta situação me parecia facilitar tanto o

trabalho quanto a pesquisa - pois, embora com ênfases, objetivos de trabalho e funções distintas, me envolvia todo o tempo com a atenção psicossocial e com o desenvolvimento de construções de atuação coletiva para as diversas demandas - por outro lado pode ter interferido, no sentido de despertar alguma desconfiança das pessoas com quem pesquisava, ao atribuírem maior peso à minha vinculação institucional profissional. Quer dizer, algo se concentrava na mesma pessoa: uma espécie de poder ou autoridade - imaginária ou simbólica - por ser parte da equipe da gestão municipal; e o fato de estar em campo como pesquisadora poderia ser sentido como ameaça justamente por ser também da gestão, como se eu tivesse intenção de fiscalizar algo do que se passava no serviço. Nenhum conteúdo desse tipo foi explicitado nos encontros e conversas, mas tive a sensação de ser recebida dessa forma em algumas situações específicas, como em algumas das entrevistas.

De todo modo, ainda que os participantes da pesquisa não sentissem essa duplicidade de vínculo desta forma, eu mesma precisei analisá-la em diversos momentos, o que me remete ao estatuto híbrido, descrito por Penido (2015), de profissional e pesquisadora. Sendo necessário, até mesmo como preceito ético e metodológico, analisar as formas de relação que assumimos com as instituições que ocupamos. Passei a utilizar de uma escrita diarística (PENIDO, 2015) sobre a pesquisa, podendo assim analisar minhas próprias implicações com a academia - enquanto local assumidamente prioritário de produção de conhecimento - com o campo de atenção em saúde mental e com a militância e a vinculação ao movimento social organizado. Pertencimento este, aliás, meu e de muitos dos meus pares, colegas e trabalhadores (as) participantes ou não desta pesquisa. Através dessa escrita pude entender melhor minhas motivações e expectativas com a pesquisa e com tais instituições, além de ressignificar, ao mesmo tempo, posicionamentos particulares na minha vida pessoal, alcançando, para minha surpresa, uma integração entre os movimentos da pesquisa e da vida individual e coletiva.

Muitos dos aprendizados que tive com os e as participantes ficaram mais claros também à medida que eu revia tais escritas, as quais passei a compartilhar com alguns deles e delas - especialmente com as pessoas de referência para a atuação com os familiares no campo - e com grupos de estudo e convivência à parte da pesquisa, com quem mantenho práticas de escrita como experimentações de si, numa metodologia que se tece a cada ciclo que vivemos juntos, seguindo mais nossos afetos do que as regras formais para tais

produções. O que chamo de diário de bordo, portanto, trouxe à luz elementos que indicam endurecimentos, reproduções e possibilidades de outras ações, tanto dos problemas que se colocam no campo de modo explícito, quanto de outros que não são verbalizados ou abordados mas compõem, ainda assim, o campo de forças nas interações entre nós, diversos atores e sujeitos envolvidos nesta investigação.

O conceito de implicação, conforme abordado pela Análise Institucional (AI), nos serve como referência, portanto, através do que ele indica como a inclusão da “subjetividade de quem pesquisa como categoria analítica” (PAULON, 2005, p. 19). Esta autora apresenta as concepções de subjetividade que orientam o tipo de investigação inspirado na AI, nos permitindo considerá-la como algo produzido socialmente por formas múltiplas ligadas ao contexto cultural, e não como estritamente individual e associado a um sujeito fechado em si mesmo. Podemos considerar a implicação como “dispositivo de produção de conhecimento e de transformação” (ROMAGNOLI, 2014, p. 50), e ainda como conceito que nos permita dar vazão a heterogeneidades, rastreando os processos pesquisados ao mesmo tempo em que consideramos nosso próprio posicionamento político, fazendo dessa postura epistemológica uma característica enquanto agentes sociais implicadas (os).

Com a aposta metodológica via pesquisa cartográfica, assim delineada, importou-nos resgatar uma posição em relação aos jogos de poder existentes na realidade, nos guiando por um compromisso ético-estético, articulando proposições da esquizoanálise com alguma influência da análise institucional. Busquei analisar minha implicação de pesquisadora "com a instituição do saber científico, e sua abertura para criar zonas de indagações, de desestabilização que possam favorecer ao coletivo aflorar" (PAULON e ROMAGNOLI, 2010, p. 96). E assim colocar em análise as relações que estabelecemos com o que nos constitui, do que nos situa nas instituições, nas redes de poder nas quais estamos inseridos. Não é exagero dizer como a pesquisa, conduzida desta forma, provocou inúmeros deslocamentos em mim, em tal posição, a partir dos questionamentos e construção de outros modos de análise dos problemas colocados. Tanto o contato com o campo de pesquisa atual quanto minhas memórias de atuação na rede de saúde mental e na militância retornavam com frequência, procurando modos de expressão que pudessem ultrapassar um “não dito” ligado ao período cronológico em que ocorreram. Pude rever e repensar os significados das minhas ações também enquanto profissional e militante, associando-as às instituições em questão e

aos posicionamentos dos meus pares nos diversos contextos. Reconheço neste processo outro modo de articular, assim, a pesquisa acadêmica com a vida em seus outros campos.

O método cartográfico me pareceu muito proveitoso para lidar com o tema investigado a partir do que consideramos como processos de subjetivação. Para além das relações familiares no campo da saúde mental, a pesquisa construiu dados em conjuntos abertos, os quais, por inspiração guattariana, tentei não impedir que mantivessem alguma abertura e espontaneidade. Pretendi, além disso, “refazer, adensar, redesenhar, reajeitando os próprios critérios cartográficos em função das urgências do presente, das situações evocadas, sempre singulares, sejam elas clínicas, institucionais, científicas” (PELBART, 2016, p. 83).

Um corpo se manifesta sempre, alternando suas condições de sensibilidade. Sentir eventualmente dores e enrijecimentos reflete modos como várias das relações pessoais e profissionais acontecem. Houve uma época em que eu tinha vergonha de falar sobre minha dedicação à dança, que pratico há mais de 23 anos, porque eu julgava que a julgavam como coisa supérflua, e no fundo trazia comigo uma espécie de ordenamento de que deveria “tratar as coisas sérias como coisas sérias”. Este tipo de classificação faz do corpo, do sensível, um lugar hierarquicamente inferior e o conhecimento, o saber, como algo transcendente, que determina formas e que teria em si maior importância. Contrariamente a este tipo de classificação, temos como referência um uso de diferentes linguagens e disciplinas que se cruzam, de modo a considerarmos a ciência, a filosofia e a arte como formas de pensamento e objetos mentais que nos constituem como sujeitos (DELEUZE e GUATTARI, 2010). Assim, dançar passou a ser experiência re-significada e valorizada como processo de criação e fruição do saber que o corpo tem sobre si e sobre o que nos afeta no mundo. Não que seja uma atividade idealizada. Ela se beneficia de um questionamento sobre como é conduzida, sobre como me relaciono com a mesma. Mas é algo que ajuda a criar espaço e condição para que eu advenha outra pesquisadora, outra psicóloga, outra dançarina, outra militante, em formas-porosas inéditas que se criem a partir das condições vividas, pesquisadas e experimentadas.

Em um contexto de precariedade social de diversos grupos populacionais, com os quais lido enquanto psicóloga, especialmente, era como se eu não pudesse “perder tempo” com uma atividade como a dança. Eu estava, no fundo, e sem me dar conta, contribuindo para o meu próprio adoecimento e para um modo de subjetivação que não me deixava criar.

Coexistiram momentos de formulação, dança e escrita. A pesquisa, ao abordar saúde mental e direitos humanos, me permitiu estender a análise sobre minha própria forma de expressão artística, condizente com o movimento por uma libertação de um certo desejo de manicômio (DIMENSTEIN, 2006), no sentido de um desejo que procura controlar, hierarquizar, oprimir e controlar os movimentos da vida (MACHADO e LAVRADOR, 2001). Isso representa um deslocamento subjetivo com o processo, pois pude explorar a indissociabilidade entre desejo, luta, dança e pesquisa em seus atravessamentos, multiplicidades e intercessões entre diferentes planos, na busca por uma realidade com potencial criador. E a despeito das diversas desestabilizações ocorridas neste percurso.

Desenvolvendo esse tipo de sensibilidade e de análise desses efeitos, passei a perceber como um mal-estar na militância, no movimento da saúde mental, estava me afetando negativamente. No mesmo período tivemos perdas de militantes de referência e liderança que afetaram muitos de nós: Marcus Vinicius de Oliveira, o "Marcus Matraga" - professor de psicologia assassinado, no começo de 2016, sem investigação que encontrasse o responsável pelo crime¹⁷; Rosimeire Silva, psicóloga, aguerrida companheira de luta, encontrada morta, em casa, em 2017, quando seria buscada para o trabalho incansável ao qual se dedicava há décadas. Além dessas, outras pessoas da mesma área de atuação que, por estarem com doenças crônicas em desenvolvimento, faleceram de modo menos violento, e talvez em contextos melhores para o luto que os coletivos precisariam realizar em decorrência das perdas.

Esses aspectos me levam a refletir sobre os desafios que a convivência cotidiana com a loucura impõe. Seja em um contexto de trabalho, em partilha de vida conjugal e familiar, ou onde for, é necessário estarmos abertos a interações não definidas por protocolos, com possibilidades de questionamento de práticas convencionais, de modo a não reproduzirmos lógicas autoritárias e coercitivas; para além da instituição ou papel social que representamos. As formas de controle e tutela para com os usuários das nossas políticas públicas talvez se relacione por formas semelhantes que mantemos conosco mesmos, em outras esferas da nossa sociabilidade. O que “implica analisar até que ponto se quer ou se pode encarnar esses desejos

¹⁷ Marcus atuava em prol da luta antimanicomial e dos direitos humanos. Foi assassinado no período em que militava junto a populações locais, no Recôncavo baiano, por preservações ambientais (Conselho Federal de Psicologia, CFP, 2020).

não manicomial e esses desejos de direitos humanos em nossas vidas. Ou até que ponto somente se está sendo politicamente correto ao abraçar essas lutas” (MACHADO e LAVRADOR, 2001, p. 45-6). Assim, práticas e discursos baseados em estereótipos sobre a loucura levam a modos de relação que envolvem submissão das partes com menor poder, diminuindo as possibilidades de outras construções subjetivas menos culpabilizadas e mais potentes. Trata-se, portanto, de fazer das reflexões ferramentas sobre nossas práticas, considerando, porém, o pensamento como criação, “não vontade de verdade” (DELEUZE e GUATTARI, 2010, p. 67). E assim ir criando cabimentos para os cotidianos compartilhados e suas infinitas multiplicidades afetivas.

Importante destacar, no entanto, que as mudanças na macropolítica brasileira, com a retirada da presidente eleita em 2016, Dilma Rousseff, a partir de um golpe parlamentar; com as eleições de grupos políticos não ligados a causas sociais, à defesa das políticas públicas, e menos ainda, às demandas da saúde mental organizada na estrutura do Sistema Único de Saúde (SUS); com as indicações de gestores pertencentes a grupos de disputa e interesses privatistas no campo da saúde pública e da saúde mental - tudo isso têm trazido, desde então, uma ameaça ao projeto da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e da luta antimanicomial, com declarações recorrentes dos militantes sobre a sensação de verem ser destruído o que lutaram tanto para construir.

[...] Os ventos começaram a mudar já em 2015, com o Ministério da Saúde sendo objeto de negociação política e com ele os princípios do SUS. E, por fim, após a instalação do estado de exceção pelo qual o país passa no momento, o SUS e a Reforma Psiquiátrica passaram a ser alvo de mudanças radicais e de importantes retrocessos. No campo da saúde mental, a Comissão Intergestores Tripartite aprovou a resolução em dezembro de 2017 que praticamente resgata o modelo manicomial e dá início a um processo de desmontagem de todo o processo construído ao longo de décadas no âmbito da Reforma Psiquiátrica brasileira (AMARANTE E NUNES, 2018, p. 2073).

Atualmente as medidas legislativas e de financiamento têm resultado na desconstrução das redes alternativas ao modelo hospitalar. Foi possível constatar o desenvolvimento das mesmas, a partir dos primeiros anos da década de 1990 e com especial avanço no começo dos anos 2000, com ampliação do acesso e da cobertura da atenção primária e o incremento de ações intersetoriais. Nos últimos cinco anos, no entanto, temos observado mudanças macropolíticas, em que as orientações governamentais têm indicado retorno à lógica de internação e de assistência com ênfase em ambulatório de especialidades, com previsão de aumento de financiamento para internações hospitalares e para dispositivos não mais

territorializados, com propostas que privilegiam isolamento e frequentemente a fé religiosa como cura (ONOCKO-CAMPOS, 2020; REVADAM e SCARTEZINI, 2020; DELGADO, 2019). Essa é a conjuntura atual de nossa pesquisa e da rede de atenção psicossocial brasileira, diante da qual consideramos importante refletir sobre suas condições de continuidade e a defesa do modelo substitutivo anteriormente proposto.

Os (as) trabalhadores (as) são, muitos deles (as), também militantes pela saúde mental, e têm sentido na pele as condições de trabalho tornadas mais difíceis. Há cortes de verbas, redução de insumos, não reposição de profissionais que saem de licença médica e licença maternidade, ou por aposentadoria, precariedade de contratos - pois são muitos os que não são servidores efetivos - cobranças de produtividade da gestão, alta demanda pela qualidade dos serviços e tantas outras dificuldades, comuns a outras regiões do País, que se relacionam à precarização do trabalho em diversos locais. Ocorre que, neste contexto, vemos novamente a dificuldade de propor uma análise das práticas, para pessoas que consideram arriscada a elaboração de uma crítica sobre como temos trabalhado, já que assim deixaríamos espaço e força para opositores ao nosso modelo: declaradamente antimanicomial e defensor do tratamento da loucura em liberdade. Vasconcelos e Paulon (2014) demonstraram bem como essas posturas têm gerado efeitos de cronicidade no movimento antimanicomial e como as práticas muitas vezes se colam à identidade da militância, sem espaços para questionamentos sobre os modos como temos nos relacionado: nós, trabalhadoras, usuários, gestores e familiares que convivemos em coletivos e dispositivos diversos.

Eu tendo a pensar que o referido mal estar na militância se relaciona, também, aos modos como pesquisadores ligados à academia estiveram presentes no campo da saúde mental nos últimos anos. Muitos foram os momentos em que, ao conversar com outras pessoas, senti resistência ao falarmos sobre experiências passadas. Provavelmente devido à atribuição de problemas a pessoas específicas, personalizando as relações, de modo a diminuirmos as interferências que as instituições provocam em nós. Assim, são naturalizados os conflitos entre o campo da assistência em saúde mental e a academia, através de falas como “aquele (a) professor (a) é interessante, mas não sabe nada como funciona um CERSAM”; ou “mas a pesquisadora nunca trabalhou na rede” - que indicam, no mínimo, dificuldades de diálogo entre eles, quando não uma recusa explícita a situações de co-produção de conhecimento ou construção de espaços propositivos de discussão.

Nesse contexto de desqualificação generalizada sobre o fazer do outro - colegas de outros serviços da rede, coordenadores, estudantes, professores, pesquisadores, organizações políticas diversas - e de dificuldade extrema de articulação em defesa de um projeto comum, me vi, ao longo do percurso desta pesquisa, assumindo uma responsabilidade de realizá-la de modo crítico, desafiador, e com expectativa de contribuir para uma aproximação mais produtiva entre esses campos. Para isso fiz uso de aporte teórico e metodológico que propõe análise dos planos da realidade de modo imanente, atrelando pesquisa e vida; associando o ato de pesquisar às marcas feitas em meu corpo e pela produção e mobilização para que ele se deixe vibrar (LIBERMAN e LIMA, 2015), na busca por outros modos de sentir e pensar as relações na rede de saúde mental.

E nesse percurso ocupei espaços diversos sem me identificar a nenhuma de suas funções específicas: na academia, sem pretensão de seguir carreira acadêmica; no trabalho na gestão municipal, priorizando o estudo; no movimento social, de modo mais afastado, sem seguir discursos e práticas dominantes; no campo da pesquisa, ora ao lado de familiares, ora como trabalhadora, muitas vezes me misturando aos usuários... Sendo da rede sem vinculação única, específica. Em reuniões do Conselho da categoria profissional, a princípio para representar o movimento social, mas discutindo também conceitos filosóficos e sobre colheitas de jaboticabas. Procurei, assim, agir de modo diverso, conforme as situações e locais que frequentava, enquanto desenvolvia ferramentas para cartografar os processos em andamento, me refazendo com vistas a construções coletivas potentes para mim e para os segmentos com os quais componho relações.

Querida Adelaide. Só agora posso responder-te a carta que recebi há quase duas semanas. Justamente quando ela me chegou às mãos, acabava de ser ferido, ferimento ligeiro é verdade, mas que me levou à cama e trar-me-á uma convalescença longa. Que combate, minha filha! Que horror! Quando me lembro dele, passo as mãos pelos olhos como para afastar uma visão má. Fiquei com horror à guerra que ninguém pode avaliar... [...] Ninguém compreende o que quero, ninguém deseja penetrar e sentir; passo por doido, tolo, maníaco e a vida se vai fazendo inexoravelmente com a sua brutalidade e fealdade (BARRETO, 1983, p. 144).

Ter uma inspiração cartográfica é abordar também a subjetividade em seus movimentos e em sua complexidade. Pelo ponto de vista da esquizoanálise consideramos os

modos de subjetivação como processos formados por componentes políticos, coletivos, individuais, institucionais e dinâmicos, produzidos por multiplicidades de componentes. A subjetividade é influenciada por dimensões históricas e sociais indissociadas, sem uma dimensão que se sobreponha a outra de modo hierárquico (GUATTARI, 1991). Esta é uma concepção que considera a subjetividade de modo ampliado ao que se convencionou na disciplina da psicologia, tradicionalmente, sem oposição de algo que seria individual versus algo da dimensão social. E assim temos definido certo modo de relação com o corpo, no sentido de considerá-lo a partir de seu poder de afetar e ser afetado por outros corpos; bem como uma consideração do desejo como produção.

Em um interessante percurso sobre as alianças conceituais entre a filosofia da diferença - destacadamente nas obras de Gilles Deleuze e a filosofia de Nietzsche e Espinosa - Silva (2013) apresenta relações entre corpo e pensamento de modo a considerar um desenvolvimento correspondente entre as potencialidades do corpo e da mente. As ideias, no registro mental, se referem aos efeitos do que outros corpos, exteriores ao nosso, repercutem em nós. O pensamento é desejante e o corpo pensa (SILVA, 2013), afetados que somos pelo que se passa entre as dimensões e por diversos agenciamentos e associações de planos que compõem a realidade. Esta, por sua vez, é “abordada por imanência e exterioridade, e o ‘meio’ emerge como a dimensão que sustenta os devires, que vai produzir agenciamentos fazendo eclodir o novo” (ROMAGNOLI, 2014, p. 46-7).

Nesta pesquisa percebi como têm se realizado os modos de produção de subjetividade na rede de saúde mental, com destaque para as relações estabelecidas entre familiares e trabalhadores desta rede. Campo este que pode se beneficiar de uma análise das confluências entre a subjetividade e a cultura na criação dos mundos e micro universos dos atores envolvidos, favorecendo a criação de dispositivos que contribuam para a invenção de subjetividades polifônicas e mutantes. “Não há subjetividade sem uma cartografia cultural que lhe sirva de guia; e, reciprocamente, não há cultura sem um certo modo de subjetivação que funcione segundo seu perfil. A rigor, é impossível dissociar estas paisagens” (ROLNIK, 1997, p. 28). Tais noções implicam em modos específicos de abordarmos os problemas da pesquisa, para darmos ênfase aos fluxos que atravessam os sujeitos e que produzem efeitos neles. Em nós.

Destaco também como os aparatos institucionais, com sua materialidade e sua simbologia ligada ao nosso universo cultural, têm funcionado, respondendo ao modo capitalista de produção e às formulações das políticas públicas correntes, ao mesmo tempo que geram determinadas condições para os modos de relacionamento entre os atores citados: familiares, trabalhadores, usuários, pesquisadores. Somos atravessados pelas instituições que representamos e por valores mais ou menos estabelecidos, para além de nós, influenciando nossas práticas de acordo também com o momento histórico que vivemos. Costa-Rosa (2013) indica, nesse sentido, uma leitura das instituições como lógicas de funcionamento, que têm a capacidade, no entanto, de contrapor práticas e discursos dominantes. Podemos constatar como as ações têm sido percebidas pela população, na avaliação dos e das participantes desta pesquisa, com a intenção de contribuímos para uma discussão ética relacionada ao paradigma psicossocial que defendemos. Ainda sobre os processos de subjetivação, concordamos com o autor, ao afirmar que “quando se trata do sofrimento psíquico, não se pode fazer disjunção entre ‘produção de saúde’ e produção de subjetividade” (COSTA-ROSA, 2013, p.68).

Pretendemos rastrear linhas que se utilizem de referenciais clínicos para repensarmos os modelos de interação que podem ser considerados, em determinadas perspectivas, como universais. E pensamos nos fenômenos investigados no campo da saúde mental como constituidores de micropolíticas da subjetividade (GUATTARI e ROLNIK, 2013), tais como se encarnam nas relações.

Alguns fragmentos literários atravessam o texto de modo quase imprevisto. Diante de tantas leituras, tornou-se inevitável a indiscernibilidade entre “estados de afetação como experimentação do intensivo e multiplicação de alegrias ativas cujos efeitos são a produção de essências singulares” (ALMEIDA, 2010, p. 13), tantas vezes provocados pela literatura ampla percorrida e pelos exercícios de escrita. Durante este processo me vi imersa em blocos de sensação ligados à minha atuação profissional, evocados pelos relatos de quem passou pela experiência da internação e do acompanhamento psiquiátrico. A literatura é também fonte de conhecimento sobre os temas que eu havia me acostumado a definir pela disciplina de psicopatologia. Revejo minhas companheiras e enquanto escrevo é como se conversasse com uma delas.

Aparenta ignorar o descaso de que é vítima, e me parece mais lógico. As famílias, por mais dedicadas, terminam se cansando dos parentes loucos, a morte deles sendo mesmo um alívio. É importante este lado da coisa. Mais importante ainda é a humildade imposta ao doente crônico, obrigando-o a coisa alguma esperar, a não ser uma hora ou pouco mais ao lado de quem lhe é tão caro. Li qualquer coisa a respeito da Esquizofrenia: “Perda total de afetividade”. Não acredito. Dona Marina é esquizofrênica e desconheço alguém mais afetivo do que ela. (CANÇADO, 1979, p. 54).

O método desenvolvido nesta tese passa por juntar fragmentos de falas e textos e percebo que me converto em instrumento para ressoar tais ideias. Um salto eventual na passagem escrita se inspira em acordes tocados em outros lugares, mas é estratégia para um modo de vôo e leitura, apenas aparentemente fragmentada.

Pois sustentar um dispositivo de pesquisa é feito de várias estratégias, associadas a como vemos os sujeitos e as relações. Assim, foram utilizadas diferentes combinações: entrevistas, idas a campos, diário de bordo, análise da implicação, metodologia cartográfica, discussões informais sobre o tema da pesquisa com companheiros (as) e militantes da saúde mental - incluindo usuários da rede e trabalhadores (as) - experimentações no grupo de estudos em filosofia, escritas experimentais sobre si, na busca de encontros e composições que aumentassem a potência de agir e pensar, a favor da pesquisa e, reciprocamente, a favor da vida.

Tais dispositivos podem favorecer a construção de um corpo apto a cartografar, que possa se sustentar para as variações de forças e formas acompanhadas durante a pesquisa, sem perder de vista os objetivos desta. “O trabalho do cartógrafo é assim um trabalho de produção permanente de si, na experimentação de um corpo que, continuamente, se configura nos encontros com outros corpos” (LIBERMAM e LIMA, 2015, p. 190). Procedimentos que nos acompanharam na trama tecida entre as famílias, a política pública de saúde mental, as equipes. Complexidades desveladas no corpo da tese que derivou deste percurso. Sementes que querem se espalhar para hibridizar tantos campos quanto for possível, se campos, vetores e sementes assim intencionarem, conjuntamente. Esperamos desvelar essa complexidade nos capítulos que se seguem.

3. FAMÍLIAS E A REDE DE SAÚDE MENTAL DE BELO HORIZONTE

“Não se pode simplesmente achar que é normal ver profissionais, trabalhadores e gestores em reuniões ou compromissos do Movimento à noite, aumentando a jornada, ou nos sábados. Só tem uma coisa que explica isto: paixão. São pessoas que apaixonaram pelo ideal de tratamento aberto na saúde mental, fora de hospitais psiquiátricos e de outras formas de segregação. Graças a Deus, no tratamento aberto tem isto. Você assiste empenho, devoto, tanto no individual, tanto no coletivo. Existe também o impacto que esta rede causa no usuário. Ele que vem de um campo de preconceitos, rejeições e limites, encontra na rede amplo espaço para se expressar livremente, ou quase isto” (MARQUES, 2010, p. 36).

Um início. Foram três tentativas até eu ser aprovada para a única vaga na Residência em Saúde Mental. Uma alegria imensa poder estudar na Escola de Saúde Pública de Minas Gerais e finalmente aprender a trabalhar na lógica do SUS. Uma esperança cada vez mais concretizada de me formar operadora de saúde mental. Oportunidade de aliar militância antimanicomial, estudo e preparo para a assistência: embora fosse psicóloga formada, com registro em conselho de classe e relativa autonomia profissional, tinha acesso a atividades para embasar a formação em serviço¹⁸. Cada serviço possibilita vivências particulares. Apesar das dificuldades do campo me sentia muito motivada por poder estar convivendo com os usuários e com a equipe. Uma colega dizia que eu “não sabia nem a hora que estava com fome”, provavelmente pelo meu modo de envolver com os plantões e a rotina que tínhamos... Sinto hoje um certo orgulho dessa habilidade de disponibilidade para o outro e flexibilidade de minhas questões para responder, provisoriamente, a outras. Tive um chaveiro de tartaruga que perdeu a cabeça, analogamente à dona - fato que quis comentar com o gerente assim que pude. Fragmentos de humor cultivados nas relações, incluindo nas mediações com familiares de usuários com quadros de difícil manejo. A dinâmica do serviço sempre trouxe sensações intensas, algumas situações com necessidade de resposta rápida e micro invenções de condutas pontuais, sobre as quais era necessário parar para refletir e avaliar, de vez em quando.

No primeiro CERSAM em que trabalhei, nessa época da Residência, eu assumia, como os demais técnicos da equipe, a função de técnica de referência de alguns usuários, com os quais eu me colocava como responsável pelo tratamento. Sentia medo e insegurança, também, diante da necessidade de tomada de algumas decisões. O peso da responsabilidade, a vontade de aprender, o desejo de saber cuidar, eram elementos que voltavam. E felizmente os

¹⁸ As residências multiprofissionais são um tipo de pós-graduação *latu sensu* caracterizado por atividades de ensino em serviço, segundo os princípios do SUS. O programa em questão seguia as diretrizes da reforma psiquiátrica e seu campo de formação era realizado inteiramente na rede substitutiva ao hospital psiquiátrico.

abordávamos nas supervisões e demais atividades para discussão e orientação sobre os casos que ocorriam semanalmente, avaliando as possibilidades de atuação em rede. A função de supervisão é realizada por alguém com experiência no ofício e contribui para avaliação das condutas tomadas justamente por vir da parte de alguém externo à situação vivenciada, cujo distanciamento permite outra perspectiva sobre a mesma. Aprendi muito com a história de um jovem de cerca de 20 anos que teve uma crise grave e foi levado ao serviço pelos pais, que relatavam alterações de comportamento associadas, na avaliação deles, com o uso de maconha. A casa havia pegado fogo; a mãe descrevia as cenas dele despejando seus xampus pelo ralo. Eu queria conversar mais com ela, mas acho que não soube como abordá-la. O acolhimento dele foi feito na minha ausência e em um primeiro momento a permanência parece ter sido involuntária, segundo relatos da equipe, sendo necessária a intervenção de vários. No entanto, quando eu conversava com ele, era possível termos conversas breves, desorganizadas ou mais ou menos delirantes. Muitos acordos com este jovem foram difíceis de estabelecer, nos primeiros dias, pois todo seu sono, apetite, modo de comunicação verbal, etc., estavam alterados e sua permanência exigia muita atenção da equipe e também paciência. Lembro de conversar com meu preceptor, na época, sobre as demandas que alguns faziam para ser aumentada a medicação, de modo a conter um pouco dos gestos do usuário - demandavam com isso a imposição de certos limites, pelo que eu entendia, até mesmo pelas regras locais, como número de refeições recebidas a cada vez; pois ele comeria 3 porções individuais seguidas em um determinado momento - e o preceptor justamente problematizava comigo esta demanda por medicação e os modos possíveis que tínhamos para manejar a crise, mesmo com bom uso desse recurso. Em alguns momentos o medo que a equipe sentia ressoava em mim: eu herdava alguns traços de desconfiança, do mito da periculosidade. Lidar com uma situação de crise com recursos leves, inusitados e fora de protocolos, talvez, pode gerar uma avaliação do coletivo como algo irresponsável, sem cálculo. Algo que requer sintonia entre a equipe para ser bem executado.

Depois de passar alguns dias em permanência dia e noite este usuário começou a solicitar ir para casa. Teve uma melhora surpreendente e se mostrava colaborativo, consciente do motivo de ter sido levado ao tratamento, querendo arranjar um emprego... Ele se referia a mim como sua terapeuta ocupacional, ao conversar com os pais. Então começamos a definir outro período de permanência no serviço. A família, porém, estava reticente. Quando chamei

seu pai para conversarmos sobre a mudança no tratamento ele insistia de modo muito incisivo: “ele não tem condições de viver em sociedade. N-ã-o t-e-m c-o-n-d-i-ç-õ-e-s!!”, dizia, enquanto batia com a mão na mesa no mesmo ritmo em que falava e acentuava as sílabas. Sozinha, nesta conversa, não consegui convencê-lo. E chamei uma assistente social da equipe, que estava responsável pelo plantão no momento, e fomos juntos novamente orientar sobre a conduta, incluindo os ganhos que apostávamos que ela fosse trazer para o próprio usuário. Não foi simples. E uma fala desta colega me tocou especialmente, quando depois de um tempo chamou o pai pelo nome, de modo calmo e respeitoso, e perguntou: “o senhor está de coração aberto para receber seu filho em casa?”. Toda a intervenção finalmente o convenceu e ele concordou com a ida do filho para passar a noite em casa e retornar no dia seguinte. Vários imprevistos ainda se seguiram, evidentemente, mas a sua recuperação correu bem e foi possível preservarmos seu vínculo com o serviço e com a família. Esta, que antes o deixara em uma “clínica de recuperação” privada - com custos mensais onerosos, por sinal - e passou a conhecer o modo de oferta de acompanhamento para o quadro do filho no SUS.

A reforma psiquiátrica brasileira se amparou em inúmeras contribuições de Franco Basaglia: escritos, relatos sobre as práticas psiquiátricas, discussões acerca da função social dos manicômios e dos trabalhadores do campo, foram promovendo os mais diversos agenciamentos e compondo o território da saúde mental. Parte de sua experiência enquanto médico psiquiatra na Itália e de suas análises sobre o contexto brasileiro serão apresentados mais adiante. Quero destacar aqui, no entanto, para algumas pontuações acerca dos fundamentos da luta antimanicomial e para contextualização das chaves de análise desta pesquisa para o momento atual que vivemos, o que Basaglia nos apresenta como instituições da violência: as quais incluem a família, os manicômios, as prisões, as escolas (BASAGLIA, 1985). Além da relação entre tais instituições e o funcionamento do sistema capitalista, perpetuando a reprodução de uma violência sobre os classificados como pacientes psiquiátricos e um controle sobre os mesmos, é preciso abordar alguns aspectos que nos levarão à análise interseccional, que inclui as condições de raça e classe da população assistida pelas políticas públicas. “Problematizar o manicômio e suas expressões abordando as

relações de raça, gênero e classe é ultrapassar os próprios muros que compõem a formação social brasileira, e trazer a público um debate que ficou apagado ao longo da construção, implementação e efetivação da Reforma Psiquiátrica Brasileira” (PASSOS, 2018, p. 14). Passando por registros de diferentes vozes, diferentes períodos históricos e nacionalidades, vamos rastrear pontos de ressonância sobre formas de legitimação da violência que levaram a mortes concretas e subjetivas, simbólicas e físicas de pessoas em situação de sofrimento e exclusão social.

Uma ressalva a ser feita, porém, é que as instituições que abordamos aqui referem-se mais a “formas socialmente produzidas, não a estabelecimentos ou organizações como o empregamos na linguagem comum” (LOBO, 2015, p. 16). Parte do sentido de instituição “como Formação Social encarnada em dispositivo de produção social” (COSTA-ROSA, 2013, p. 59) que utilizamos nesta cartografia considera as dimensões instituinte - em estado de criação - e instituída - ligada à reprodução - como modos de funcionamento de discursos e práticas, que são imanentes. Nesta articulação de contribuições da teoria da Análise Institucional com as outras fontes que nos auxiliam a pensar nas práticas na saúde mental, nos valem, portanto, desses conjuntos de saberes e práticas, elementos de arquitetura e mobiliários, máquinas, pessoas e funções que operam em articulação e constituem o que chamamos de dispositivos institucionais (COSTA-ROSA, 2013). Assim, antes de iniciarmos a análise sobre as relações familiares na rede de Belo Horizonte, passando pelo movimento social de referência para a luta antimanicomial em Minas Gerais, vamos destacar alguns elementos sócio-culturais da colonização europeia no território brasileiro. Neles se incluem a ideologia cristã e seus valores, além da tentativa de naturalização do apagamento da memória dos povos africanos e originários escravizados nesse vasto território.

Percorrendo a história da colonização brasileira, Lobo (2015) explica como foram utilizadas as categorias de vadiagem e deficiência como formas de gestão de malefícios associados à miséria. Nas famílias abastadas as pessoas portadoras de alguma forma de deficiência - conforme classificação datada - eram mantidas reclusas. Outras, que vivessem sozinhas e nas ruas, poderiam ser levadas às instituições, conforme apresentassem comportamento que perturbasse a ordem. Haveria, assim, uma analogia à forma de se relacionar com tais pessoas semelhante ao que foi vivenciado na Europa durante a Idade Média. Aqui preservou-se a tentativa de europeização dos costumes (LOBO, 2015), com

impactos diversos nas relações sociais e julgamentos sobre os comportamentos, o que em parte justifica diversas formas de controle que foram se desenvolvendo.

Outra consequência dessa história é a tentativa de apagamento das matrizes culturais dos povos colonizados. Santos (2015) apresenta formas diversas de resistência desses povos, incluindo as manifestações de bases religiosas e a decorrente cosmovisão desenvolvida a partir da religiosidade. O autor associa a invasão do continente sul-americano a efeitos subjetivos e micropolíticos, demonstrando como o catolicismo serviu para promoção de genocídios culturais. Ele propõe, assim, "um exercício de descolonização da linguagem e do pensamento" (SANTOS, 2015, p. 20) ao tratar da "colonização afro-pindorâmica no Brasil" (SANTOS, 2015, p. 20), inclusive pelo fato de a ideologia católica cristã ter servido como fundamento para o processo de escravidão. Importante pensarmos nas formas de construção das identidades - tanto individuais quanto coletivas - para analisarmos respostas sociais construídas a partir de monismos ou a partir de pluralidades, as quais levam a determinados arranjos de organização comunitária. São aspectos que se relacionam às condições de vida e aos recursos de um povo para viver coletivamente e com dignidade, de onde se podem tirar estratégias de enfrentamento a situações que levem ao sofrimento mental.

Em outro momento histórico, no Brasil, já em fase de industrialização no século XX, as políticas desenvolvidas incentivaram funções de controle para pobres e miseráveis, como modo de regulação de mão de obra aos postos de trabalho: uma multidão de corpos "considerados fardos sociais são, ainda hoje, sob a 'proteção' que o biopoder introduziu na racionalidade do Estado moderno, corpos descartáveis" (LOBO, 2015, p. 231). Revendo documentos e marcos teóricos desse processo, pretendo reelaborar algumas perguntas sobre nossa história, no sentido de "reconhecer os fundamentos estruturantes da nossa realidade", "racializarmos a história da loucura no Brasil" (PASSOS, 2018, p. 17); e assim fundamentar uma análise crítica sobre as condições para nos guiarmos pelos nossos ideais de luta e fundamentos práticos em relação a esses aspectos. Ciente, assim, da necessidade de se firmarem lutas conjuntas para acesso a vidas dignas para todos os corpos...

*“Devo lembrar-me a todo o instante que o verdadeiro salto consiste em introduzir a invenção na existência”
(FANON, 1975, p. 239).*

O pensamento de Frantz Fanon tem sido utilizado como ferramenta para reflexão sobre o racismo estrutural na sociedade brasileira e talvez tenha tido maior impacto no movimento social negro e ativismo antirracista do que no campo da assistência em saúde mental (NOGUERA, 2020), pelo menos nas três primeiras décadas da reforma psiquiátrica brasileira. Por concordarmos com a avaliação de que a colonização das subjetividades produz situações de sofrimento mental, nos utilizaremos também do uso desta conexão entre política e subjetividade, apresentada por ele e por estudiosos de seus textos, para nos guiar em práticas contra coloniais e a favor da descolonização do pensamento. A “aspiração à liberdade” (NOGUERA, 2020, p. 18) que percebemos na obra desse psiquiatra nos auxilia na politização da assistência, tal como tem sido feito e reconhecido através de Basaglia - cujo pensamento é muito mais difundido no nosso campo de pesquisa e atuação. A busca pela liberdade ocorre simultaneamente com a busca pela sanidade, e ambas representam situações de dificuldades para quem nasce em um território violentado. A diversidade nos modos de existir e nas manifestações culturais e subjetivas, para além das tentativas de patologização das mesmas, nos é igualmente caras. E queremos ampliar as preocupações sociais e macropolíticas que estes psiquiatras manifestaram em seus textos e ações, na busca de bens comuns para todos, associando nosso pensamento político com as práticas na saúde mental.

CARTA AO MINISTRO RESIDENTE
Dezembro de 1956. Argélia.

Ainda que as condições objetivas da prática psiquiátrica na Argélia fossem já um desafio ao bom senso, parecia-me que esforços deveriam ser empreendidos para tornar menos vicioso um sistema cujas bases doutrinárias se opunham cotidianamente a uma perspectiva humana autêntica. Durante quase três anos, coloquei-me completamente a serviço deste país e dos homens que nele residem. Não economizei meus esforços nem meu entusiasmo. Não houve sequer um fragmento de minha ação que não tenha exigido como horizonte a emergência de um mundo válido, desejada de forma unânime.

Mas o que são o entusiasmo e a preocupação do homem se dia após dia a realidade se tece de mentiras, covardias e desprezo pelo homem? O que são as intenções se sua concretização é impossibilitada pela indigência do coração, pela esterilidade do espírito, pelo ódio dos nativos deste país? A loucura é um dos meios que o homem tem de perder sua liberdade. E posso dizer que, situado nessa interseção, mesurei com horror a amplitude da alienação dos habitantes deste país.

Se a psiquiatria é a técnica médica que visa permitir ao homem não mais ser estrangeiro em seu meio, devo afirmar que o árabe, alienado permanente no próprio país, vive num estado de despersonalização absoluta.

O status da Argélia? Uma desumanização sistemática. Ora, a aposta absurda era querer criar a todo custo certos valores, porém o não direito, a desigualdade e o assassinato foram alçados a princípios legislativos. A estrutura social que existe na Argélia se opõe a qualquer tentativa de recolocar o indivíduo em seu lugar.

Sr. ministro, chega um momento em que a tenacidade se torna perseverança mórbida. A esperança deixa de ser uma porta aberta para o futuro e se transforma na manutenção ilógica de uma atitude subjetiva em ruptura organizada com o real.

Sr. ministro, os acontecimentos atuais que ensanguentam a Argélia não constituem um escândalo aos olhos do observador. Não é nem um acidente nem uma pane do mecanismo. Os acontecimentos da Argélia são a consequência lógica de uma tentativa abortada de descerebralizar um povo.

Não é preciso ser psicólogo para perceber que, sob a aparente amabilidade do argelino, por trás da sua humildade despojada, há uma exigência fundamental de dignidade. E de nada serve, à ocasião de manifestações não simplificáveis, apelar a algum tipo de civismo.

A função de uma estrutura social é implementar instituições atravessadas pela preocupação com o homem. Uma sociedade que acua seus membros e os força a soluções desesperadas é uma sociedade inviável, uma sociedade a ser substituída. É dever do cidadão dizê-lo. Nenhuma moral profissional, nenhuma solidariedade de classe, nenhum desejo de lavar roupa suja em casa prevalece aqui. Nenhuma mistificação pseudonacional encontra clemência diante da exigência do pensamento.

(...) O trabalhador da cidade deve colaborar com a manifestação social. Mas ele deve estar convencido da excelência dessa sociedade vivida. Chega um momento em que o silêncio se torna mentira. As intenções norteadoras da existência pessoal se acomodam mal aos atentados permanentes aos valores mais banais.

Já há longos meses minha consciência é palco de debates imperdoáveis. E a conclusão deles é a vontade de não deixar de crer no homem, isto é, em mim mesmo. Minha decisão é não assumir uma responsabilidade a todo custo, sob o pretexto falacioso de que não há nada que se possa fazer (FANON, 2020, p. 292 - 294).

Após enviar a carta acima, Fanon foi expulso da Argélia, no contexto que viviam de lutas contra a colonização europeia em países africanos. Em suas considerações etnopsiquiátricas, Fanon (2020) denuncia posturas racistas de médicos em relação aos pacientes, a partir de diferentes experiências práticas e estudos de publicações do período em que atuava como psiquiatra e professor. Diferentemente do que era praticado pela psiquiatria dominante de sua época, “(...) Fanon estava atento aos modos como a violência colonial se impunha mesmo através de práticas que tinham como propósito declarado lidar com o sofrimento e trazer alívio e cura” (NUNES, 2019, p. 82). A violência imposta por estrangeiros nos países em que viviam, bem como os conflitos sociais e culturais decorrentes desses processos, o levaram a constatar os privilégios dos colonos e a existência do trabalho forçado como “uma consequência lógica da sociedade colonial” (FANON, 2020, p. 289). Sua obra nos inspira a pensar em outros posicionamentos de valores, incluindo aqueles das pessoas a quem acompanhamos e suas relações com o seu meio.

Dentre as muitas perguntas que me guiam neste caminho, revejo a informação de que a maioria dos internos no hospital de Barbacena era negra (FIRMINO, 2014); observo que muitos dos nossos usuários em situação de deficiência psicossocial são negros, enquanto as equipes com formação superior (destacadamente em medicina) são brancas; vivo, trabalho, leio e me pergunto: por quê não prestamos atenção nisso antes? Por quê não falei sobre isso antes? Vivemos em um país que insiste na ideia de democracia racial; contudo, os reflexos da escravidão e do racismo estrutural estão presentes na sociedade de forma mascarada, mas intensa. A este respeito Silva (2020) elucida como o racismo faz parte da ordem social e é reproduzido pelas suas diversas instituições. Lília Lobo em seu livro *Os infames da história*, por sua vez, denuncia: “Não houve instituição mais duradoura, mais persistente e mais conservadora do que a escravidão no Brasil, o último país do mundo a extingui-la (p. 121)”. Herdeiros dessa história, o Brasil ainda tem o racismo como regra, o qual “se expressa concretamente como desigualdade política, econômica e jurídica da sociedade” (SILVA, 2020, p. 50). Sinto-me em condições de passar a assumir posturas distintas sobre esse fato corriqueiro e instigada a buscar, nos coletivos, modos de construção de práticas antirracistas, inclusive na atuação no campo da saúde mental e saúde coletiva.

Observamos, em nosso percurso, que “a história do processo manicomial no Brasil andou em paralelo com as políticas de higienização de raça propostas pelos governos do século passado” (CFP, 2019, p. 279). Embora seja caracterizada como hipótese a presença de mais negros e negras na população institucionalizada, por não havermos ainda registros quantitativos suficientes sobre tais informações, considero que essa ausência de dados compromete a avaliação da qualidade da assistência prestada em saúde mental. Outros autores apontam para essa mesma direção, ao tratar da “realidade racial dos hospitais psiquiátricos” (DAVID e VICENTIM, 2020, p. 272). Ou seja, o direito à não discriminação em função da situação de sofrimento mental deve estar atrelado à não discriminação em relação à cor, raça, etnia - e constitui um desafio para não seguirmos na invisibilização desses mecanismos de segregação difundidos socialmente.

Se a colonização portuguesa deixou de existir, oficialmente, no Brasil, os efeitos da colonialidade, porém, permanecem ainda hoje em diversas esferas da nossa cultura. Persiste a lógica de que o corpo do outro pode ser explorado por aquele que tem maior poder e a criação e manutenção de espaços destinados à exclusão de pessoas consideradas indesejáveis na

sociedade - indesejáveis por não se encaixarem nos padrões estabelecidos. E temos visto que certas instituições operam com uma sistematização dessas relações de opressão. O manicômio, por exemplo, em nosso contexto, se configura como “uma lucrativa máquina de matar loucos” (MATOS-DE-SOUZA e MEDRADO, 2021, p. 165), sendo este lucro destinado, evidentemente, a uma classe sócio-econômica elitizada. Detentores (as) de posses materiais e títulos, acreditam ser mais merecedores (as) de benesses da vida do que outras pessoas, podendo ser recompensadas pelo destino e usufruir do seu direito à felicidade. Naturalizam-se, assim, práticas de maus tratos e torturas a outrem que sejam porventura realizadas nos cômodos e locais simbolicamente distantes de onde vivem. Um conjunto de forças que contribui para construir subjetividades que banalizam cenas de absurdas violações de direitos.

Veremos que, no modo como as famílias têm se relacionado com os serviços da rede em Belo Horizonte, no campo habitado por esta pesquisa, novos elementos têm sido acrescentados nas relações, configuradas em outro momento histórico. As estratégias terapêuticas e para prestação de cuidado na RAPS (Rede de Atenção Psicossocial) consideram, hoje, as singularidades dos indivíduos e as características sociais e culturais relacionadas ao sofrimento psíquico. Retomaremos, assim, as colocações sobre a influências das instituições para assistência em saúde mental, considerando, no entanto, que

Os modos como a instituição modela sua imagem e a da sua práxis no território operam de maneira direta nas formas de percepção do sofrimento pelos indivíduos e no jeito de representarem as possibilidades de tratamento que servem de base ao enunciado dos pedidos de ajuda (COSTA-ROSA, 2013, p. 87).

Nas conversas que tivemos com os familiares participantes pudemos observar os cruzamentos entre diversas formas de enunciados sobre “pedidos de ajuda” e modos de lidar com situações e pessoas em sofrimento mental. Seguiremos algumas linhas dos movimentos acompanhados no nosso território nos trechos a seguir.

Prezada Viviana, como você está? Que saudade!

Ontem estive com o pessoal do CERSAM Fanon, acompanhando uma exposição no CCBB, como atividade da minha pesquisa. Fiquei lembrando das nossas conversas sobre a circulação dos usuários na cidade!

Éramos ao todo cerca de 40 pessoas, divididas em dois grupos para a visita guiada. E a exposição tem ficado cheia, então em vários momentos fiquei também observando a reação das pessoas “normais” que ficavam vendo nosso grupo. Tinha uns mais jovens, uns mais velhos, com comportamentos mais contidos, alguns bizarros... você sabe como é difícil sairmos dessas classificações! Logo na chegada um que dava uns gritos; outra começando a fazer uma longa sequência de polichinelos; vários entrando e saindo, muitos fumando cigarros na porta; mas enfim fomos ver as coisas.

Uma cena muito engraçada, que ainda tenho na minha cabeça, é uma moça (que com certeza conheço de alguma “vida passada” na Cidade, quase lembro o nome dela, imagino que estudamos juntas em alguma escola) olhando muito e rindo, espantada, em certo momento com as duas mãos sobre o rosto, deixando os olhos bem à mostra, nesta posição durante tempos, parece que sem saber se ria ou assustava com toda aquela movimentação exótica...

Já no começo um dos pontos altos: uma sessão de cinema, de 3 minutos, com tela de quase 360 graus, em que sentávamos no chão para viver um vôo de dragão, com personagens e cenários de um dos filmes. Maravilhoso! Porque dá uma sensação muito real de movimento. Eu achei lindo o sobrevoo no mar, na ilha... e foi engraçado também já nos primeiros segundos uns gritos, exclamações altas; teve um chorando de medo, consolado por alguém de referência da equipe (na verdade, um rapaz que fica em contato físico próximo com alguém durante todo o tempo!). Tudo muito intenso e rápido, adorável!! Quando saímos a monitora, jovem e simpática, disse que foi a sessão mais animada que ela já viu! “E olha que já vi várias vezes!”. Pensei logo: bem vinda, moça, a esse contato, com nosso grupo é emoção garantida! E tanto na fila para o filme, quanto na saída, à medida em que comentávamos, fui logo puxando - e sendo puxada por - assuntos e pessoas que fui conhecendo.

Depois subimos, vimos produções, referências de criação técnica, imersões culturais envolvidas em pesquisas prévias à criação dos filmes...eu observava meu grupo, a monitora,

a exposição, com igual interesse. Tirei fotos com eles e para alguns que me pediram, em diferentes momentos.

E sobre as famílias? Bem, ainda na entrada uma usuária me disse: “vi meu sobrinho ali, mas fiz de conta que não vi. Ele também”. Perguntei “ah é? Mas vocês não conversam?”, “Não, ele já fez muita maldade, matou meu pássaro...”, digo algo como “que pena, essas coisas deixam a gente chateada, né?”, mas ela logo concluiu “já passou, depois fui pra Holanda, ainda vou de novo”, saindo de perto. Pensei “ótimo!”... parece que ele estava com um grupo da escola dele. E conversei muito ainda com esta moça, bem extrovertida, ao longo do passeio.

Uma das mães que estava com a gente eu já conhecia. Foi acompanhando a filha, que faz tratamento no CERSAM, mais as outras duas filhas e o marido. O grupo todo curtindo muito o espaço, tirando fotos, tava engraçado, pareciam aproveitar muito! Depois, no final, conversamos mais e ela me disse que chegaram ao CERSAM há três meses. A filha está frequentando o Centro de Convivência e foi encaminhada a um emprego, “com carteira assinada!”, como ela mesma diz, na área da costura - ofício aprendido antes com a mãe. “Eu não queria que ela ficasse nessa área, mas...”, “ah, às vezes a gente herda um talento, tem que aproveitar!”. Falamos de outros assuntos também, a usuária falou da vontade de “estudar direito, na PUC”, quando comentei sobre meu vínculo de estudo atual. Falamos de outros familiares, dos encontros, da festa junina, temas que nos aproximam e que incluem essa convivência construída recentemente. Acho que ainda vou ter oportunidade de conversar com essa familiar pra ajudar a pensar na pesquisa, mesmo! Vamos ver como a coisa caminha.

Uma dupla que se mantinha unida durante o passeio era um rapaz bem alto, jovem, com uma postura corporal um pouco estranha, olhar tranquilo, de braço dado com uma senhora, que imagino que seja sua mãe - a qual estive em um dos grupos de familiares que acompanhei. (...) Mas esta dupla estava tranquila, um respeitando o ritmo do outro. Mais de uma vez ouvi o rapaz falando de assuntos técnicos, diversos, de modo calmo e bem articulado, se expressando muito bem verbalmente. Mais uma destas surpresas que nos lembram, a todo momento, dos preconceitos escondidos em nós, mas que sempre reaparecem... Na nossa primeira conversa, quando fui apresentada como trabalhadora e uma das pessoas de referência no grupo, para a monitora do Centro Cultural, ele logo me

perguntou onde eu trabalhava. Eu não queria ter sido identificada assim e tentei desviar a informação, rs, “não, não trabalho no CERSAM, trabalho em outro lugar...”, e ele “em outro CERSAM?”, e nos dois segundos seguintes, enquanto eu pensava no que dizer, pois não queria mentir, o grupo foi andando e o assunto interrompido. Meu desconforto, claro, era por essa demarcação de diferença, pois talvez só a minha presença física estava denunciando, de acordo com as convenções culturais dominantes, que eu não era usuária e tinha outro lugar ali naquele grupo. Por isso mantive comigo a ideia de me misturar bem, ao longo do passeio, tentando me diluir.

Ah, queria ainda te falar sobre o X, um usuário um pouco mais velho, sem dentes, com tremores nas mãos e sinais físicos mais evidentes de algum sofrimento mental mais grave (o que tem a ver com o histórico de tratamento social da loucura nas últimas décadas, claro!). Ele começou a conversar comigo na primeira fila; disse seu nome completo, perguntou o meu nome completo, me elogiou e perguntou se tinha namorado, com essa aproximação relativamente comum e interesse afetivo de quem provavelmente esteve segregado do direito do exercício da sua sexualidade durante toda uma vida. Fui contornando e conversando, sem nenhum problema, ao mesmo tempo em que o vi observar a irmã da usuária que falei acima, novinha, e para quem ele perguntava quem era, elogiava também... a menina ficou um pouco sem graça, mas estávamos juntos e não houve nenhuma situação mais constrangedora, ou seja, nada que impedisse nossa proximidade ali e o usufruto do passeio.

X conversou comigo também no momento do lanche, ao final da exposição, quando fomos para a Praça. Muito educado e prestativo com o grupo. Trocamos panfletos informativos, ele falou para eu ficar com o dele, pois não tinha ninguém para quem entregar. Tentei ficar perto dele por mais alguns momentos, enquanto seguia o grupo sem ter muita compreensão sobre como ele tinha organizado sua agenda do dia. Logo voltamos ao ponto de encontro, para esperar o ônibus, fui conversar com outras pessoas e perdi X de vista. Quando estavam quase saindo ainda entrei, perguntei por ele, o chamei em voz alta para despedir, mas nem sei se ele me ouviu. Eu queria revê-lo para dizer tchau, e o que fiz foi dizê-lo para o grupo... talvez mais um sinal em mim dessa carência mais ou menos compartilhada.

Fiquei pensativa depois, sozinha, sentada num banco da Praça e observando a luz e o céu, com o sol mais baixo e uma luminosidade bonita nas copas das árvores. Fiquei feliz com

essa possibilidade de convivência com a loucura, com o meu doutorado, ganhando certo alento para seguir com a pesquisa.

Mas bom mesmo seria te reencontrar para conversarmos sobre todas essas coisas que me deixam sensível e mais uma vez pensando em você! :)

Um abraço,

T.

Os usuários atendidos na rede assistencial muitas vezes convivem com familiares que têm diferentes crenças e organizações, constituindo territórios existenciais diversos entre si e diversos dos referenciados aos técnicos (ROMAGNOLI, 2006). Aquilo que é conhecido permite reproduções e repetições que compõem a realidade, mas são atravessadas também por forças de outras intensidades, capazes de produzir composições novas. Há tendências à homogeneização de elementos da subjetividade, que influenciam as relações e que fazem interface com outros elementos que permitem novas composições. Consideramos, nessa perspectiva, que a vida, em sua processualidade, é afetada por forças externas; tanto o já estabelecido quanto o que pode vir a ser compõem os territórios existenciais. Nesse sentido, é necessário compreendermos como os grupos familiares são afetados pelo surgimento do transtorno mental de um de seus membros e também pelas práticas terapêuticas propostas pelos serviços assistenciais, nas dinâmicas vividas em cada um deles.

3.1. Passado revisitado

Temos acesso a diversas fontes que contam a história do desenvolvimento da rede assistencial no SUS e da luta antimanicomial em Minas Gerais e em Belo Horizonte. Neste município, no final dos anos 1980 e começo dos anos 1990, a assistência era organizada em ambulatórios - que funcionam, sabidamente, como modelo centrado na medicina e na homogeneização do saber desta disciplina diante das demandas e necessidades da população. Brito (2008) afirma que, segundo interesses políticos desse período, os profissionais eram distribuídos de modo a manter a lógica manicomial, com práticas que mantinham vieses psicologizantes, aliados à “medicalização e psiquiatrização de questões sociais” (BRITO, 2008, p. 61). Nas conversas que tivemos com grupos de familiares pudemos ouvir sobre como

faziam antes de existirem os serviços territorializados. Aqueles que têm familiares em tratamento na rede há muito tempo (mais de dez, quinze anos, por exemplo) fazem relatos importantes a esse respeito.

T - à medida que eles vão trazendo as histórias a gente vê também que já teve muito ganho, sabe? Teve uma hora até, depois de muito tempo de conversa, que eu falei isso com eles - uma das filhas que tinha essa coisa de se cortar e não se corta mais, eu lembro até que eu pontuei alguma coisa assim, “ah, gente, pelo que cês tão falando, apesar de tudo, [Pa ri] - ninguém ficou curado, tem vários problemas de preconceito, dificuldade de circulação, mas tem coisas que melhoraram, né? Algumas situações de crise”... essa menina mesmo, eu lembro da mãe falando que ela não tem se cortado mais,

Pa - sim

T - pequenas coisas que se a gente parar pra ver pode ser considerado, mesmo, efeito positivo do tratamento... enfim. Mas é muito misturado, sabe, o quê que é pra família, o quê que é pro usuário, é muito engraçado, que às vezes você pergunta de um e a pessoa traz do outro. Mas eu achei uma conversa interessante...

(Entrevista coletiva com equipe no CERSAM)

A rede de saúde mental existente hoje no município de Belo Horizonte é marcada por inúmeros avanços referentes às conquistas obtidas com o movimento de reforma psiquiátrica, iniciado na década de 1970 em diferentes lugares do território nacional. Em Minas Gerais, ao longo dos anos, esse Movimento tem tido a participação de familiares e usuários, em consonância com as reivindicações dos técnicos e profissionais que atuam na área. Assim, a rede de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico adquiriu consistência, sendo o público prioritário de portadores de sofrimento mental grave inserido nos cuidados prestados. Os equipamentos de referência para o público adulto são os CERSAMs, as Unidades Básicas de Saúde (UBSs) - mais popularmente chamadas de Centros de Saúde (CS), Centros de

Convivência (CC), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) e moradias transitórias (como as Unidades de Acolhimento), Consultórios de Rua (CR), Serviço de Urgência Psiquiátrica (SUP), dispositivo para retaguarda noturna, além de outros serviços complementares adotados conforme as particularidades da gestão local. Destaca-se, desde 2002, com a implementação da política de Saúde da Família, a descentralização das equipes de atendimento para serviços de base territorial, especialmente nas UBSs, que são referência para a população residente próxima ao seu território e compõem a rede de atenção (BRITO, 2008).

O cuidado na rede de saúde mental implica em uma clínica com a influência das mudanças propostas por Basaglia (1985), notadamente no deslocamento de ênfase na doença para o sujeito que adoece. No modelo que pretende superar certa fragmentação entre a biologia, subjetividade e sociabilidade, objetiva-se criar projetos terapêuticos amplos e aposta-se na defesa do próprio sujeito para manter sua saúde geral; considerando que as ações de saúde são sempre práticas submetidas a determinantes sociais, políticos e econômicos (CAMPOS, 2002). Inspirados pelos movimentos sociais, os técnicos dos serviços instaurados a partir da reforma psiquiátrica partem do princípio de que o tratamento deve ser feito em liberdade, respeitando as vontades, críticas e direito de o usuário ficar ou não na instituição de tratamento, ou seja, com a perspectiva de se garantir seus direitos de cidadania. A rede de atenção à saúde mental é composta por recursos sociais, sanitários, culturais, de lazer, afetivos, religiosos e econômicos, demandando articulação permanente entre a saúde e outros setores, dada a complexidade das necessidades de inclusão para pessoas em situação de sofrimento mental (BRASIL, 2004). Mudamos, assim, do ponto de vista técnico, a forma de relacionar com o sofrimento mental. Para os trabalhadores deste campo vinculados à luta antimanicomial trata-se de construir uma prática ampliada, que leve em conta a reinserção social do usuário atendido, sendo necessárias intervenções comunitárias para que a sociedade também modifique seu modo de se relacionar com o que é considerado doença mental. A partir da tradição de influência basagliana, consideramos, portanto, a importância de contribuir para a transformação do lugar social da loucura (AMARANTE, 2007), tornando-nos ao mesmo tempo promotores de saúde e cidadania para os usuários.

Ao negar a instituição psiquiátrica e colocar a doença mental entre parênteses, a partir da década de 1960, na Itália, Basaglia (1985) passou a enfatizar a existência do sujeito adoecido, para além da patologia. Nessa perspectiva objetiva-se, conforme destacado,

contribuir para a maior contratualidade social do sujeito e suas possibilidades de trocas sociais. A família pode ser percebida, neste contexto, como suporte para as trocas, mas também como local onde se exerce a violência ou o poder.

Deste modo, a prática no campo da saúde mental implica também no acolhimento do grupo familiar, através do qual o portador de sofrimento mental se insere na sociedade. Em uma abordagem sobre a família ao longo da história da assistência em psiquiatria, Rosa (2011) destaca alterações em relação à distribuição de papéis, incluindo questões de gênero e formas de cuidado atribuídas a determinados membros da família. Para a autora, entre os séculos XVII e XVIII,

O saber alienista, que tinha um projeto para a sociedade mais ampla, vai penetrar nos meandros familiares e influenciar sua organização interna a partir da abordagem do louco. Nesse sentido, o alienismo implementa uma abordagem pedagógica com a família (ROSA, 2011, p. 50).

Neste período a família é tida como causadora do adoecimento mental, gerando condições para que a psiquiatria estabeleça intervenções pedagógicas em direção a esse grupo, associando-as a uma intenção moral e objetivando o bem e a saúde do sujeito adoecido. A família passa a incorporar o discurso do saber médico, passando a reproduzir condutas ligadas à educação, cuidado e prescrição de regras para seus membros, incluindo os portadores de sofrimento mental. A intenção de regular moralmente a família e a sociedade, por parte da psiquiatria, revela um problema ainda atual sobre o papel dessas famílias, já que “[...] a vigilância moral, a partir do quadro familiar, é justificada pela função socializadora do grupo” (ROSA, 2011, p. 52).

Diferentes metodologias de abordagem às famílias e terapias familiares foram desenvolvidas desde a década de 1950, inicialmente nos Estados Unidos, com diferentes adaptações práticas conforme o contexto e cultura analisados (ROSA, 2011). Em geral admite-se que o comportamento dos portadores de sofrimento mental sofre influência direta das relações estabelecidas entre seus familiares, variando a explicação sobre a causalidade dos sintomas e sobre as possibilidades de intervenção. Segundo a autora, o enfoque clínico tradicionalmente atribuído a essas intervenções tem sido ampliado, incorporando-se elementos teóricos diversos conforme seu desenvolvimento nos diferentes cenários de prática.

No Brasil, atualmente, com a rede construída durante o processo da reforma psiquiátrica, com frequência os serviços não têm estratégias para informação e participação dos familiares no tratamento de usuários em situação de sofrimento mental grave, ou ainda, não têm ações efetivas para a construção de autonomia desses grupos, conforme constatado por Delgado (2014). Se em períodos anteriores o isolamento social era a principal medida em relação aos sujeitos em situação de sofrimento mental, a família passa, então, a ser requisitada como parceira dos serviços, e um espaço possível de provimento de cuidados (BRASIL, 2013). Esta relação com a família faz parte do objetivo de reconstrução da cidadania de tais usuários. Produções levantadas como fontes bibliográficas corroboram a importância de se incluir tais grupos na rotina de atendimento dos serviços, através de ajuda mútua entre eles, compartilhamento de experiências e até mesmo fiscalização - pelas famílias e usuários - dos serviços oferecidos (DELGADO, 2014).

Nessa trama institucional e cotidiana para a sustentação da saúde mental, há pouco registro de intervenções rotineiras e concretas com esse público. Os técnicos sabem da influência dos familiares, mas têm dificuldade de abordar os mesmos e trabalhar junto com eles nas práticas terapêuticas ofertadas. Contudo, consideramos que

Atualmente, o que é postulado, sobretudo a partir da influência da experiência basagliana, é o protagonismo da família, como parceira na organização das propostas de cuidado social, planejadora e sujeito dos serviços de saúde mental, nas pesquisas, na formação e capacitação de recursos humanos e nos projetos de trabalho, co-autora nas decisões e nas ações (ROSA, 2011, p. 75).

As relações das famílias com os técnicos de referência de seus membros afetados por situações de sofrimento mental variam conforme a natureza das instituições de tratamento e dos processos de trabalho existentes. Rosa (2011) demonstrou como a perspectiva das famílias sobre esses sujeitos se dá na realidade estudada, como elas vão elaborando um conhecimento sobre o transtorno, como se relacionam com as intervenções dos profissionais, para então desenvolverem um cuidado cotidiano.

As famílias são mediadoras entre o indivíduo e a sociedade e referência de grupo e coletividade para cada um (a) de nós. As práticas de profissionais psicólogos (as), no entanto, têm se focado majoritariamente nos indivíduos, deixando os coletivos para um segundo plano; estes acabam sendo ignorados ou desvalorizados. De fato, na rede assistencial, o atendimento a grupos e familiares é menos conhecido e experimentado, e assim a família muitas vezes não

se constitui como objeto de intervenção e de propostas de mudanças nas relações com os (as) próprios (as) usuários (as) em tratamento. Todavia, elas são muitas vezes responsabilizadas pelas diversas manifestações e alterações de comportamentos e hábitos observados em tais sujeitos. Neste contexto, a partir de minha experiência profissional, pude observar, por um lado, técnicos frustrados por não conseguirem mudanças significativas na qualidade de vida dos usuários atendidos; e, por outro, usuários e familiares submetidos a discursos profissionais de saber. Estes grupos sofrem com os transtornos de seus membros e vêem-se sem condições de mudar positivamente a relação com os mesmos, o que caracteriza alguns dos impasses que emergem hoje no domínio da saúde mental.

Ocorre, ainda, certo descompasso entre a formação dos profissionais de nível superior - entre as categorias de enfermagem, psicologia, assistência social, terapia ocupacional, medicina - e as exigências práticas que o trabalho neste modelo têm demonstrado (SILVEIRA e VIANNA, 2010). Os diferentes determinantes de saúde, as condições econômicas e sociais dos usuários e de suas famílias, os processos de trabalho tradicionais, as características de gestões locais, são desafios para os profissionais formados segundo práticas curativistas e médico-centradas. Os objetivos de uma clínica ampliada condizentes com os ideais da reforma psiquiátrica sugerem práticas terapêuticas que contribuam para o aumento da autonomia dos usuários, acesso a direitos, sendo uma clínica ligada intrinsecamente à reabilitação psicossocial (CAMPOS, 2002).

Os autores priorizados como referencial teórico nesta cartografia têm em comum a problematização das tecnologias de poder que atuam em relações micropolíticas, sustentando a importância das relações e seu campo de efeitos. Tanto nos serviços de saúde quanto nas famílias acompanhadas há frequentes conflitos, com a ocorrência de encontros despotencializadores. Algumas análises sobre os efeitos desses conflitos, impasses e encontros no dia a dia dos técnicos dos serviços pesquisados envolvem a análise da relação entre saber e poder empreendida por Foucault (1999; 2003a). Em sua obra encontram-se contribuições para uma reflexão sobre a transformação operada nas práticas assistenciais, no que concerne aos efeitos do exercício do poder. Acrescentam-se a isso os riscos da força constitutiva do movimento de reforma psiquiátrica ser cooptada por mecanismos disciplinares das formas atuais de gestão da vida, conforme elucidado por Giacoia Junior (2009).

Seguindo as elaborações foucaultianas sobre a instauração do biopoder e seus efeitos na família burguesa, podemos considerar que “a família se torna consumidora de normas médicas, sanitárias e, cada vez mais, dos serviços dos técnicos de relação” (CARVALHO e MANSANO, 2017, p. 271). As demandas aos profissionais, feitas por familiares, a respeito de como lidar com os sujeitos em situação de sofrimento mental, coloca um problema à psicologia, enquanto disciplina, se queremos pautá-la em princípios éticos que respeitem os modos de vida singulares com os quais lidamos, a despeito da normatização pressuposta no contexto da criação deste campo de saber. Neste sentido, a organização da rede psicossocial e dos serviços substitutivos atuais reflete a intenção de práticas que, ao contrário da demanda de normatização, atuem na lógica da não vigilância e da promoção de saberes e condutas construídas em conjunto com usuários das redes, familiares e comunidades, como temos visto.

As categorias profissionais, a partir da homogeneização discursiva dos saberes psi (psicologia, psiquiatria, psicanálise), especializam-se em práticas de atendimentos individuais, esvaziando as influências sócio-políticas das subjetividades e do sofrimento psíquico. Isso demonstra uma normatização das práticas assistenciais e um risco de naturalização de vulnerabilidades sociais na população atendida, sem problematizar as condições de produção das mesmas. Mas podemos nos perguntar como esse poder normalizador influencia as condutas técnicas, a partir do uso das teorias que as orientam. Um risco que conduz, ainda, a uma submissão dos usuários e familiares ao discurso dos técnicos, em função também das forças que influenciam essas relações, mesmo que os sujeitos envolvidos não a percebam enquanto atuam e convivem. Familiares e usuários acabam tendo poucas condições para exercerem sua autonomia, o que dificulta o surgimento de posicionamentos novos diante dos problemas e de outros modos de convivência com a situação de sofrimento mental que se busca tratar. As subjetividades e os territórios existenciais se tornam, deste modo, cristalizados, constituindo um desafio para as práticas assistenciais, que passam a ser muitas vezes não resolutivas para as necessidades dos usuários.

Certamente, as subjetividades, tanto a de quem pesquisa quanto a que se pretende conhecer, são ligadas a situações coletivas e heterogêneas, e não há primazia de um determinado campo de forças sobre outro, que são, aliás, considerados em sua imanência. A esquizoanálise, proposta por Deleuze e Guattari (1995), nos permite pensar a dinâmica dessas

relações, ampliando referenciais teóricos binários e permitindo a análise de forças atuantes na realidade, buscando outras conexões. No entanto, ela, em si, não se propõe representar, analisar, mas sim traçar mapas e composições das linhas em determinadas situações.

Ao problematizar as relações entre usuários em situação de sofrimento mental e seus familiares através das concepções dos técnicos que os atendem, entendo-as como processos com composição heterogênea, nas quais existem não somente endurecimentos e reproduções, mas também um aglomerado de forças imanentes ao campo social. A realidade dos indivíduos é povoada por linhas duras, por modelos transcendentais que tentam representá-los e também por linhas de virtualidade, de acontecimentos que permitem “[...] a atualização do virtual, do que existe em potência e não em ato” (ROMAGNOLI, 2004, p. 2). Assim, existem possibilidades de ganhar consistência algo do nível molecular e não visível.

A exterioridade dessas forças coexistentes é analisada no que concerne aos usuários e familiares e aos próprios técnicos, numa transversalidade que caracteriza as relações entre os sujeitos, e também os momentos e situações nas quais aparecem as relações hierarquizadas e reprodutivas. Trata-se de investigar como os processos se agenciam nos grupos a serem delimitados e como não se agenciam. Destaco, ainda, que a interação das forças imanentes em uma determinada relação pode tanto oprimir quanto inventar aspectos dos processos de subjetivação, sendo necessária uma leitura processual sobre essa interação, considerando sua dinâmica e seus movimentos próprios.

Em ressonância com a perspectiva de Guattari (1992), busco deslocar da psicologia certos paradigmas cientificistas para paradigmas ético-estéticos, considerando assim as noções e conceitos da psicanálise enquanto um modelo teórico (entre outros) que influencia a constituição dos dispositivos técnicos e institucionais na rede de saúde mental. Minha aposta é de que os impasses vividos neste campo “exigem, sem dúvida, uma modelização mais voltada para o futuro e a emergência de novas práticas sociais e estéticas em todos os domínios [...], indo no sentido de uma co-gestão da produção de subjetividade, renunciando às atitudes de autoridade, de sugestão” (GUATTARI, 1992, p. 23). Considero a subjetividade como produzida nas relações, não como algo dado, pronto, sendo por isso mesmo passível de ser afetada nos diferentes encontros. Como se relacionam técnicos, familiares, loucos, pesquisadora? São desassossegos que nos acompanham em nosso percurso cartográfico.

Certas linhas duras são tecidas nessas relações compondo o plano de organização do cuidado em saúde mental, instituído que circula e nos endurece, nos coloca para reproduzir, nos afastando e afastando os usuários e familiares de sua potência. Diante do modo como são operacionalizadas as políticas públicas de saúde, seus agentes muitas vezes propõem certa normatização de conduta a partir do que consideram como esperado sobre o modo de viver dos grupos populacionais. Nesse sentido, alguns princípios da racionalidade do Estado e os fatores de sua potência são abordados por Foucault (2003b) ao abordar a constituição de um saber a ser utilizado como tática de governamentalidade, o que nos leva a considerar que governar e gerir populações significa também determinar condutas.

No que concerne à família, o autor aponta um deslocamento histórico das práticas de governo: “ao permitir quantificar os fenômenos próprios à população faz aparecer sua especificidade irreduzível ao pequeno quadro da família”; esta passa a ser “instrumento privilegiado para o governo das populações” (FOUCAULT, 2003b, p. 299). A população passa a ser tomada, portanto, como finalidade e ao mesmo tempo instrumento do governo, de onde passarão a existir táticas e técnicas novas. Para o autor, ao longo do século XVIII, a família passa a um segundo plano em relação à população, passando a ser um elemento dessa. “De modelo, a família vai se tornar instrumento, instrumento privilegiado para o governo das populações, e não modelo quimérico para o bom governo” (FOUCAULT, 2003b, p. 299). São as táticas de governo que definem o que deve ou não ser referido ao Estado, o que é público e privado, dentre outros aspectos relacionados às relações de poder. Temos visto também, como alguns autores se utilizam dessas noções do pensamento foucaultiano para abordar mecanismos de controle da família e dos chamados loucos em relação às normas sociais (COSTA, 1999).

Acompanhando o raciocínio desenvolvido por Amarante (2010), podemos aproximar as concepções de poder defendidas por Michel Foucault e Franco Basaglia: sobre as práticas assistenciais hospitalares, ambos observaram que a instituição psiquiátrica confinava prioritariamente determinada classe social, com baixo *status* econômico - pessoas excluídas de políticas sociais diversas, com pouco acesso a educação, mercado formal de trabalho, moradia, entre outras. Além disso, destacaram que fazia parte da instituição uma atribuição de poder de seus técnicos, legitimado pela e na sociedade. Se não há certeza sobre a causalidade das doenças mentais, tampouco deve-se ter certeza sobre as práticas desenvolvidas no intuito

de curá-las ou controlá-las. Para a atuação técnica e para a formação profissional, na perspectiva foucaultiana, tratar-se-ia de “injetar hesitação” (AMARANTE, 2010, p. 103) nos técnicos e operadores sociais que lidam com a loucura, proporcionando uma reflexão e autocrítica sobre seu próprio fazer, ou ainda diminuir condições para práticas capturadas em um modelo reducionista do problema social que se apresenta ligado aos modos de vida dos usuários atendidos. São com estas indicações que percorremos linhas para análise de tais relações, considerando, portanto, que

[...] há igualmente todo um método, toda uma série de procedimentos pelos quais se exercem o poder do pai sobre seus filhos, toda uma série de procedimentos pelos quais, em uma família, vemos se enlaçarem relações de poder, dos pais sobre os filhos, mas também dos filhos sobre os pais, do homem sobre a mulher, e também da mulher sobre o homem, sobre os filhos. Tudo isso tem seus métodos, sua tecnologia próprios (FOUCAULT, 2003a, p. 232).

O autor nos auxiliar a pensar nessa micropolítica das relações, dentre as múltiplas dimensões que atravessam os contatos com a loucura, assim como em situações extremas de poder e uso de força para imposições violentas. Ressalto, no entanto, que onde há enfrentamento há possibilidade de reversão de usos de força: “não há relações de poder que sejam completamente triunfantes e cuja dominação seja incontornável” (FOUCAULT, 2003a, p. 232).

Deleuze (1992), por sua vez, ao analisar o percurso de Foucault sobre as sociedades disciplinares e formular a transição para as chamadas sociedades de controle, menciona a família como uma das instituições de confinamento em crise na contemporaneidade, além das fábricas, escolas, prisões, hospitais, destacando uma processualidade nos posicionamentos subjetivos:

As sociedades disciplinares têm dois pólos: a assinatura que indica o indivíduo, e o número de matrícula que indica sua posição numa massa. É que as disciplinas nunca viram incompatibilidade entre os dois, e é ao mesmo tempo que o poder é massificante e individuante, isto é, constitui num corpo único aqueles sobre os quais se exerce, e molda a individualidade de cada membro do corpo (DELEUZE, 1992, p. 223).

Uma das interferências que nos convocam relaciona-se às ofertas de tratamento na rede de saúde mental, já que nem sempre os serviços oferecem grupos para familiares ou se questionam sobre suas tentativas de vinculação ao tratamento dos usuários. Ao realizarmos uma análise dessa oferta, podemos relacioná-la às questões expostas por Baremlitt (2002)

como possíveis aplicações do institucionalismo a esse campo de intervenção, pois nas relações estabelecidas em uma determinada instituição existe um jogo de forças e relações de poder que podem ser mais ou menos explícitas, nas quais aspectos da vida econômica, política, biológica, social, subjetiva são imanentes e se articulam sempre nas organizações sociais. Nessa vertente, o poder é entendido como a imposição da

[...] vontade de um segmento social sobre os outros ou sobre a sociedade em seu conjunto. Michel Foucault insistiu na ideia de que o poder não se possui ou se detém, mas que se exercita, e não apenas em um sentido restritivo (de coação ou proibição) mas também em um sentido positivo de orientação: o poder incita, provoca, convoca, ativa (BAREMBLITT, 2002, p. 163).

Embora sejam evidentes as contribuições da análise institucional de René Lourau em diversas experiências articuladas entre o campo da saúde mental e da saúde coletiva, tal como demonstrado por L'Abbate *et al.* (2013), optamos por não aprofundar nessa vertente, nesta pesquisa cartográfica, cientes, porém, das proximidades metodológicas e conceituais que ela possa ter com a esquizoanálise deleuze-guattariana. De todo modo é uma abordagem que nos inspira para nosso modo de produção de dados e análise dos mesmos.

Aspectos específicos como a sobrecarga dos familiares e dificuldades de convivência entre os membros são abordados por diversos autores, (BORBA, *et al.*, 2008; COLVERO *et al.*, 2004; PEGORARO e CALDANA, 2008; PEREIRA, 2003). Outros autores que se utilizam da esquizoanálise e abordam as relações de poder são contemplados, para reflexão sobre as práticas existentes e os consequentes processos de subjetivação gerados por elas. Partindo de uma preocupação com o campo pesquisado, tais referenciais teóricos são convocados para lançar luz a desafios cotidianos. Tento evitar, desta forma, fazer a prática se adaptar a uma teoria, ou realizar uma cisão entre teoria e prática, utilizando, ao contrário, um referencial para fornecer conclusões temporárias a respeito do tema investigado.

As publicações sobre o tema, bem como minha experiência profissional e o percurso da pesquisa, permitem identificar

o quanto é difícil pensar e agir em um contexto de práticas desterritorializadas. O risco de medicalização e normalização é permanente. [...] Se se quer transformar o poder psiquiátrico em sua função de controle social, é a própria relação com a comunidade que tem de ser questionada em seus objetivos e modos de realização (PASSOS, 2009, p. 114).

o que me leva a pensar na importância de questionarmos nossas identidades, a partir das instituições que representamos, nas relações com as famílias e demais grupos sociais com os

quais abordamos as situações de sofrimento mental. Essa questão se relaciona ao modo como compreendemos os processos de subjetivação e como eles são produzidos, constituindo-se como uma aposta de melhoria nos vínculos que se querem terapêuticos e que tentamos estabelecer nas nossas atuações em rede - sem desconsiderar a dimensão processual de algo que se faz e refaz incessantemente.

Trabalhar com famílias ainda é um desafio para a política de saúde mental, embora esteja previsto, desde a Lei 10216 - referência para a reforma psiquiátrica brasileira - que define como responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, além da assistência e promoção de ações de saúde aos usuários, com a devida participação da sociedade e da família (BRASIL, 2001). Abordamos anteriormente o histórico da função atribuída às famílias nas modalidades de cuidado, considerando a mudança do paradigma assistencial no nosso contexto. Neste percurso, Delgado (2011) destaca o temor dos grupos familiares em relação à superação do paradigma hospitalocêntrico, o que significaria para eles um desamparo do ponto de vista assistencial. Acompanhando diversas experiências de organização desses grupos, como associações e reuniões em cenários de pesquisa, o autor afirma que somente com o desenvolvimento de uma rede de serviços comunitários, após a aprovação da referida Lei, as famílias passaram a ocupar posições de maior abertura aos serviços, estando presentes e podendo assim estabelecer parcerias nos tratamentos, embora mantendo ambivalências (DELGADO, 2011).

Assim, a família é retomada não como cúmplice, mas como parceira; não como agente etiológico, mas como uma rede de relações, um suporte para o indivíduo enfrentar condições de adversidade em sua vida. A família é uma extensão dos laços afetivos, possui seu próprio sistema de crenças, costumes, experiências e vínculos sociais, assim como um modo peculiar de organização na sociedade. Portanto, a família vai além do elo de parentesco para ser elevada à condição de aliada na luta contra o sofrimento imposto pelo transtorno mental (PINHO, HERNÁNDEZ e KANTORSKI, 2010, p. 104).

Outros autores corroboram esse desafio da adesão da família aos princípios compatíveis com a reabilitação psicossocial, dada a necessidade de uma implicação direta da mudança paradigmática e por consequência a necessidade de co-responsabilização pelo cuidado. Diferentemente de quando a oferta dominante eram as longas internações nas instituições psiquiátricas, os vínculos e parcerias com as famílias são estabelecido em tese, a partir da perspectiva de atenção territorial. Mas um desafio são os modos de considerar suas

práticas, seus modos de cuidado, seus saberes. Ocorre, por vezes, por parte dos agentes que representam o Estado, que os familiares sejam tratados como “meros consumidores de prescrições calcadas no modelo biomédico e coadjuvantes dos mais diversos especialistas” (DIMENSTEIN *et al*, 2010, p. 1214).

Além do princípio de substituição dos aparatos manicomiais por uma rede de serviços substitutivos, o projeto de saúde mental de Belo Horizonte busca interlocução permanente com os movimentos sociais antimanicomiais, na aposta por contribuições desses atores para a gestão municipal (LOBOSQUE e ABOU-YD, 1998; FRANCO, 2002). As intervenções em rede pressupõem articulação com outros campos de organização e políticas públicas, com objetivo de inserção da manifestação da loucura e dos sujeitos assim identificados, de modo amplo na sociedade. A atuação é orientada por uma prática clínica e política que trata a dimensão da subjetividade como processo vinculado ao resgate de cidadania das pessoas em situação de sofrimento.

Almeida (2018) apresenta o percurso de construção da rede do Município de modo detalhado, registrando múltiplas iniciativas e articulações entre os trabalhadores, militantes e outros atores, entidades e instituições. Vários eventos e espaços formais e informais de discussão são retomados pela autora, em uma contribuição importante para a memória das ações desenvolvidas desde 1993, momento de começo de gestão municipal decisivo para início das construções da política. “É imprescindível dar destaque e o lugar de devido valor às ações produzidas nos campos da cultura, arte, formação, política, esporte, lazer em Belo Horizonte” (ALMEIDA, 2018, p. 76). Em seu registro ela relata trocas de experiências e de afetos que testemunham a potência das articulações coletivas para o fortalecimento das lutas em curso: aí se incluem tanto os festivais, eventos diversos, mostras de arte, seminários, manifestações, entre outros, que foram realizados por iniciativas locais - articulação de trabalhadores e serviços específicos - ou de modo ampliado, em articulação com os movimentos sociais e apoio, eventualmente, por conselhos e gestores municipais e do Estado de Minas Gerais. As influências entre o desenvolvimento da luta antimanicomial em Minas e em Belo Horizonte são também articuladas pela autora, em relação ao cenário nacional, testemunhando a complexidade do processo de desinstitucionalização da loucura que ainda vivemos.

A série de reportagens realizadas ao final dos anos 1970 por Hiram Firmino, publicada no livro *Nos Porões da Loucura* (FIRMINO, 2014), constitui um importante marco histórico na luta por uma assistência em saúde mental que inclua os direitos de cidadania dos então considerados "pacientes" e "internos" dos hospitais psiquiátricos tradicionais. Por denunciar as condições em que viviam, esta série contribuiu para a organização do movimento em defesa de um tratamento não degradante, desumano e que não passasse por práticas de tortura, tampouco castigos. A emblemática história do Hospital Colônia de Barbacena, em Minas Gerais, se assemelha a outras instituições brasileiras, e indica a convivência de uma sociedade com esta forma de exclusão operada pelo modelo centrado no poder médico e coercitivo em relação à loucura. Vejamos o relato de um dos "internos" sobre sua condição, no qual menciona relações com seus familiares e diz ser ato de covardia ele estar na instituição, pelo que pede para ser retirado da mesma:

A CARTA DE UM LOUCO QUE DESEJA PAZ¹⁹

Tenho 10 irmãos, sete homens e três mulheres. O último irmão, Ronaldo José da Silva, de 33 anos, morreu no ano passado debaixo de um trator em Ouro Branco. Sou casado com uma garota de São Paulo. Namoramos pouco tempo, gostava dela, mas não amor. Depois ficamos conhecendo melhor, não pude mais evitar, não quis fugir, porque não sou covarde. Não deu certo, nossos gênios não combinavam. Ela muito nova, não sabia o que queria, nem mesmo se me amava.

Eu sempre fui triste, calado, gostava mais de falar com pensamentos (obs.: gosto de de roupa toda preta, ou toda branca, ou toda marrom. Gosto de todo esporte. Gostaria de praticar natação, sou bom goleiro, já fui amador no Vila do Carmo, no Olímpic, no América. Pratico halterofilismo, gostaria de ser repórter. Não perco o Jornal das Sete, Jornal Nacional e o Globo Repórter).

Sou católico, mas sempre vou à igreja quando está vazia. Sou pintor de letras. Adoro crianças, sou almoxarife de ferramentas, gosto muito de conversar com pessoas idosas e com alguém mais entendido do que eu. Alguém que possa me ajudar, me dar a mão e me tirar daqui. Porque sempre ajudei ao próximo, nunca neguei o que sou. Gosto de fazendas, de plantar, toco gaita. A primeira música que aprendi foi 'O Silêncio'. Todo valsas, boleros e tangos.

Já fui preso cinco vezes por causa de bebida. Já fui jogado aqui no Hospital Colônia cinco vezes. Estou cansado de sofrer, eu quero sair daqui. Me ajudem, pra mim chega! Vocês precisam me ajudar o mais depressa possível. Não é possível levar uma vida assim. NAO SOU DOIDO, NAO SOU DOIDO, NAO ROUBEI, NAO MATEI, vivo pecando porque bebo. Não mereço ficar aqui.

Sou HOMEM porque não sou VALENTE, sou corajoso porque enfrento um lugar desses, como vocês viram, onde matam sem saber que mataram, porque são uns pobres coitados, doentes mentais. Doenças de todo tipo. E tem doidos. MAS TODO O HOMEM que não dar valor à vida, ao próximo e a si mesmo, orgulhoso, que gosta só de comer bem, quando não pode, DEVE E PRECISA PASSAR POR AQUI. Assim se aprende a dar valor ao próximo e a si mesmo. Eu nunca e jamais serei assim.

¹⁹ "Escrita por João Batista da Silva, 28 anos, em 30 de agosto de 1979" (FIRMINO, 2014).

Gosto de saber como quando eu era criança. Gostaria de voltar à infância, quando meu pai tinha abandonado a família por causa de outra e foi para Belo Horizonte. Eu tinha sete anos. Comecei a trabalhar de engraxate, trabalhei em armazém, mercadinho, oficinas de fábricas de máquinas agrícolas, de portas de ferro e de basculantes, ganhando nem meio salário para ajudar em casa.

Pai, você, foi meu herói, meu bandido. Hoje mais, muito mais que um amigo. Adoro meus PAIS.

[...] Meus caros amigos. Neste momento, estou sentindo as LAGRIMAS descerem. Sabem por quê? Porque sou humano, tenho coração, estou machucado de tanto sofrimento, de dores, de vontade de viver lá fora, de trabalhar, de andar pelas florestas, pelos campos, de praticar esportes, de viver, correr como uma criança, de viver, de conhecer gente nova, de ouvir música, de estudar, de VENCER e principalmente de SER EU.

Se conversarem com minha família, eles dizem que não presto, que sou vagabundo, que não trabalho, isso tudo porque são todos remediados. Eles não vêm me visitar, nem querem ver a minha cara. A única que me preza é minha mãe, mas ela ficava chateada comigo, porque eu bebia. Mas não há de ser nada. Deus olha para baixo, hei de vencer e dar um mar de rosas para minha mãe, porque mãe é sempre mãe. E também pagar o mal que meus irmãos estão fazendo com o bem.

Mais uma vez, eu vos peço, ajudem-me, tirem-me daqui, porque minha família não quer mais me tirar. Porque é covardia, é desumano só de sonhar em me colocar aqui. Gostaria de encontrar uma garota que me desse valor, que me amasse simplesmente ou uma mulher honesta, porque meu sonho é ter minha casinha branca com um velho piano e solar 'O Silêncio' e outras, e um belo filho.

AMIGO HIRAM! Já passei fome, já senti sede, já dormi no meio das pedras, no meio do mato, junto com minha mãe e meus irmãos, quando criança. Mas isto não é simplesmente nada, porque a vida é assim mesmo, é cheia de trancos e barrancos.

Espero que esta leal e despretensiosa carta seja bem acolhida por vocês, porque eu preciso de gente como vocês. Eu preciso! Amigos seus são meus amigos. Olhe, tenho muito mais para contar a vocês. Aqui passo a colocar um ponto final, desejando-lhes boa sorte e saúde para que possa enfrentar o dia a dia. Do seu amigo, João Batista da Silva.

PAZ (FIRMINO, 2014, pp. 95 - 98).

São essas histórias que reavivam os marcos legais e práticos da reforma psiquiátrica brasileira e a garantia dos direitos dos usuários da rede de saúde mental, dentre os quais destacamos o acesso a tratamento no sistema de saúde condizente com suas necessidades, com “interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando a alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade” (BRASIL, 2001). Tais marcos regulatórios, baseados no respeito aos direitos humanos e na organização democrática do Estado brasileiro e das políticas públicas, deveriam ser objeto de reflexão da sociedade civil e das instâncias federativas (CFP, 2019), especialmente dado o caráter civilizatório de uma política como o SUS e as responsabilidades previstas na Constituição Federal a respeito do direito à saúde para todos os cidadãos e cidadãs. Sobreviventes aos manicômios representam “as funções políticas de que os agenciamentos memorialísticos se revelam portadores” (DIDI-HUBERMAN, 2014, p. 62).

Quanto ao hospital psiquiátrico de Barbacena e sua história ao longo do século XX, Marzano (2008) retoma os dados sobre as vidas perdidas nessa instituição e sobre a organização atual do Município para o turismo voltado para a reorganização do hospital, para a inauguração do Museu da Loucura e eventos associados. A autora relembra que no período da ditadura militar no Brasil (1964-1985) a imprensa deixou de publicar sobre acontecimentos ocorridos dentro do manicômio. “Foram precisos mais vinte anos e muita mortes” (MARZANO, 2008, p. 52) para que os fatos voltassem a ser publicizados. A luta contra a ditadura e o movimento organizado que veio a se denominar de antimanicomial refletem construções coletivas associadas a mudanças também subjetivas. Vários acontecimentos contribuíram para tanto.

[...] aquilo que antes era vivido como inevitável aparece subitamente como intolerável, e o que antes sequer era imaginável torna-se pensável, desejável. Trata-se de uma redistribuição dos afetos que redesenha a fronteira entre o que se deseja e o que não se tolera mais (PELBART, 2014, p. 260).

Atualmente apostamos em outras estratégias de sensibilização da opinião pública, para além de reportagens dos meios de comunicação dominantes, com vistas à superação do modelo manicomial e por outra forma social de lidar com a loucura. Trata-se de reconstruirmos memórias e identidades locais a partir do processo de reforma psiquiátrica e com a participação dos grupos de usuários, familiares e demais segmentos da sociedade civil, em uma responsabilidade compartilhada para com a nossa história. Seria o caso de retomarmos, juntamente com os familiares e usuários que acompanhamos, associando as violências da internação e exclusão por mecanismos do Estado aos termos que hoje podemos denominar de racismo, machismo, homofobia e ódio à diferença, como bem colocado por Matos-de-Souza e Medrado (2021), ao explorarem essas nossas características sociais estruturais.

3.2. “A gente venceu o medo de soltar a pessoa”²⁰

As famílias são parte importante na reinserção dos loucos. Muitas delas reconhecem a importância da desinstitucionalização. A partir da lógica que constitui o paradigma

²⁰ Fala do irmão de um usuário frequentador do Centro de Convivência, em entrevista coletiva.

psicossocial, a família é vista como espaço coletivo que auxilia na sobrevivência e proteção de seus membros; os serviços passam a se responsabilizar por “ofertar cuidados a todos aqueles que compõem o núcleo familiar” (AZEVEDO E MIRANDA, 2011, p. 340), apesar das diferenças dessa composição e no seu modo de funcionamento. Das conversas com os familiares participantes desta pesquisa pudemos observar a avaliação positiva que eles fazem em função do aumento de serviços disponíveis para tratamento: seja para acolhimento a situações de crise, seja para acompanhamento mais longitudinal. Indicam redução da frequência ou da gravidade de tais crises, salientando ainda impactos positivos que representam melhoria de vida e da harmonia familiar, tal como atestam também Azevedo e Miranda (2011). Os familiares testemunham os ganhos com a descentralização e regionalização dos serviços de saúde mental, dentre os quais a ocorrência de uma melhor integração da rede para ações de base comunitária (MACEDO *et al*, 2017), inclusive no município de Belo Horizonte. Embora façam queixas frequentes sobre a forma de atendimento que recebem na atenção primária - e este é um aspecto do qual voltaremos a tratar - são pessoas que conhecem a rede e participam também de atividades da rotina dos serviços, tanto do CERSAM como do Centro de Convivência.

C - Freqüente aqui há 10 anos. Muita coisa já mudou. (...) Todo mundo aqui me conhece... era outras pessoas, e mudou; o tratamento melhorou bastante, que não era desse jeito. Tratava a gente igual cachorro. Cê não podia perguntar nada. Eu não tinha informação de nada, nem sabia o que era doido. Comecei a perguntar, conversar, aí fui entender o que era a doença da minha irmã. Porque a minha irmã vinha e internava, ficava amarrada, ia pro Galba Veloso²¹ pra Pínel, pra tudo quanto é canto. E você não entendia o que era aquilo. (...) Você vai conversando com um, vai tendo informação, vai entendendo o que é a doença mental. Era muito difícil. Agora as coisas melhorou bastante. (...) Agora, antes, eu não conhecia esse lugar aqui. Não conhecia o CERSAM. Por isso que a J. ia pro Raul Soares... a gente comia naquele refeitório... [pergunta se os outros

²¹ Hospital Galba Veloso (HGV), hospital psiquiátrico público gerenciado pela FHEMIG - Fundação Hospitalar de Minas Gerais - localizado em Belo Horizonte e referência para todo o Estado, assim como o Instituto Raul Soares. Pínel era uma clínica privada no município. Os leitos psiquiátricos do HGV foram fechados no segundo semestre de 2020.

conhecem, compara Raul e Galba... Diz como ia conversando com diretor, outras pessoas] aí você vai vendo como é hospital psiquiátrico. Eu sei como é, eu frequentei o lugar (Diário de bordo, entrevista coletiva com familiares no CERSAM).

Em uma outra conversa, outro grupo familiar discorreu também sobre a mudança na oferta de serviços assistenciais:

T - só pra eu entender uma coisa, gente, o quê que tava acontecendo em casa, na família, nessa época, que cês chegaram a pensar em deixar ele nessa instituição...

Gê - na tentativa de conseguir alguma coisa que fizesse ele evoluir

Ch - é

Gê - era uma busca de tratamento

T - busca de tratamento... porque é uma coisa que a gente pesquisa, também. Não foi do nada que apareceu a rede, o CERSAM, tudo isso, tem toda uma construção histórica, também, né

Ch - sim

T - ele não tinha, em casa... nessa época ele tava novo?

Gê - por exemplo,

Ch - ele tinha 7, 8 anos

Gê - naquela época, nós tínhamos a clínica Pinel na Pampulha. Nunca

Ch - jamais passou pela cabeça

Gê - deixar o P ali

T - ele chegou a ter aquelas alteração de comportamento em casa, ou ficar agitado,

Gê - era mais crise epiléptica que ele tinha

T - ah, tá

Gê - quando ele ficava sem o medicamento

[falam os nomes dos medicamentos, se complementam]

T - que é neurológico, na verdade, não é nem tanto psiquiátrico, nesse caso

Ch - neurológico. O P, ele é fantástico! Ele tem esse problema, esse problema mental, mas ele... jamais envolveu com droga...

Gê - sempre envolveu com droga, mas droga legalizada!

T - é, os remédios!

[risos]

Fragmentos das conversas que demonstram o tom geral dos encontros, nos quais falamos sobre muitos outros assuntos, para além da forma de participação dos familiares nos tratamentos e na política de saúde mental: as manifestações macropolíticas e as eleições, nas possíveis incidências sobre a política pública de saúde; participação dos usuários inseridos em grupos artísticos e modos de divulgação deste trabalho na imprensa; desenvolvimento urbano da comunidade onde a família vive, perto da localização atual do serviço... Fragmentos de memórias embalados por músicas de fundo, em uma festa de comemoração dos aniversariantes do mês, com a participação de muitos usuários e mais alguns familiares. Linhas afetivas que percorremos, em suas oscilações, encontrando resistências e também possibilidades de aberturas para saída dos impasses, nas trocas de experiência e análises coletivas sobre mudanças nos cenários e nas pessoas envolvidas na história dos sujeitos.

Entre os serviços substitutivos para o cuidado à saúde mental temos o CERSAM e o Centro de Convivência. Os primeiro são locais de tratamento intensivo ou semi-intensivo (MINAS GERAIS, 2006). São estratégicos por acolher pessoas em situações de crise e por funcionarem, como no caso de Belo Horizonte, diariamente. A atenção em regime de 24h é complementada pelo Serviço de Urgência Psiquiátrica (SUP) e demais serviços articulados em rede, como elucidado por Souza (2010). Os centros de convivência, por sua vez, não constituem local de tratamento médico e psicológico, mas compõem a rede de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico oferecendo oficinas e outras atividades, como festas, assembleias, passeios, circulação pela cidade: “sempre com a finalidade de propiciar

produções, convívios, encontros, trocas” (MINAS GERAIS, 2006, p. 74). Neles, sendo a arte um elemento orientador das ações - tendo em vista que as equipes são compostas por artistas, artesãos e oficinairos (as) - as produções e convívio adquirem potencial de inserção na cultura de outro modo.

Além dos efeitos subjetivos que histórias singulares nos apresentam, projetos ampliados de vida podem ser fomentados nesses locais e saírem de seus domínios, se reconfigurando em outros espaços e políticas para além da rede de saúde. As demandas para obtenção de renda própria e (re)inserção no mercado de trabalho, tão recorrentes, sinalizam a criação de organizações de outras relações entre usuários (as) e segmentos sociais, pelas quais podem criar vínculos para além da condição de sofrimento psíquico. A rede de atenção de organiza a partir de um conceito ampliado de saúde e, nesse sentido, ações de promoção de fortalecimento de redes sociais são um alvo e ao mesmo tempo uma estratégia, sendo trabalhadas em processualidades. Esta característica de um serviço multifacetado, atribuída especialmente aos centros de convivência, é também destacada por Ferigato, Carvalho e Teixeira (2016), ao identificarem indicadores de produção de cidadania tanto de sujeitos individuais quanto coletivos.

No campo vi diferenças entre os processos realizados no grupo de familiares do CERSAM Fanon e do Centro de Convivência David Capistrano. Especialmente em relação à participação dos familiares, no segundo: um grupo de mais de 20 pessoas, em média, com posturas pró-ativas, fluidas e emotivas. Embora aconteça a cada dois meses, na rotina deste serviço, os (as) participantes são muitos (as), e a impressão que tive é que o grupo se desfaz por conta do horário - não porque os temas abordados se esgotem.

Fê - eu acho que essa pergunta é até difícil da gente fazer um resumo! Tem familiar, aqui, igual a L, chega, ainda faz... participa tanto do cotidiano do CC que ela faz, chega a produzir uma festa de aniversariantes aqui, com a gente

T - hum hum

Fê - tem pai que a gente nunca viu, né?

N - é

Fê - familiar que a gente nunca ouviu, que ainda escuta usuário reclamar horrores! É difícil responder essa pergunta, assim, de uma forma geral, né não?

T - é, exatamente! Porque são muitos familiares diferentes

Fê - é! Cada um tem um perfil diferente, uma relação diferente aqui

Ka - tem uma posição, que inclusive me incomoda, que eu acho que é um pouco... algo generalizado, que é uma certa posição de um agradecimento.

S - é

Ka - dos familiares, mesmo dos usuários, a gente vê muito isso. Eu entendo, até concordo

T - ahã

Ka - são agradecidos, mas eu acho que isso, cê perde o recorte da pessoa - desse familiar e desse usuário - ter a noção de que é um direito dele.

[outros concordam]

S - estrutura mais política, da coisa, né?

Ka - né? Igual ontem, a gente tava... de entender que isso é um direito e que inclusive ele tem que reivindicar, tem que participar, cobrar, tem que exigir.

S - é

Ka - nós estamos aqui, nós trabalhamos em função, na política, para...

MC - garantia de direitos

Ka - para que isso aconteça

T - é

Ka - e às vezes eu acho que os familiares se sentem muito nesse lugar, ainda

S - é

Ka - os usuários também

S - com certeza

Ka - porque a gente ainda não conseguiu dar esse salto político. Não sei se ocês percebem...

No CERSAM existe o projeto família, que inclui reuniões programadas e agendadas semanalmente no serviço, com temas e divisões distintas; ocorrem visitas domiciliares regulares; passeios e eventos com participação conjunta de familiares e usuários. Os temas, conteúdos e organização da frequência varia conforme as condições do território, as demandas dos familiares já incluídos na rotina do serviço, além de outras articulações na rede.

Pa - Acho que ele começou de uma forma, foi se delineando...

Na - ganhando outros...

Pa - outros rumos, e agora ele tá com um formato mais bem definido. Mas apesar dele tá com um formato mais bem definido, nem todo mundo conhece. Aqui

mesmo, no CERSAM. Alguns profissionais ainda meio na dúvida do funcionamento, da organização, de como é que é, como é que faz. Então acho que ainda, mesmo tendo todo esse tempo de percurso, ainda falta uma apropriação, mesmo, de alguns profissionais,

Sendo, assim, um projeto em estado de avaliação e repactuação sobre seu funcionamento, conforme designado por uma das participantes da pesquisa. As técnicas responsáveis deixam separadas nas agendas horários semanais para o projeto e a cada semana ocorre uma atividade diferente. No grupo que se reúne no serviço, com frequência que costuma ser mensal ou quinzenal, dependendo da programação, os (as) familiares que têm participado são os (as) mesmos (as), em torno de 5 pessoas. A participação entre eles varia, sendo uma pessoa identificada como referência - alguém que parece ter maior disponibilidade para propor certos temas e organizar eventos e atividades. Há quem se expressa mais, falando nas reuniões e expondo suas opiniões, e há quem tende a acompanhar de modo mais calado.

O chamado grupo permanente de familiares do CERSAM tem se composto por uma média de 5 - 6 pessoas, que incluem pai, mães e irmã: uma espécie de núcleo ativo, que ajuda na realização e organização de eventos, comparecendo às reuniões frequentes, mas também das outras atividades propostas - como visitas domiciliares e reuniões. Para a entrevista com familiares, compareceram os (as) mesmos (as) com quem eu já estava convivendo nos últimos encontros, além de uma outra mãe que foi pelo meu chamado, a única que eu não conhecia.

No começo sugeri que me contassem como era o atendimento de seus familiares. Mais uma surpresa! Não falaram diretamente sobre isso, mas como vivem na condição de acompanhantes. Uma irmã quase monopolizou a conversa, e tive que concentrar para ver um modo de interrompê-la, sem ser rude e respeitando suas colocações, mas fazendo também a palavra circular para os demais. Porque ela acompanha o serviço há mais de dez anos, fala de mudanças curiosas neste tempo - no serviço, no grupo de familiares, na situação da irmã, na estruturação da rede psiquiátrica na cidade - mas também fala de questões muito pessoais, de sua vida, infância, relação atual no trabalho e na família, etc. De todo modo, o grupo se escutava e acho que foi interessante para os outros também o que ela trouxe.

(Diário de bordo. Entrevista com familiares no CERSAM).

Perguntei sobre a participação das pessoas - tema que surgiu também em outros espaços de encontro dos grupos.

F quase não fala nada durante a reunião. Bi pede para o próprio serviço fazer os contatos para chamar as pessoas, “eu chamando não funciona. Acho que pensam que eu já vou, não precisam ir..”, como se fosse uma questão de representatividade. Até tem um grupo de what'sapp, com familiares, mas os convites por este canal não têm funcionado, nem para outros eventos (ex., teatro, exposição...) além das reuniões. “Mandam mensagens de bom dia... muitos são evangélicos...”.

(Diário de bordo. Sobre a entrevista com familiares no CERSAM).

Sobre esta passagem, podemos pensar sobre os costumes que temos tido culturalmente em relação ao uso de redes sociais e aplicativos para comunicação, apesar de não ter sido algo abordado especificamente nesse encontro. O uso das redes para divulgação de conteúdos de caráter religioso ou avaliação moral é instigante, dada sua relevância na conjuntura brasileira e sua influência em processos de subjetivação e micropolíticos. Já em relação à avaliação da familiar sobre algo que concerne à representatividade da participação no grupo, é interessante observar como organizações coletivas são menosprezadas pelos que não se envolvem. Outros tipos de atividade que pressupõem participação social são também difíceis de ocorrer, para além do campo da saúde mental e saúde coletiva, em parte por uma crença comum de que mudanças só podem ser feitas por aqueles que têm determinado tipo de poder. Desta forma, há pessoas que delegam a outras as tomadas de decisão sobre aspectos práticos da vida, ou mesmo se eximem de participar de algo, por entenderem que não há o que concerne a elas nas discussões dos grupos. Estas características se associam à confluência de forças neoliberais e conservadoras de que nos fala Preciado (2018), as quais passam por uma moral e por um modelo de identificação subjetiva semelhantes, que levam os sujeitos a utilizar sua energia pulsional para produção de identidades normativas (PRECIADO, 2018). São modos dominantes de subjetivação no capitalismo e condições sobre as quais podemos refletir coletivamente nos diversos dispositivos que compartilhamos socialmente.

As diversas tentativas de mobilização de outros participantes, nos grupos pesquisados, foram comentadas tanto pelos familiares quanto pelos profissionais. Registrei, certa vez, sobre isso:

C - Tuliola, cê chamou a gente pra reunião, muita gente falou assim “o quê que essa mulher vai resolver lá? tá chamando ocês pra ir lá?”

Ma - pra quê?

T - eu quero é a ajuda docês pra gente pensar junto como é que resolve

C - é o que eu tô falando, eu cheguei aqui, tinha gente que nem conhecia ocê...

T - é, verdade

C - eu falei, “ela chamou, eu sei quem que é”, por isso que eu vim

T - tem gente que não me conhece, a Ma também não me conhecia...

C - igual eu falei, num pode resolver nada, mas pelo menos nós vamos debater, conversar, ajudar ela...

T - eu entendo, gente, que como às vezes o sofrimento é muito grande, a gente quer resolver rápido e as coisas são difícil de resolver

[mais duas falam ao mesmo tempo]

O grupo segue depois deste trecho conversa sobre manifestações políticas e volta ao tratamento e o que chamam de cura, se perguntando se achavam que “doença mental tem cura”.

Si - ô C, porque é muito relativo. Quando cê fala em cura, as pessoas pensam o seguinte, “fiquei livre da noite pro dia” - é isso que todos querem, não é? E a cura, ficar livre do problema, da situação, da questão... e a cura, nem sempre, é você: “cabou”. A cura é você se adaptar com a forma de viver e se tratar...

Ma - cada dia vai melhorando mais

Si - justo! Igual... eu sou bebê, aqui, perto de vocês

Ma - amanhã será melhor ainda

Este tema, sobre o que se entende e se espera como cura, nos faz pensar nas saídas que os participantes têm construído, a partir das suas próprias experiências. A conversa cria acolhimento entre os presentes. Aqui quero destacar algo que foi designado pelas

profissionais como uma “rede de solidariedade” que os familiares formam entre si, algo que uma delas identifica como efeito do projeto: a partir dos encontros e trocas, bem como oportunidades de convivência entre eles e os usuários, em situações mediadas ou não pelos serviços, criam proximidade, colocam-se no lugar uns dos outros, e assim se apoiam no cotidiano. Além das reuniões co-frequentadas, esse grupo tem organizado visitas domiciliares entre si, que parecem ter enorme efeito na promoção de laços: algo potencializado pelo coletivo, na forma de visitas que aproximam e reconstróem, por vezes, os vínculos intra e inter familiares. Presotto *et al* (2013), ao comentarem diversas metodologias de trabalhos em grupo no campo da saúde mental, destacam a potência de tais dispositivos em função das trocas de experiências acumuladas por familiares e usuários, com base em referências culturais comuns e com acolhimento das vivências associadas às situações de sofrimento, o que gera “cumplicidade e apoio mútuo” (PRESOTTO *et al*, 2013, p. 2839). A realização de atenção a e com familiares, especificamente nos CAPS, são abordados também por outros autores, que reforçam a satisfação obtida nos encontros com tais grupos: tanto o apoio e a orientação sobre os cuidados, quanto a dimensão de crescimento que observam em si mesmos, são apontados como benefícios por participantes de outras pesquisas de avaliação da política de saúde mental (AZEVEDO E MIRANDA, 2011).

Dispositivos de grupo podem ter efeitos distintos, ao propiciarem cruzamentos de linhas distintas, ligadas a formas de saber, poder e subjetivação (HUR, 2012). Este autor, ao analisar as contribuições da esquizoanálise para atividades com grupos, observa as possibilidades de agenciamento de afetos e discursos, com as quais concordamos, na aposta em produção de subjetividades mobilizadas por tais encontros. Neles existe uma composição de afetos hiper-complexa. Segundo Guattari (1992), agenciamentos de desejo estético

são devires, entendidos como focos de diferenciação, por um lado no centro de cada domínio e, por outro, entre domínios diferentes para acentuar sua heterogeneidade. [...] Não os conhecemos através de representações mas por contaminação afetiva. Eles se põem a existir em você, apesar de você (GUATTARI, 1992, p. 117).

Mobilizações que levam à criação de enunciações coletivas. Nesta perspectiva, pensamos na família como um território no qual podemos agir visando produzir saúde, através da

“realização de parcerias, de agenciamento de desejo” (LANCETTI, 2013, p.119) ao longo dos processos de reabilitação psicossocial que acompanhamos.

Dentre os planejamentos iniciados mais recentemente, a equipe do CERSAM tem realizado encontros ampliados, com frequência semestral e/ou anual, para participarem pessoas de todo o Distrito Sanitário, especialmente profissionais e familiares que estiverem vinculados aos centros de saúde (componentes da APS). É uma tentativa de integração da rede em seus diferentes níveis e equipamentos e de incentivo a reuniões com familiares também em outros pontos. Outro formato de atividade são as reuniões temáticas, internas ao serviço, com temas escolhidos pela equipe e que pretendem explicar sobre aspectos sociais, legislativos, políticos, técnicos, que estejam relacionados ao modo de tratamento no SUS. Não são grupos fechados, mas o que varia de uma situação para a outra é o compromisso de chamar e mobilizar pessoas não diretamente vinculadas:

I - se algum familiar, por exemplo, “ah, eu conheço fulana, interessa, pode trazer?” - é aberto. Mas a gente não tem essa intenção de chamar...

Sobre a postura da equipe, em relação ao acolhimento da pesquisa e à minha presença, houve também grandes diferenças. Em alguns momentos fui acolhida de modo reservado e discreto, me sentindo pouco à vontade para fazer proposições. Em outros, senti outro tipo de abertura para a conversa, seja sobre a pesquisa, seja sobre outros temas, o que variava também conforme a presença de maior ou menor parte das equipes de referência. À medida que frequentei os serviços, no entanto, incluindo idas a eventos - festa junina, exposição de usuários e apresentações artísticas - pude me posicionar de modo mais horizontal nas discussões específicas sobre o tema da pesquisa, permitindo trocas conceituais e estéticas.

O que me chama a atenção, em alguns momentos na conversa com as profissionais do CERSAM, é um certo apego a esta explicitação de reconhecimento do trabalho que realizam, como se ter sido inventivo um dia garantisse um padrão de ser inventivo por anos, dadas todas as condições com que têm trabalhado e os atravessamentos nas relações com as famílias, complexidades essas investigadas na pesquisa. Conforme indicado por Vasconcelos e Paulon (2014), muitos de nós, trabalhadores dos serviços substitutivos, defendemos tais instituições muitas vezes de forma a preservar o instituído, não nos atentando para o modo como

conduzimos nossas práticas. As autoras apresentam pistas sobre a militância que nos ajudam a pensar na realidade “como um aberto de possibilidades” (VASCONCELOS e PAULON, 2014, p. 224), em que novas proposições possam ser feitas a partir das forças do nosso desejo e em rompimento com a lógica da reprodução de discursos e práticas. A análise da implicação, nesse sentido, permite um questionamento sobre nós mesmos e nossos valores, sem idealizações do modelo psicossocial e da própria luta antimanicomial, a fim de mantermos distância necessária para nos estranharmos, sem cronificar nossa subjetividade e nossa prática. Uma preocupação cartográfica mantida ao longo do percurso. Trata-se de reconhecermos a vida em movimento - nossa, dos usuários, dos familiares, da sociedade. Os trechos selecionados do diário de bordo contribuem para demonstrar parte dos efeitos percebidos:

Volto com dúvidas, várias, sobre como prosseguir, nesse campo longe de ser o que me parecia, a princípio... sem idealizar, mas com a sensação de que as atividades com as famílias pareciam mais orgânicas do que têm de fato sido.

Mas em meio a essas linhas duras aparecem linhas flexíveis que podem se transformar em linhas de fuga, novas composições das famílias com o serviço. Fico pensando se à medida que as famílias perdem o medo de soltar a pessoa, esta também perde o medo de arriscar-se em outros trajetos terapêuticos e de vida, em um movimento de consequências imprevistas para as partes envolvidas. Ou ainda, como mudanças na lógica assistencial podem ser percebidas nessas interações.

O serviço clínico se transforma, de forma lúcida e consciente, em laminador e depurador. Essa noção de capacitação rigorosa, prontidão versátil e instituições articuladas, já desde o primeiro contato, rompe o círculo vicioso no qual o paciente tende a entrar. O que era imitação de si mesmo e autointoxicação é substituído no quadro de instituições que liberta da vertigem a consciência (FANON, 2020, p. 138).

E vamos recriando realidades...

3.3 Entre o CERSAM e o CC: deslocamentos

3.3.1 CERSAM Fanon

A organização prática deste grupo se estrutura a partir da definição, pela equipe responsável, de suas diferentes características: um espaço para acolhimento de familiares novatos, com apresentações do serviço e da rede, com apresentação de cartilha explicativa; outro para intervenções específicas, a partir dos casos acompanhados, tais como as reuniões no serviço, visitas domiciliares, ações para mediação de conflitos (citam exemplos nos manejos cotidianos, incluindo uso de medicação, de dinheiro, entre outros) e para avaliação das demandas e identificação das motivações dos sujeitos envolvidos (familiares e usuários). Um terceiro, que dizem ser um grupo permanente, é aberto para a “livre conversação”, para que os participantes possam falar e ser escutados. Seria um espaço sem metodologia previamente estruturada, permitindo a surpresa, com intervenções distintas a partir da fala de cada um. Abre-se espaço também para a abordagem de mitos, como a incapacidade, a periculosidade e a estigmatização dos usuários, para poder lidar com os preconceitos da sociedade e os deles próprios.

Na - Aqui, mas eu acho que a proposta, quando a gente faz esse projeto família, esse acolhimento, é um acolhimento não só a primeira vez que você chega, mas é um acolhimento das suas questões, do seu sofrimento, das suas dificuldades ou das suas saídas, que você encontra também,

T - hum hum

Na - que a gente faz isso no grupo, né? Só que não é, assim... dito pra eles. Mas a gente faz. Por exemplo, “ah, meu filho, quando ele tá em casa agitado, ou quando ele usa droga, o que eu faço”...

I - é um lugar pro familiar, né? Pra falar dele...

Na - um lugar. Eu acho que esse acolhimento é um pouco isso. E sempre funcionou assim. Quando a gente começou a proposta, dessa acolhida dos familiares, das questões deles, das dificuldades e das saídas que eles encontram, basicamente era isso, a conversa. Aí a gente foi... eu falo que a gente tem que potencializar, mesmo, porque um grupo... antes, a gente tinha a proposta seguinte: tem um grupo, que é do acolhimento, a primeira vez que chega, pra conhecer o CERSAM, como que é a assistência, quais os recursos que tem, como é que funciona. Carro, almoço, permanência dia, pernoite... é pra informar.

T - hum hum

Na - depois, desse grupo de acolhimento, a gente fazia isso. Alguns familiares que eu sentia que precisavam mais, tava cheio de dúvida, cheio de angústia, e tal, a gente formava um grupo. E pela proposta, da teoria, né

Pa - sim

Na - esse grupo tem um tempo. Ele vai funcionar por um tempo. E depois a gente libera esse grupo, arranja outro grupo. A ideia primeira era essa. A gente não teve perna pra fazer isso assim, direitinho, toda segunda-feira... e eu acho que essa acolhida era isso. Esse acolhimento que cê tá falando eu tô escutando como esse lugar do familiar que quer um espaço pra poder falar, pra poder trocar ideia... e ele faz parte do nosso projeto, também.

Podemos observar, nesta passagem, a pista sobre o que as profissionais fazem mas não dizem abertamente aos familiares. Parece algo sigiloso, como se o manejo técnico fosse de competência estritamente do (da) profissional, sem necessidade de compartilhamento sobre a metodologia de trabalho com aquele familiar que está recebendo o tipo de cuidado. Oferecer acolhimento e escuta como possibilidade de um lugar ao qual se vincular parece, de todo modo, uma prática sensível e aberta à criação e manutenção de vínculo entre representantes do serviço e familiares / usuários. Dificuldades de concretizar o que é planejado são

mencionadas nesta e em outras situações como algo recorrente, até mesmo nos relatos de experiência sobre as práticas nos serviços de saúde brasileiros. Apesar da dedicação explícita das profissionais com este tipo de ação, há algo que soa, novamente, como hierarquia de funções: liberar o grupo parece uma decisão unilateral, sendo que talvez ainda houvessem questões que ele gostaria de colocar, utilizando mesmo daquele espaço formado entre os atores... Essa conversa, no entanto, ocorreu em um determinado momento da pesquisa caracterizado por certa comparação entre a minha avaliação sobre o grupo de famílias e a da equipe; embora pareçam impressões que tropeçam entre si, eventualmente, são peças para montarmos uma mesma obra, que inclua diferenças de estilo para abordagem das relações pesquisadas e que continuarão a ser exercidas, mesmo com a conclusão desta cartografia.

Em apresentações sobre o grupo do CERSAM os (as) participantes da pesquisa dizem que tal grupo hoje faz parte da equipe, dado seu grau de entrosamento. Muitas das informações sobre os objetivos do projeto e o modo de funcionamento foram sistematizadas pela técnica I e apresentados no Fórum “Modos de cuidado no território: ações coletivas”, do qual tive a oportunidade e o prazer de participar.

A equipe localiza, de 2013 para cá - período após um curso de capacitação ofertado pela gestão, entre 2011 e 2012 - um trabalho em construção com as famílias, o qual representa uma ferramenta de cuidado. Consideram as dimensões clínica, pedagógica e política desse trabalho: a primeira relacionada à escuta das relações com a loucura, considerando sofrimentos e subjetivação das queixas; a segunda, baseada em uma necessidade de conhecer mais sobre os processos de adoecimento, para então produzir alternativas de manejo com os usuários; e a terceira vinculada a uma parceria para mobilização política e associação aos movimentos sociais no Município. Uma técnica destaca, em sua exposição, a necessidade de acolher o impacto do adoecimento no grupo familiar, considerado um espaço ambivalente, com fatores de apoio e de risco, de acolhimento e rejeição ao usuário, simultaneamente.

T - essas pessoas que tão vindo hoje, esses mesmos que vieram no grupo comigo, são pessoas que tão frequentando há vários anos, né? A C...

Na - é, esses fixaram. Eles assumiram, realmente, e é um grupo fixo, mesmo

I - é, a Si. que é mais nova

T - é

I - e acho que agora, também, ela começou a trabalhar. Arrumou um emprego

Na - esse grupo, a gente tem que incluir mais pessoas nele. Hoje mesmo eu pedi para chamar outros, pra aumentar. Esse grupo é um pouco diferente, são aqueles necessitados de trocar ideias, mas eles trabalham, né?

Pa - é interessante que mesmo trabalhando eles mantêm esse vínculo, esse compromisso, né?

I - isso

Pa - acho que isso que é muito legal! Mesmo trabalhando, precisou, qualquer ação... eles fazem questão de tá presente! Nas festas, nos eventos, isso é muito bacana!

T - hum hum

I - a Q. mesmo, chegou quase no finalzinho da festa junina, mas ela foi! Quer ajudar...

Pa - 18 de maio eles vão

Na - eles gostam. É um grupo um pouco diferente. Ele é... que a gente chama ele de grupo político [risos]

Pa - é

T - ah é?

Na - porque eles têm uma outra posição, até em relação à gente.

Esse grupo que fixou, ou seja, passou a funcionar de modo mais sintonizado com as características do serviço e da equipe, tem essa característica designada como posicionamento político. Na entrevista foi falado sobre a evolução deste tipo de posicionamento e como a equipe foi fazendo intervenções, em resposta ao que era colocado e até mesmo confrontado sobre seu fazer, a partir da influência de forças e perspectivas relacionadas a outras instituições, fora da rede de saúde - a saber, uma universidade, especialmente. Com o tempo, porém, passaram a se entender melhor, como disseram:

I - acho que agora é construir. Nós tamos construindo, juntos.

Pa - é, nesse viés

I - antes ficava meio que queixando, te pondo em cheque...

T - é?

I - acho que agora tem uma postura meio diferenciada. Não é?

Na - exato. Eles abraçaram o nosso trabalho

Pa - é, é a parceria, de fato

(...)

T - cês acham que o grupo se avalia como parceiro? Tem um pouco essa nomeação?

Pa - muito, e orgulho também de cuidar de algumas coisas: igual, de cuidar do bazar do serviço, então, tem o orgulho, “são os familiares que fazem!”; as festas, né, às vezes eles ficam brigando com a gente, que a gente fala assim “cês vão fazer só um caldo”, e eles “não, nós vamo fazer três, vamos fazer todos!”[risos] Que a gente sabe que é trabalhoso, é difícil, mas é o orgulho, mesmo, “nós vamos fazer!”

Na - é, eles participam com muita garra

Pa - é, um orgulho mesmo, “a gente assumiu isso aqui, é responsabilidade nossa”

T - sei

Pa - às vezes até numa fala assim “cês já fazem demais, não tem que fazer isso não, isso é responsabilidade nossa”. “O trabalho de vocês já é muito, então essa outra coisa é a gente que tem que abraçar”

T - eles reconhecem assim, também, né

Pa - é, muito interessante!

Lembro que durante essa conversa também citei momentos de tensão no meu próprio local de atuação, na rede, e defendi que os conflitos e divergências devem ser colocados abertamente nas reuniões, justamente para serem cuidadas e construídas saídas conjuntamente. Nesses momentos expomos nossas opiniões sobre os fatos, reproduzimos nossos posicionamentos, mas justamente na pluralidade de concepções é que podemos nos afetar e reconsiderar tais perspectivas. Como defendido por Basaglia (2010), podemos conduzir nosso fazer nas instituições para que se mantenham tais embates - condição para respeitar as diferentes posições dos seus membros: “Todo poder que tende a eliminar as resistências, as oposições e as reações de quem lhe foi confiado é arbitrário e destrutivo, quer se apresente sob a efigie da força, quer sob a do paternalismo e da beneficência” (BASAGLIA, 2010, p. 56). Estarmos

abertos às divergências aumenta nossas condições de sociabilidade. Sustentar um mal-estar, gerindo-o de modo coletivo e criativo, pode favorecer “a geminação de outros mundos”, (PRECIADO, 2018, p. 17) nos quais co-habitamos para inventar “estratégias coletivas de fuga e de transfiguração” (PRECIADO, 2018, p. 17) e criamos condições de movimento para o pensamento. Nas entrevistas, longe de querer parecer ser considerada uma intervenção moralista, pretendia sugerir outros modos de lidar com as diferenças, pensando nas convivências e fluxos comuns àquele grupo ali constituído.

Acho que o tom geral era de se colocarem também com certa identidade pela saúde mental: ao dizerem que sofrem, que adoecem junto com o familiar (usuário identificado na rede), que sofrem preconceitos da comunidade e da família... muitas vezes parecem ser os únicos que se responsabilizam, e sentem-se às vezes desamparados e rejeitados. No início da conversa parecia haver uma demanda para atendimentos individuais para eles, mas depois pareceu mais um outro tipo de acolhimento que gostariam de ter no serviço: “aqui, não junto com ela, na terapia, não, mas aqui dentro. Porque tá tudo junto”. Uma fala que “psicóloga e psiquiatra não serve pra nada. [referindo-se à profissional do CS]: ela não sabe como eu vivo”. Outra reclama de não ter sido informada sobre determinado evento, ou que não concorda com a manifestação política, que deixa de falar sobre o mental para falar de outras coisas [pergunto se é sobre o 18 de maio, parece que sim]... como drogas, escolha homoafetiva, etc. “Eu vou falar, porque quero falar há muito tempo, e hoje senti à vontade”, depois continua, “sou evangélica, tenho minha fé, minha opinião, acho que cada um pode ter a sua. Mas não concordo em deixar assim tudo misturado, tinha que ter um atendimento separado pra essas pessoas”. Eu até perguntei se ela não poderia trazer essa crítica, conversar com a equipe do serviço, se haveria espaço para tanto... mas realmente não sei como seria a condução, já que há uma diferença nessa posição que evidencia diferenças de valores culturais mais gerais, para além do sofrimento mental

(Diário de bordo, entrevista com familiares no CERSAM).

Quando revejo o diário de bordo e todos os registros feitos ao longo da pesquisa, ao mesmo tempo em que faço um esforço para articulá-los à conjuntura macropolítica atual em que vivemos, sinto que as discussões técnicas, sempre que se aproximam de uma análise da gestão nacional das políticas públicas, tornam-se tensas. Nossos corpos evidenciam preocupações diversas, incluindo aquelas sobre o financiamento cada vez mais reduzido, especialmente para a área da saúde mental em sua perspectiva de reabilitação psicossocial. Dúvidas que surgem entre colegas sobre abordar ou não questões partidárias - o que se caracterizou como momento agudo nas eleições presidenciais de 2018 - nas atividades coletivas com usuários e familiares; divergências sobre dizer ou não os nomes dos candidatos nas eleições e mencionar os programas que pretendessem realizar se eleitos, entre outras, são sinais de um compromisso militante das e dos trabalhadoras/es em relação aos princípios de sua prática - algo enfatizado por uma delas em uma entrevista coletiva.

O Brasil passa por um momento dramático em relação à não confiança da população em determinadas instituições sociais, que se alia a uma polarização de representantes políticos de modo pessoal, gerando discussões mais baseadas em valores do que em fatos coletivos e necessidades populares. Não me cabe nessa tese, porém, aprofundar nesta análise, bem circunstanciada por outros intelectuais em meios de comunicação alternativos; mas ressalto que os e as trabalhadores e trabalhadoras do SUS têm se dedicado muitas vezes pagando com a própria vida em situações de precariedade das condições de trabalho - vide, como triste exemplo, a crise sanitária por covid-19, e os milhares de centenas de vítimas, já mencionada anteriormente. Faz parte do reconhecimento a este grupo sustentar práticas e elaborações teóricas que socializem tais condições, bem como as relações entre o financiamento das redes de saúde e a globalização, mercantilização da saúde e burocratização da gestão dos serviços (DESVIAT, 2016). Deixo explícito meu desejo de contribuir para que as práticas no SUS possam também abordar essas questões sociais e políticas, como modo de exercício de cidadania entre todos nós, envolvidos - público amplo de usuários, familiares, gestores, trabalhadores, etc. - e como modo de produção de saúde.

As expectativas que os familiares têm sobre o serviço ajudam a entender como eles têm acompanhado e comparecido às reuniões propostas.

T - (...) tem uma coisa que a C falou aqui hoje, cê já tinha falado na outra reunião que nós tivemos, também, que eu queria ouvir um pouco docês, pra tentar entender melhor. Quando você fala que o povo teve uma época que vinha muito, depois parou de vim... essa coisa, “pra quê que cê vai lá, não resolve nada”... por quê que cês acham que as pessoas reagem dessa forma? Até isso mesmo, que às vezes deixa o usuário sozinho... o senhor lembra o dia que a C falou isso aqui?

F - é, aqui tinha época que juntava mais de 15 pessoas! Muita gente mesmo. Depois foi diminuindo, diminuindo...

C - é isso mesmo

T - por quê que o povo vinha e não vem mais? o quê que mudou?

C - tinha uma festa que nós fazia, com balão...

F - não se sabe por que

T - vamos pensar por que! por quê será que é?

Ma - eu não estava nessa época. Deve ser apoio, né? Uma falta de apoio

T - mas é uma coisa que mudou aqui?

F - faltava lugar, tinha que buscar cadeira

C - cada um tinha que trazer uma coisa pro lanche

[todos falam]

Ma - eu acho que tinha que ser uma coisa mais organizada. Por exemplo, quando chegar aqui - nós porque somos poucos, uma foi falando... - reparei outra coisa também, quando teve mais pessoas, quando um falava... assim, tinha que ter uns 20 minutos pra cada, cada um falou, voltou, acabou, “alguém quer falar, alguém não quer falar”

T - pra organizar...

F - nem 15 minutos. 10 minutos já era demais. Organização pra todo mundo falar

[Ma e F complementam]

T - pra todo mundo poder falar...

Si - sempre teve divulgação dessas reuniões aqui dentro? Que eu não vejo, não

F - às vezes, sim. Às vezes falava, não precisava nem de telefonar

Si - eu acho que é só mesmo a questão de zap...

Ma - eu acho que a questão de zap é melhor

T - de comunicação... Mas nessa época que vinha todo mundo, todo mundo podia falar?

Si - acho que tinha que fazer uma chamada pra essas reuniões, não?

F - se quisesse podia falar

[C fala de funcionária responsável por ligar, antes, convidando]

T - então tem essa questão de organizar mais, o contato; cês acham que fazer divulgação? Porque às vezes chama e a pessoa não vem. A pessoa sabe...

C - [comenta que chama as pessoas, na rua, no ônibus, mas elas não vêm]

Si - olha como que é a diferença na abordagem:

C - isso vai é da pessoa!

Si - eu simplesmente ligar e falar assim, por exemplo a secretária, “ô Ma, cê é familiar de fulano, tem uma reunião de família, cê pode comparecer, tal dia assim assim”... [depois repete a mensagem, um pouco modificada, chamando para a reunião:] “e nela você vai encontrar um suporte” - olha como é diferente, gente! [repete a ênfase no suporte ao familiar]. “nós vamos dar, os psiquiatras”... sei lá, quem tiver. “Você vai poder ser ouvido, com suas questões, seu parente”... é diferente!

C - lá no centro de convivência tem reunião com a família, vai todo mundo. Lá enche. [me pergunta se já fui no CC]

T - é, a reunião lá no CC é cheia de gente (...)

F - às vezes muitos já não vem porque os pacientes já não estão mais aqui (...)

Si - numa das primeiras reuniões que eu vim aqui e o senhor falou “meu filho não vem mais, mas eu nunca deixei de vir”. Eu acho isso muito importante! Nós não estamos aqui, batendo a tecla, do suporte, do conhecimento? O filho dele não vem mais

F - ele vem muito, muito pouco

Si - é. Mas ele continua tendo alguém que tá tratando dele, convivendo com ele. Cê concorda? D. falou que muita gente não vem mais porque não tem mais parente aqui... eu lembro que falou isso [repete], ele não faz esse tratamento frequente, “mas eu nunca deixei de vim”. Acho isso muito importante, porque você precisa ter esse apoio. (...) e o meu familiar, que é paciente, precisando ou não estar aqui, eu preciso, sabe por que? Amanhã sou eu... não é isso? Se os caminhos da vida me trouxe até aqui por causa de alguém, isso não foi a toa. Hoje é esse alguém que me trouxe aqui. Hoje eu não sei se é os meus próprios pés que virão, ou alguém me trará... não é isso? E é aquilo que eu te falei, acho que mora muito nessa questão da propaganda, “fulano, tem uma reunião de familiar, que é um suporte”... é diferente, gente!

T - é um jeito, talvez, de falar, de chamar, né

Si - não é só

Ma - não é só falar. Tem que acontecer, tem que fazer

T - sim

*Si - o convidar também já é a questão, juntamente com a prática
(Entrevista coletiva com familiares no CERSAM)*

Interessante observar, nesse trecho, como a entrevista coletiva permite a construção gradativa de análises possíveis, ao mesmo tempo em que permite surgir respostas relacionadas ao modo como os familiares são convocados pelo serviço e até mesmo sobre o convite para participarem desta pesquisa. No encontro citado foram lembradas festas anteriores e reuniões com maior número de frequentadores. Sem localizarem precisamente o motivo do esvaziamento, sugerem, no entanto, estratégias de comunicação que possam despertar interesse para as pessoas virem, nos dias atuais. Uma das mães presentes destaca o jeito de falar. Uma irmã reconhece a variabilidade das demandas entre as pessoas. Outra mãe

afirma a necessidade de um discurso articulado com a ação. E enfatizam a importância de receberem suporte, apoio - o que, do ponto de vista técnico, chamamos de acolhimento das questões pessoais de cada uma e cada um. São condições a serem melhor trabalhadas em momentos de avaliação coletiva, com familiares e técnicos de ambos os serviços, para que sejam apreciadas pelos envolvidos - de quem e com quem falamos, no cotidiano e na pesquisa.

3.3.2 Centro de Convivência David Capistrano

O relato do primeiro encontro que tive com o grupo de familiares fala sobre o grupo e sobre mim, pesquisadora ainda insegura, principalmente após duas reuniões com a equipe para expor meu projeto. No fundo eu não sabia qual liberdade teria para acompanhar e, se fosse o caso, intervir no processo do grupo conduzido no serviço.

Numa sala que serve como ateliê no centro de convivência estão expostas várias obras de cerâmica, figurinos, fotografias, estandartes, materiais diversos e outros produtos das oficinas. Uma roda de cadeiras, já cheias de gente, está formada na sala, e no centro dela há uma mesa com biscoitos, café, água e chá. Algumas mulheres presentes não permanecem sentadas durante todo o encontro. Em alguns momentos se justificam: “preciso ir ao banheiro toda hora, porque tomo remédio para pressão...”, “meu joelho dói muito”, “nem sempre posso vir, sair de casa, porque tenho meus problemas de saúde”... Estamos discutindo as dificuldades de lidar com os familiares, usuários da rede de saúde mental, em função das crises e mudanças cotidianas. Falamos sobre eles, não sobre nós. O “nós”, aqui presente, se divide entre profissionais, pesquisadora - pessoas que parecem saber mais alguma coisa sobre essas questões - e os familiares. Vidas que giram ao redor dos afetados pelo sofrimento que estão em tratamento nos serviços de saúde. O que importa a nós, de certo modo, é o que concerne a eles.

Em algum momento levanto para pegar um chá, mais para tentar criar um movimento, já que ninguém do grupo havia ainda se servido daquilo que estava

ali, tão disponível e ao alcance de todos. Depois mais algumas pessoas se servem, timidamente. (...)

Ao final da atividade, conversando com a equipe sobre possíveis ideias de intervenção no(s) próximo(s) encontro(s), fico com vontade de passar uns vídeos, oferecer um alongamento para iniciar a conversa, ver fotografias... ou alguma outra coisa que possa ajudar a amaciar um pouco os corpos ali presentes.

De fato, após o encontro, desde este primeiro dia, sempre tivemos um momento para comentários entre eu e as responsáveis pela atividade. Ao longo das visitas me senti cada vez mais à vontade para me expor e creio que algumas intervenções relacionadas à pesquisa foram gerando ressonâncias nos encontros entre a própria equipe e entre ela e os familiares, em alguma medida.

O encontro de maio, dada a especificidade da pauta alusiva ao 18 de maio e o fato de ter sido um momento em que fiz a apresentação do projeto de investigação, será exposto em maiores detalhes, pois muitas das questões e temáticas surgidas nele são analisadas ao longo deste texto:

Conduzido por Ka. Ausentes MC e Bi. Informado sobre a semana de saúde mental na UFMG. Período movimentado! Com o desfile se aproximando, os diversos preparativos e eventos sobre o tema que acontecem em toda a cidade.

É feita uma rodada de apresentação. Na minha vez digo que sou estudante e estou acompanhando os grupos de famílias na regional (achei melhor usar esse termo, ao invés de pesquisadora, considerando que tinha pessoas novatas no grupo e que não ia falar da pesquisa naquele momento...). Muitos familiares se apresentam já contando também a história da pessoa em questão, usuária do CC. Em geral dizem da importância do serviço, como os usuários gostam do mesmo. Observo também alguma timidez ao falar sobre o diagnóstico que eles têm. Alguns com maior conhecimento sobre a função do serviço, a relação com a rede, outros ainda por entender, inclusive, o encaminhamento feito pelo profissional de referência. Algumas falas que chamam a minha atenção:

“Durante muito tempo ela teve depressão. Achava que ela fazia as coisas daquele jeito porque queria... Em 2015 descobri que além disso tem o transtorno bipolar; aí que percebi, ‘isso não tá nela’, aí comecei a mudar meu jeito”; “é triste dizer, mas pra mim, prefiro quando ela fica com depressão, que aí fica em casa, e não se coloca em risco”; “ele foi acometido de esquizofrenia, transtorno, bizarro... não sei mais o quê”. “O medicamento é muito importante. É igual o alimento”. “A gente tem que ter paciência, paciência, paciência, paciência...”

Dificuldades de manejo na crise, incluindo uma situação de intoxicação por lítio que levou uma usuária a coma, com demora de diagnóstico na rede, (CERSAM, UPA - Unidade de Pronto Atendimento), causando sofrimento para a filha, que relata o caso em prantos. “A médica do CS tinha pedido vários exames, incluindo o de dosagem, mas esse não foi feito. Era muito boa”. Este relato toma tempo e mobiliza os presentes. Além das contribuições dos outros, faço também uma intervenção sobre o que ela conta: “é até bonito você trazer isso para o grupo. A gente sabe que é sofrido, mas essa situação pode ajudar a todos nós numa situação parecida. Porque o remédio ajuda muito, claro, como vocês já disseram, mas toda medicação pode ter efeitos colaterais... se fosse alguma coisa de cardiologia, também... ainda mais esses, na saúde mental, que geralmente são usados por muito tempo. Tem que acompanhar mesmo!”

O saber do médico, especialmente sobre a medicação, aparece mais de uma vez. A fala da “importância da gente se cuidar também”, o familiar que apoia o usuário, o que reverbera, também, nos demais. “A espiritualidade é muito importante também” - outra pessoa diz, e o hábito de fazer orações e frequentar igreja surge algumas vezes.

Depois a pessoa que conduz propõe entrarmos no ponto de pauta, sobre o 18 de maio. Pergunta se as pessoas conhecem, alguns familiares falam com bastante clareza sobre o histórico da luta antimanicomial. Ela expõe de forma detalhada e didática. Fala sobre o ato, a ser realizado no fim da semana; apresenta o tema, as alas, a letra do samba enredo deste ano (que escutamos e cantamos juntos, ao final da reunião). Apresento o cartaz atual e disponibilizo alguns, para quem se interessa e fica de levar para locais de divulgação na comunidade em que

frequenta. O conteúdo da conversa é bem politizado e o grupo faz análise da conjuntura, da ameaça aos direitos, riscos de retrocessos em função das mudanças políticas, especialmente no governo federal.

Tenho a impressão de que as pessoas têm muita coisa pra falar, e se não fosse pelo horário continuariam a conversa. Uma usuária fala, já ao final, de um irmão que teve, levado para Barbacena aos 20 anos de idade. “Minha família é de Itaúna. Ele era um rapaz bonito, moreno... foi levado pro Galba (este hospital mesmo? não me lembro), ficou três dias e voltou. Eles deram pão, remédio. Disseram que não precisava ficar lá. E voltou pra casa. Mas sumia, ficava no mato, dias, não falava nada... depois foi pra Barbacena e não voltou. Eu tenho o jornal guardado, desses de 50 centavos, com anúncio pedindo pra gente doar corpos, parece que faltava na escola de medicina...”. Fiquei impressionada com o relato, com os detalhes da história em si e com o momento em que isso surgiu, no encontro.

Ka encerra a reunião chamando para uma foto coletiva e um café. Marca o próximo encontro, mas antes falando dos pontos levantados hoje e da possibilidade de chamar alguém de fora para falar, por exemplo, sobre sinais de crise, manejo e medicação...

Novamente um familiar me chama, comenta meu nome, lembra que sou psicóloga, pergunta sobre o vínculo na PUC (por um instante eu nem lembrava que havia falado sobre o nível institucional da pesquisa!), fala que era importante ter alguém da psicologia acompanhando, ali... fala sobre a sobrinha, psicóloga, que trabalha na rede (no NASF, talvez? ele não sabe, mas diz que é num centro de saúde). Pontuo delicadamente, com a ajuda de Ka, que ali a psicóloga iria chamar para uma oficina, “oferecer argila” - digo, tentando me esquivar do lugar de saber mais uma vez convocado.

Depois que as pessoas saem sentamos juntas para conversar e avaliamos positivamente o encontro, pois embora não tenha tido um grande número de pessoas (para mim até foi um grande número!), as pessoas participaram ativamente. Falo minhas impressões, minha experiência enquanto “familiar” - no caso do suicídio recente da minha tia, numa situação de crise em que também

buscamos acompanhamento na rede, mas as condutas não foram bem sucedidas. “Quando o familiar fala do diagnóstico, parece que tem além da vergonha uma culpa. No suicídio isso aparece muito, para a família, ‘o que fiz, deixei de fazer, poderia ter feito, poderia ter evitado’ ... Hoje, aqui, fiquei pensando nisso, se a culpa aparece ainda mais quando são pais e mães, como se realmente tivessem culpa do filho ter o que tem”. Falei meio sem pensar, pois fiquei à vontade com a postura acolhedora da minha interlocutora...

Depois sugeri: “se formos chamar alguém, que não seja médico! Para não reforçar o caráter corporativo. Talvez um enfermeiro”. Ka pensou também em uma enfermeira que conhece - alguém sugerido por um familiar do grupo - ou uma farmacêutica do distrito. Falo alguma coisa sobre o que tenho lido, o material que enviei há um tempo por email, alguns objetivos que tenho, prazos, inclusive sobre minha intenção em fazer entrevistas coletivas com os familiares e com a equipe. Ela diz, depois, que os próprios familiares não tem consciência, ainda, de como são atores fundamentais no processo. Seria bom isso ser construído com eles. Fica disponível também por pautar na reunião de equipe o tema, o que poderia ser uma entrevista minha, com toda a equipe, além das pessoas de referência para o grupo de famílias.

Avaliamos a frequência, que talvez pudesse ser mensal, ao menos com pessoas recém chegadas ao serviço, para irem se inteirando. Mas pelas condições da equipe ela parece achar melhor bimensal, mesmo. Pensamos ainda na possibilidade de conversar com os profissionais da APS, na próxima reunião de micro-área e supervisão (daqui a 15 dias) para falar da proposta da pesquisa e tentar localizar alguém desse nível para participar. Ka me convida para essa reunião ampliada, diz que posso ir ou pode ela mesma falar com as pessoas. “Você só precisa me lembrar!”. Demais articulações em rede por fazermos. Seguimos!

As especialidades profissionais, os espantos vivenciados nas situações agudas de sofrimento, a confiança depositada no uso da medicação psiquiátrica, as possibilidades de trocas de afetos e experiências são algumas das muitas formações esboçadas por esse coletivo.

A palavra é usada de modo a circular, flui e reflui entre nós - rochas que se amolecem, algas que se firmam, ondas e pré-náufragos em nossos próprios anseios. Entre outros, em grupos agenciados, nos confrontamos com nós mesmos. São vozes que se cruzam, entrelaçam e vão compondo polifonias das relações. Nós, atores, diversos, temos consciência do papel que temos nas nossas práticas? Aqui podemos perceber também outros movimentos que têm ocorrido no serviço.

Em outra conversa coletiva improvisamos uma caracterização a respeito dos familiares que frequentam a rede e o serviço:

Ka - eu acho que a gente tem assim, a gente pode nomear, da família cuidadosa - tô pensando aqui no pai do M, que tá no projeto trabalho - que é um usuário super novinho, chegou recentemente, fez um percurso aqui pequeno, foi encaminhado pro projeto trabalho. E o pai conta que o M. perde o vínculo com a mãe, com a família, a mãe não quis saber quando ele adocece - o pai nem sabia que o filho existia - que assume. Cê vê ele chegando, ele vindo, acompanhando, frequentando, trazendo até a porta, até ele tá melhor... no CERSAM ele também fez um acompanhamento muito próximo... no trabalho ele começa, foi, levou no primeiro dia, no segundo dia, e acompanha mantendo, cê vê, um cuidado. (...) Então essa coisa, que eu acho que tá na dimensão do cuidado. E tem um extremo, que eu tô pensando aqui, que é a dimensão da invasão: um cuidado que é extremamente invasivo, por exemplo, R. A mãe da R também é uma usuária do CERSAM encaminhada pro projeto trabalho, que a mãe, só falta chegar lá e ficar junto dela. Invadir o espaço dela. Faz isso no acompanhamento, faz isso em determinados momentos, aqui, sendo que a R mora com o parceiro, já saiu de casa tem muito tempo... e a mãe, sabe-se lá, faz esse movimento. A gente vai identificando que tem uma variedade, assim [duas pessoas comentam ao longo da fala sobre o caso, complementando o relato].

Ao se lembrarem de outros usuários, com alguma frequência observam:

“... E a família dele não aparece, né”...

Questão que ressoa em inúmeros espaços, linha a ser seguida por nós, que nos comprometemos eticamente com a assistência.

Ka e MC falam sobre o grupo de acolhimento de familiares, iniciado recentemente e em outro formato, dividido em três blocos: um para serem apresentados os dispositivos da rede, para os familiares conhecerem o sistema; o segundo com apresentação mais detalhada de tais dispositivos, em momento mais explicativo, com uso de imagens; e finalizar com o 18 de maio, mostrando “o antes e o depois da reforma psiquiátrica” - esta, a ser mais aprofundada num segundo momento. São arranjos re-experimentados pela equipe a partir das demandas que recebem e com o objetivo informativo e de mobilização para um trabalho conjunto. Um sentido possível dessa clínica política que se caracteriza pelo cuidado em liberdade.

Outra técnica comenta que sente falta de haver mais espaço pra família no trabalho feito na rede. Pergunto se “pra eles trazerem as questões deles?”, “É, pelo que eu vejo, nos trabalhos fora daqui... às vezes é a família que tem que fazer terapia! [risos] A gente tá batalhando com a pessoa, mas é a família que tá precisando tratar (...). Impacta muito a vida da pessoa. Ambiente mais harmonizado...

(Diário de bordo, sobre entrevista coletiva com equipe do CC).

Esta observação sugere uma sensibilidade para perceber o desafio das relações, ao mesmo tempo em que incorre no risco de psicologizar as intervenções técnicas. Práticas terapêuticas são várias, oferecidas mesmo na rede do SUS, que podem ser desempenhadas pelas diversas categorias profissionais que compõem as equipes. A experiência demonstra que com o estabelecimento de vínculos entre familiares, usuários e trabalhadores - incluindo entre estes, nos diversos serviços - é possível insistir na integralidade da atenção e na co-responsabilização diante das situações de sofrimento, com vistas à harmonização dos ambientes e das convivências. Algo que sabemos, todavia, ser difícil de concretizar, mas que faz parte do nosso cotidiano.

3.4 Diferenças de mobilização das famílias

I considera que um dos efeitos dos encontros em grupo é a família se sentir mais apoiada, mas os entraves são a pouca participação familiar (em número de pessoas frequentes), também a pouca participação de outros trabalhadores do serviço e da rede com as famílias. Além disso, pondera sobre a necessidade de tornar o grupo de acolhimento mais potente. Nessa mesma conversa Pa afirma a importância de serem oferecidas possibilidades de encontros, para promover diferentes conexões entre as pessoas. Para ela atividades desse tipo ainda são feitas de modo pouco frequente na rede, além de as experiências que ocorrem não serem muito divulgadas.

Em nossa cartografia, nos deparamos com a linha dura “não-participação” dos familiares no dia a dia das atividades, algo que se reproduz em vários serviços, endurecendo a acolhida e impedindo novas construções com esse grupo. Isso aparece como uma queixa recorrente dos técnicos:

Na lembra que tem que ligar, fazer contato uns dias antes... “o maior problema é as pessoas estarem presentes”. (...) I, que havia me recebido há um mês, chega ao final da conversa. Acho que tinha ido fazer uma visita domiciliar. Os encaminhamentos são retomados. Ficam todos na dúvida sobre a estimativa de público que virá. “É sempre uma incógnita. Pode vir um, quarenta...”. Ocorrem algumas divergências nas avaliações sobre o encontro ocorrido em novembro e os planejamentos seguem.

O horário em que o grupo ocorre é considerado em vários momentos como um dificultador, por ser em provável horário de trabalho também dos familiares esperados. São agendas difíceis de conciliar. Algumas pessoas conseguem maior flexibilidade e se arranjam para estarem presentes nos encontros marcados. Há, evidentemente, questões concretas que influenciam, para além das motivações em relação ao acompanhamento ou não. Uma das técnicas observa que a maioria das familiares que vêm ao serviço são mulheres - mães dos usuários, principalmente - as quais são responsáveis também por inúmeras tarefas domésticas, tais como o preparo do almoço. Embora eu concorde com a avaliação factual, até mesmo por

experiência própria, não deixo de sentir incômodo com certa naturalização das atribuições de papéis de gênero, algo tão comum na nossa sociedade machista.

Muitos são os artigos publicados sobre o fato de os trabalhos domésticos geralmente serem realizados por mulheres, os quais incluem cuidados com os usuários em situação de sofrimento mental (PASSOS, 2018; REIS *et al*, 2016). No entanto, as divisões de tarefa relacionadas aos preconceitos de gênero não são sempre problematizadas pelos (as) autores (as) do campo da saúde mental, mesmo quando se reconhece que as mulheres são a maior parte das cuidadoras (AZEVEDO E MIRANDA, 2011) - invisibilização que, a meu ver, favorece a manutenção da opressão que tais mulheres vivem. As relações de sobrecargas que elas sentem prejudicam a qualidade do apoio que oferecem, além de gerar sofrimento para elas próprias, simultaneamente. Se, enquanto técnicos (as) das políticas de saúde, oferecemos atividades nos serviços para depois do horário do almoço, não basta esperar participação, somente; há que se abordar as divisões sociais de papéis, as disponibilidades para os cuidados, os interesses e habilidades compartilhados entre as pessoas, tais como podem ser e também são feitos nos grupos que acompanhamos. A abertura para escutar as famílias, perceber seus modos de cuidar, bem como a construção de que o sofrimento não se encontra somente na vivência do usuário (a) identificado (a), tal como explicitado por Pegoraro e Caldana (2008), permite refazer a condição de prestador de apoio e cuidado, e ainda situar as demandas que fazem para cuidarem também de si. Mas são frequentes tipos de situação que podem servir a um engessamento das visões ou a uma ausência de problematização sobre os efeitos das convenções sociais que carregamos. Endurecimentos que muitas vezes impedem agenciamentos e conexões que potencializam a vida.

Conversando com a equipe do CERSAM sobre os grupos e as entrevistas com os familiares - em ambos os serviços - começamos a esboçar algumas análises:

I - eu acho que também acontece que a gente quer ampliar e a gente percebe que também tem muitas limitações: a questão do horário, do dia, às vezes eles têm... até quanto você convida, aí... tem pessoas que trabalham... então, tem algumas limitações. Até pra ficar trocando o grupo, assim, eu acho que isso é mais difícil ainda, que a gente não consegue manter sempre as mesmas pessoas.

(...)

Na - Cê tem essa proposta. A gente não tem conseguido é pôr em prática. Cê tem que chamar, porque se ocê mandar um convite, com uma semana de antecedência, ele se perde... então cê tem que ligar uns dois dias antes... pra gente conseguir manter o grupo. Porque realmente eles não têm essa organização. A gente tem que entender que as famílias, o perfil das famílias dos nossos usuários é de gente muito simples,

Pa - sim

Na - é de gente muito pobre, que não tem... às vezes nem consegue pagar um ônibus pra vir.

T - é

Na - então cê tem realmente que ter tempo de chamar, de organizar, de buscar, às vezes, de oferecer um vale transporte, então é assim.

T - e o vale às vezes tá faltando também, né?

Pa - sim

Na - é muito pouco recurso que a gente tem. Mas eu acho que a proposta do trabalho é interessante, né?

Observo nesse trecho, nas últimas falas, o peso de uma concepção unicentrada que às vezes pode ser assumida. A fala de se ter "um lugar" pros familiares e o destaque de uma diferença provocada pela pobreza parece considerar vários lugares pré estabelecidos, que certamente influenciam no modo como familiares têm se posicionado, em resposta a este tipo de postura. Também penso que destacar a importância dos passeios - como eles não foram mencionados na entrevista coletiva com os familiares - parece não haver ressonância, ou pode

ser que não é observado da mesma forma por eles como forma de cuidado consigo mesmos. Os diferentes acessos a bens culturais que temos nas distintas classes sociais, às quais pertencemos, trabalhadores e usuários das políticas públicas, certamente influenciam esta avaliação. A valorização de idas ao teatro, a shows e outros eventos, por ingressos disponibilizados pelos convênios da Prefeitura de Belo Horizonte, talvez não sejam de programação muito ligada às preferências de outros segmentos sociais. Assim, me pergunto se os familiares entendem essa oferta como algo para eles, como espécie de cuidado com eles mesmos, como ouvi em outros espaços, nas reuniões / fóruns, etc. Seria o caso, de todo modo, de averiguar com eles como avaliam tais eventos. Algo que pode ser também inteiramente modificado no contexto extremo de necessidade de isolamento e distanciamento social, como na epidemia por Covid-19, em especial pela sua gravidade e pela duração dessa medida, em função da inabilidade de gestão política para mínimo controle do contágio entre a população ampla. O valor atribuído a apresentações artísticas e às possibilidades de encontros que elas promovem deveria ser revisto por todos nós, bem como seus impactos nas nossas convivências familiares, sociais e afetivas, que podem ser diminuídas ou aumentadas por tais mediações culturais.

Há uma frequentadora do grupo de familiares de ambos os serviços que as equipes destacam pelo seu envolvimento militante com a luta antimanicomial e seu modo de convocar outros familiares para estarem juntos no dia a dia e também nos eventos menos rotineiros. Ela é uma participante desta pesquisa e se apresenta como familiar de referência, embora não seja cuidadora da usuária em acompanhamento na rede. Possui inserção em redes de suporte social, incluindo a Associação de Usuários e Familiares (ASUSSAM²²), além de outros espaços vinculados ao controle social da política de saúde.

Na- e a gente inclui muito ela, ela se sente muito à vontade

Pa - é

²² A Associação dos Usuários dos Serviços de Saúde Mental de Minas Gerais foi fundada em 15 de março de 1994, no Centro de Convivência Artur Bispo do Rosário, em Belo Horizonte. O seu estatuto prevê a participação exclusiva de usuários na diretoria executiva e conselho fiscal aberto a técnicos, familiares, simpatizantes da luta antimanicomial, além dos usuários (FERREIRA *et al*, 2008).

I - e é legal que ela é uma referência pros familiares, mesmo, né? Ele sabe o quê que um pode contribuir, ela dá conta de fazer isso muito bem, acho isso muito interessante. Até o seu D., que é muito na dele, mas ela sempre põe ele pra participar e ele topa, sabe?

T - eu sei que eu perguntei pra ela a coisa do convite, do grupo, “ô L., cê acha como é que eu faço, eu ligo, ou cê me ajuda?”, ela “não, pode ligar, eu vou te dar o telefone”[risos] Eu falei, vou seguir a orientação dela, que acho que ela é uma pessoa que vai saber...

I - sim, ela tá pontuando pra gente, que ela acha que tem que ser feito pelo CERSAM

Pa - que é mais formal, né? Dá um peso maior

T - e pra não ser só ela, também

I - porque ela que sabe, que tava fazendo, mesmo. Ela fez um grupo de whatsapp... então, ela tava convocando as pessoas. Só que o grupo deu uma esvaziada. Então, ela tem pontuado, já falou umas três vezes que acha que tem que ser o CERSAM... aí, a gente tá organizando pra isso.

(Diário de bordo, entrevista coletiva com profissionais)

Apesar deste envolvimento explícito e do reconhecimento da equipe, esta familiar por vezes tem indicado outras formas para o próprio serviço se articular com os familiares, mesmo os que não comparecem, de modo a sugerir certa institucionalização dos convites e chamados. Pode ser uma estratégia eficiente, dadas as características dos atores envolvidos e do momento em que se encontram para investimentos nos arranjos das lidas com os parceiros para o tratamento dos usuários e para o fortalecimento da política de saúde mental.

Já na conversa com a equipe do centro de convivência, sobre a entrevista coletiva com familiares e a participação dos mesmos nas atividades - do serviço e da pesquisa - surgiram algumas hipóteses a respeito das diferentes mobilizações dos participantes:

T - (...) Mas só procês saberem que então, a rigor, foram 3 pessoas só que vieram

Ka - hum hum

T - mas isso não tem problema. E depois... é engraçado, porque como são muitas pessoas que vem, né, e pra mim, na verdade, a primeira coisa que eu penso, assim, quando a gente chama pra uma pesquisa, é muito estranho, né gente - eu me coloco no lugar da pessoa. Se fosse eu, uma mãe, acompanhando alguém... “que pesquisa é essa?” - pesquisa parece uma coisa chata, “vai vim alguém de jaleco, tirar o nosso sangue” [risos], não sei...

x - “tudo que eu disser pode...” [outros concordam, dando a entender de um possível comprometimento pessoal intimidatório]

T - e AP ia tá de férias, às vezes o pessoal tem uma relação muito boa com cês... “será que nós tamo ocupando?”, o gato sai de casa e os ratos tão ocupando a casa, fazendo bagunça [risos], não sei! Pode ter vários motivos! Eu tô brincando, mas não sei, acho que realmente talvez as pessoas não se sentiram à vontade

Ka - é, talvez, o chamado, o convite, se tivesse partido de nós... se tivéssemos ligado, né, poderia ter um efeito diferente

T - talvez... mas cês também não iam tá na hora, né? O pessoal ia chegar e ia achar muito estranho, essa menina, aqui, que ninguém conhece...

Ka - é, mas no sentido mesmo do significado, do apoio maior, nesse sentido do chamado. Porque é lógico que a gente tava lá, cê falou... cê já tá participante do grupo

T - ahã

Ka - mas quando é o CC - não tô falando nem eu, Lu, mas quando o CC convida talvez...

MC - tenha um efeito

Ka - pode ter tido esse viés, mesmo. É uma hipótese

T - é

Ka - porque quem ligou pra chamar foi você, né?

T - foi. E engraçado porque no CERSAM foi da mesma forma. Eu ainda perguntei pra Bi - que é uma pessoa com uma certa referência nesse grupo de familiares [alguém concorda enquanto falo], e ela falou isso: eu falei “ô Bi, será que cê me ajuda?” - porque eu fiquei um pouco sem graça; pessoas que provavelmente não me conhecem, não me conheciam (...) Mas a Bi incentivando isso, um pouco nesse sentido, de eu mesma fazer o convite. Como é uma coisa mais minha [Ka concorda] - que eu tô acompanhando o processo de vocês, mas eu que tô inventando essa coisa [Ka e N concordam] - então ela falou “não, liga você mesmo”. Eu falei “tá bom” ...

MC - e lá no CERSAM você fez esse encontro também?

T - e lá foram 5 pessoas. São as que têm ido, mesmo, no grupo regular, me conhecem pelo menos um pouco - que já tem uns meses que eu tô indo - e uma mãe que eu nunca tinha visto. Mas que recebeu o convite e foi, sabe?

MC - e lá no CERSAM cê tá mais presente, né? Assim, nesse trabalho?

T - uai... um pouco. Só porque lá o grupo acontece com mais frequência...

MC - ah, sim

T - se a gente for medir por essa coisa da frequência, né?

MC - só pra gente fazer um comparativo

T - é!

MC - talvez já criou ali mais esse vínculo... e ter ido mais pessoas

T - é, pode ser. Uma ida ao CCBB eu fui com eles. Tinha gente daqui também? Na exposição do Dreamworks? [Ka responde negativamente]. Eu fui com eles

MC - com os familiares?

T - é. E vários usuários, também. Foi muita gente! Não lembro se foi junho, isso... Pode ser que num ou outro encontro desse, a gente tenha encontrado a mais, sim [MC associa esses encontros a uma possibilidade maior de criação de vínculos, com o grupo - algo que não tinha me ocorrido!!] É, pode ser! E aí o povo fica menos incomodado, né?

MC - exato.

T - Mas, nenhum problema! Inclusive algumas pessoas falaram que se tiver de novo eu posso chamar, sabe? Ai a gente deixa a coisa andar mais um pouco, [Ka concorda] se for o caso mais pra frente a gente... até podemos tentar chamar todo mundo junto também, não sei. Isso não é um problema, é só pra gente ir analisando também o quê que tem a ver. (...)

Ka - não é comum. Se a gente pensar que tem 130 usuários frequentes / mês - o número de usuários, nas reuniões de familiares, é muito pequeno. (...) teve alguém que falou da necessidade de ter mais encontros de familiares

Fê - a R. sempre fica pedindo: “gente, vê se ocês convencem meu tio de vir” - ela sempre pede, pra esforçar com o tio dela, mas o tio nunca vem...

Comentei também sobre a hipótese de que não vieram muitos familiares porque eles já fazem um certo uso do espaço e dos dispositivos oferecidos que não tem suscitado ‘necessidade’ de estarem mais presentes. Mas a avaliação da equipe foi distinta, indicando que a mobilização ocorreu desta forma mais em função do chamado que receberam da minha parte.

Há distintas considerações sobre os modelos e saberes dos familiares a respeito da convivência com outras pessoas em situação de sofrimento mental, em contraposição ao que é definido pela ciência, através de práticas homogeneizadoras e encarnadas nos discursos dominantes estabelecidos. Em momentos diversos nessa cartografia, porém, pude observar uma conjugação que pode ser efetiva para recolocar a função da psiquiatria e de formas de controle sobre as pessoas.

O poder normalizador da psiquiatria, na ordem disciplinar descrita por Michel Foucault, consiste em manter sob os auspícios do discurso médico, e medicamentoso, a verdade da loucura traduzida em doença mental e a verdade sobre o que fazer com as pessoas assim (des)qualificadas. [...] O que me pareceria ser um horizonte ético mais aceitável para a psiquiatria hoje, seria a psiquiatria se abrir para uma crítica ampliada e leiga. Não só em teoria, mas através da participação, efetiva e real, de todos os atores sociais envolvidos na definição de sua ação institucional” (PASSOS, 2009, p. 37).

Conhecemos muitos exemplos de intervenções concretas com famílias e usuários que se configuram como experiências para caminhos possíveis de desconstrução do poder. Os êxitos

nos acompanhamentos parecem estar relacionados a uma não normatização de modelos familiares e não prevalência de julgamentos sobre as formas de cuidado dos membros familiares entre si. Sendo nossas subjetividades ferramentas para nossa lida na saúde mental, convém criarmos condições de analisarmos nossas expectativas, enquanto técnicos, a respeito das condutas que ofertamos e das nossas interações com grupos de características diferentes. Algo que aprendemos enquanto experimentamos, indo e voltando nos movimentos pela assistência.

3.5 Aquilombamento: coletividade, resistência, inventividade

“Que se atente para os hospícios, as prisões e as favelas, como lugares privilegiados da culpabilidade enquanto dominação e repressão”

(GONZALES, 1984, p. 240).

Apesar dos avanços da implementação dos serviços substitutivos em Belo Horizonte e em muitos outros locais no Brasil, sabemos que há regiões que não possuem pontos de atenção da RAPS, o que caracteriza um vazio assistencial nos territórios (MACEDO *et al*, 2017). O processo de desinstitucionalização brasileiro prevê o fechamento de leitos em hospitais psiquiátricos e a transferência de recursos decorrentes dos mesmos (ABOU-YD, 2002), mas atualmente este desafio tem sido imenso, com as mudanças na política nacional já apontadas neste trabalho. Ocorre que a abertura de leitos psicossociais enfrenta o financiamento insuficiente e as resistências profissionais e pessoais condizentes com a cultura manicomial (MACEDO *et al*, 2017), o que prejudica a organização da assistência. Em Belo Horizonte, a rede de saúde mental, hoje, substitui a internação em hospitais psiquiátricos e tem desenvolvido um nível de capilaridade eficaz nos territórios da cidade, apesar de ainda existirem algumas dificuldades de organização e desconstrução de práticas manicomiais (ALMEIDA, 2018) em seu cotidiano.

Temos ainda um parque manicomial em funcionamento no Brasil que se alimenta dos vazios assistenciais e diferenças territoriais, associadas à manutenção da racionalidade técnica na área da saúde e à cultura médico-centrada que prioriza a internação e o isolamento da

pessoa em situação de sofrimento e vulnerabilidade. Deste modo, ao contrário do que prevê a lei 10216 (BRASIL, 2001) e os marcos legais da reforma psiquiátrica, a internação é muitas vezes ofertada e demandada como principal medida, não como medida excepcional (CFP, 2019). Esta falta de compromisso com os direitos dos usuários por parte de representantes do poder público contribui para que muitas vezes as famílias ajam também em desrespeito aos direitos e interesses da pessoa que é arbitrariamente internada. Situações de articulação entre a instituição hospitalar e familiares são frequentes mesmo em internações a princípio consideradas voluntárias pelos próprios usuários (CFP, 2019). O retorno à casa passa a ser condicionado a uma autorização de um familiar, suposto responsável pelo usuário, o que significa desrespeito ao seu direito e fomento ao conflito ou rompimento de laços entre as pessoas de um mesmo grupo familiar. É nosso papel oferecer assistência e atuar na mediação dos possíveis conflitos entre usuários e familiares, considerando também o que estes solicitam:

Eu não sei... gosto de resolver os trem na hora. A gente que é família, que passa o que a gente passa, a gente quer resolver, a gente quer tranquilidade, a gente quer saber como lidar com eles, cê entendeu?

(Familiar participante do grupo no CERSAM).

Na sociedade que queremos substituir incluem-se outras organizações institucionais, outras relações com a situação de sofrimento mental e outras construções para uma convivência psicossocial entre grupos e indivíduos. No percurso de nossa pesquisa, entre relatos e autores e autoras que transitam da América à África, passando pela Europa - movimentos que se repetem e se alternam em destinos e pontos de origem, em busca de diferentes conclusões provisórias - vemos sugestões de alteração nas composições familiares e nos valores morais que carregamos. Passamos a buscar práticas cotidianas que não mais compactuem com avaliações baseadas em heranças colonizadoras e que silenciaram e apagaram outras formas de vida e memória no Brasil.

De loucura meu pai entendia, assim diziam, porque ele mesmo já havia caído louco num período remoto de sua vida. Os curadores serviam para restituir a saúde do corpo e do espírito dos doentes, era o que sabíamos desde o nascimento. O que mais chegava à nossa porta eram as moléstias do espírito dividido, gente esquecida de suas histórias, memórias, apartadas do próprio eu, sem se

distinguir de uma fera perdida na mata. Diziam que talvez fosse por conta do passado minerador do povo que chegou à região, ensandecido pela sorte de encontrar um diamante, de percorrer seu brilho na noite, deixando um monte para adentrar noutra, deixando a terra para entrar no rio. Gente que perseguia a fortuna, que dormia e acordava desejando a ventura, mas que se frustrava depois de tempos prolongados de trabalho fatigante, quebrando rochas, lavando o cascalho, sem que o brilho da pedra pudesse tocar de forma ínfima o seu horizonte. Quantos dos que encontravam a pedra estavam libertos dos delírios? (VIEIRA JUNIOR, 2019, p. 39).

Minas Gerais, estado cujo nome traz em si a violência da exploração predatória colonizadora europeia, tem produzido, no campo da assistência em saúde mental bem como em outras ações de resistência artística e cultural, inúmeras ações que nos inspiram a buscar escrever sobre essas articulações entre distintos campos de conhecimentos e formas de expressão.

Antônio Bispo dos Santos (2019) evoca o transfluir da água para problematizar o modo de pensamento que ele denomina de contracolonialista: impedir o processo colonizador de ser feito, usando um termo que nosso povo compreenda - ao invés de usar o termo decolonialidade. Ele associa a cosmologia dos povos originários e a relação de pertencimento identitário com os territórios onde habitamos. Romper as fronteiras das instituições colonialistas, considerando-as lugares de passagem. Aprender com as lutas de quem esteve secularmente excluído do Estado de direito e fazer alianças nos territórios (SANTOS, 2019). E cada território, cada local, cada comunidade tem suas regras e modos de funcionamento. Podemos nos tornar vetores para outra construção dos nossos passados, cientes de que nossos delírios são sempre articulados à história coletiva. Desde que consigamos nos articular com as pessoas e as organizações e os elementos que compõem cada local em sua singularidade.

Considero um compromisso social nos atentarmos, em nossas produções, para o reconhecimento do racismo e as tentativas de invalidação da memória da população negra brasileira. Segundo Nascimento (2019), as elites brancas, detentoras do poder, agem há séculos para que não assumamos ancestralidades históricas, étnicas e culturais africanas. O autor nos alerta para a permanência da condição de exclusão secular, comprovada pelas estatísticas pautadas nos critérios de raça e pobreza, para a qual é necessária mobilização ativa para ser modificada. Ou seja, não basta conscientizar as pessoas sobre a discriminação e aguardar melhoria espontânea nas relações.

Em relação à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e aos parâmetros de intersectorialidade que a saúde mental prevê (SUS, 2010), as contribuições sobre modos

coletivos de organização e sobrevivência podem nos servir como fonte de inspiração para resistir a sistemas de submissão, exploração e violência. E para pensarmos sobre diversas formas associativas que favoreçam comunidades. A continuidade das nossas lutas e memórias pode se beneficiar da articulação com a ideia-força e energia que o modelo quilombista representa (NASCIMENTO, 2019): ele é compatível com lutas político-sociais que se integram a origens africanas e revelam necessidades vitais dos protagonistas.

Objetivamente, essa rede de associações, irmandades, confrarias, clubes, grêmios, terreiros, centros, tendas, afoxés, escolas de samba, gafieiras foram e são os quilombos legalizados pela sociedade dominante; do outro lado da lei, erguem-se os quilombos revelados que conhecemos. Porém tanto os permitidos quanto os 'ilegais' foram uma unidade, uma única afirmação humana, étnica e cultural, a um tempo integrando uma prática de libertação e assumindo o comando da própria história. A este complexo de significações, a esta práxis afro-brasileira, eu denomino quilombismo (NASCIMENTO, 2019, p. 281).

A história dominante não tem favorecido expressão adequada para gerações que se constituíram após a abolição da escravidão se posicionarem afetiva e politicamente quanto à exclusão racial. Eufemismos sobre o racismo e invisibilização dos processos de subjetivação envolvidos que são parte dos efeitos da política de embranquecimento da população brasileira. Nascimento (2019) demonstra, contudo, como o fundamento ético do quilombismo é assegurar a condição humana do povo afro-brasileiro, apesar das opressões. Contra formas de controle difusas, podemos nos valer de diversas maneiras de organizar nossas potências. David e Vicentin (2020), nesta mesma direção, sugerem a implementação de práticas antirracistas na RAPS, ao que denominam de aquilombamento. São autores que têm buscado contribuir para atitudes ético-políticas e críticas sobre o racismo na organização dos processos de trabalho nos serviços de saúde e para fomentar discussões sobre a saúde mental da população negra. Ao meu ver, as equipes podem pautar com usuários e familiares estes temas de acordo com as condições de cada território de atuação.

Se manicômios e racismos ultrapassam muros institucionais a todo instante, conforme salientado por Passos (2018b), podemos imaginar outras lentes de observação dos aparatos manicomial, criando referências de sensibilização e conscientização da nossa própria história. Navios negreiros, exploração humana em atividades de mineração e engenhos não foram retratados em linguagem estética com a mesma intensidade que extermínios praticados por nazistas. A linguagem do cinema, tão acessível a parte da população e bem aceita em

termos de comunicação por imagem, seria uma boa estratégia de abordagem dos nossos temas candentes. Hospitais psiquiátricos, em seu modo de exploração humana e recusa da dignidade da existência da loucura no aspecto de rompimento social que ela coloca, são estruturas que refletem navios negreiros, “lugar esse [em] que muitos morreram no anonimato, sem dignidade e impedidos de manifestarem sua existência” (PASSOS, 2018b, p. 19). Vidas perdidas, recusadas, humilhadas, subjugadas. Esquecer? Jamais²³. A memória antimanicomial se projeta no futuro que fabricamos, a partir do passado e do presente revisitados.

Por uma sociedade sem manicômios, sem preconceitos de raça e sexismo, e pelo aquilombamento da reforma psiquiátrica antimanicomial.

²³ Seguindo provocação do Portal Geledés (2009). Imagens disponíveis em: https://www.geledes.org.br/navio-n-e-g-r-e-i-r-o/?gclid=Cj0KCQjw_dWGBhDAARIsAMcYuJwIQpdobWQPKd9GTb7LowWq5zpgb5Mb4rnCH6DdqZKGcZtxQIXaSu8aAj0EEALw_wcB

4. MUDAR A EXISTÊNCIA, O MANICÔMIO, A FAMÍLIA E AS INSTITUIÇÕES

*“O J. coloca, ‘quando a gente enlouquece, a primeira coisa que a gente perde é a família’”*²⁴

“Enquanto o abuso e a violência ainda forem o óbvio leitmotiv da nossa realidade, só se podem usar palavras óbvias, para não mascarar, sob a construção de teorias aparentemente novas, o desejo de deixar as coisas como estão” (BASAGLIA, 2010, p. 149).

São as linhas duras as que mais se apresentam rastreadas. As que insistem em se reinscrever. As que mais percebo emergir do campo. O fracasso, a sobrecarga, a vergonha, a impotência, a sensação de não saber como lidar com a situação de sofrimento mental vivenciado por alguém próximo. Trabalhadores que querem fazer mais, mas sem condições para tanto, como dizem. Familiares que sofrem juntos, muitas vezes pelo modo como o entorno reage às mudanças de vida provocadas pelo que é identificado como adoecimento. Vigilância, controle, medo de algo inesperado. Eu me sinto afetada pelas vidas que conheço e conheci no campo, lembro igualmente da minha vontade de contribuir nas situações conflituosas e na persistência que temos que ter para atuação na saúde mental. Aprendo sempre pelas conversas com as pessoas a respeito desses temas. E também observo, pelas falas dos/das familiares participantes, que no seu modo de contar o modo de convivência com seus membros em situação de sofrimento mental, surgem diversas formas mais leves que indicam outras possibilidades de convivência entre eles. Em parte porque reconstruem as histórias a partir das singularidades envolvidas. Aprendem e inventam outros limites, se colocam de modos variados. E, nas atividades coletivas, riem juntos, mesmo quando abordam situações de vida cotidiana difíceis. Se, por um lado, as linhas duras enlaçam as famílias, reproduzindo relações estereotipadas, por outro vemos as potências das tarefas e dos encontros coletivos. Percebemos como suas identidades de familiares podem ser ressignificadas, com mobilizações pessoais e conjunção de forças que expressam mais as características das pessoas do que as dos diagnósticos atribuídos às mesmas.

A respeito das crenças e estratégias de lida e explicação sobre tais situações, Fátima Alves (2011) caracteriza o que designa como racionalidades leigas: concepções holísticas sobre os indivíduos a partir de diversos modos de produção de sentido sobre o sofrimento

²⁴ Fala de um monitor na entrevista coletiva do Centro de Convivência, a respeito de um usuário do serviço.

mental, pelos quais os contextos de vida têm tanta interferência quanto a explicação formal científica atribuída à loucura. As experiências de vida permitem reposicionamentos, para além do que pode ser transmitido ou ensinado de modo formal sobre o adoecimento. E este pode ser encarado também para além da dor. Há pesquisas que fazem mensuração do tipo e nível de sobrecarga dos familiares, enquanto cuidadores, que destacam as dificuldades com a assistência para a vida cotidiana e aspectos de cuidado, financeiros e emocionais (REIS *et al* 2016). São recorrentes os sentimentos de desamparo; sensação de incapacidade para cuidar; falta de conhecimento sobre transtornos mentais; fragilidade emocional associada ao acompanhamento do quadro de sofrimento mental intenso (DIMENSTEIN *et al*, 2010; DELGADO, 2014). De todo modo, podemos pensar que, dependendo do modo de se considerar o quadro de sofrimento e a forma de acompanhamento, bem como qual nível de responsabilidade atribuir a si mesmo, para aquele que acompanha - seja enquanto familiar ou enquanto técnico, dadas as diferentes atribuições das funções - as frustrações e expectativas serão também distintas. Certamente o sofrimento mental não acarreta somente uma sobrecarga, seja física ou emocional, mas também se relaciona a certo grau de dependência (BIELEMANN *et al*, 2009) por parte do usuário. Uma hierarquia de atribuições para a vida civil entre as pessoas, assim como a restrição de determinados afazeres por presumida incapacidade funcional de algumas delas, contribuem para que responsabilidades comuns aos familiares se concentrem em quem se define como cuidador ou cuidadora. Ou seja, o que poderia ser partilhado se concentra frequentemente em somente um dos membros do grupo familiar.

É preciso que respeitemos as singularidades da pessoa que sofre e que a ajudemos a desenvolver autonomia para a sua vida, dentro das suas possibilidades, a auxiliando como gerir a si mesma. Se mantemos postura como eternos responsáveis pela “gestão quotidiana do viver” (ALVES, 2011, p. 226) do usuário, precisando tomar toda e qualquer decisão sobre a vida da pessoa, nos sentimos fatalmente sobrecarregados por um cuidado que talvez seja excessivo. Isto porque o fato de ter um diagnóstico psiquiátrico atribuído e fazer uso de medicação pode ser entendido como sinal de incapacidade de viver só e de cuidar de si (ALVES, 2011), o que gera risco de tutela para o sujeito e fortalece uma demanda social para atuação semelhante à culpabilização da família pela situação do (a) usuário (a). Risco, por sua vez, que se associa ao problema central das nossas parcerias com os familiares.

Ka - ...Também gera essa reflexão: até que ponto a gente tem que tutelar, de comunicar as famílias - que é um pouco esse cuidado que a gente faz (...) Mas ele fala: se eu falar pra minha mãe, ela não vai deixar eu ir”. “Se eu tivesse falado eu não iria” (diário de bordo, entrevista coletiva no CC).

Na entrevista coletiva com a equipe do Centro de Convivência pudemos tratar sobre o risco da tutela, especialmente no trecho acima, quando falamos sobre as viagens ocorridas e organizadas pelo serviço e pela rede: viagens para passeios, manifestações, ou até mesmo pelo grupo artístico com longa trajetória de apresentações em Belo Horizonte e em outros municípios. Os usuários se posicionam também de modos muito distintos em relação a seus familiares, inclusive nessa situação de comunicar ou não sobre uma viagem que façam em grupo, dependendo de como cada um deles se relaciona com os familiares de referência. Em alguns eventos coletivos de fato fizeram tal tipo de comunicado, muitas vezes surpreendendo a equipe pela capacidade própria de organização para estar presente, dentro do esquema proposto.

Os monitores e monitoras participantes falaram sobre como as relações familiares são trazidas nas oficinas e nas assembleias com usuários que realizam e acompanham:

Fê - no cotidiano eles falam muito de família: reclamam muito, falam muito

AS - em geral reclama, né?

T - pra queixar? Geralmente pra queixar da relação em casa, essas coisas?

H - muita reclamação

Fê - é, essa fala aparece muito

T - mas é o tipo de quê, é um pouco essa sensação de vigilância, assim, ou não?

Fê- a família é a primeira a condenar

H - são reclamações diferentes

Ka - a criticar...

S - preconceito, mesmo, estigmatizar, colocar fora, excluir. Essa coisa de não ter paciência mesmo, tolerância com a doença, esse tipo de coisa. Por isso que eu quero ir de novo na família. Quero ver se eu faço esse trabalho

Fê - sem dúvida é uma coisa que precisa ser olhada, mesmo

Mas são complexas as situações vividas. Nas narrativas dos familiares cuidadores, na bibliografia sobre o tema, a vigilância e a supervisão do comportamento dos sujeitos diagnosticados são “sentidas como necessidades a serem incorporadas cotidianamente” (BARROS, JORGE e VASCONCELOS, 2013, p. 827). Estas autoras indicam a importância de os serviços de saúde mental desenvolverem intervenções para construção de estratégias para familiares lidarem com tais dificuldades. Seja através de visitas domiciliares ou de orientações feitas em atendimentos e reuniões nos serviços, apontam a necessidade de oferta de escuta qualificada para as famílias - identificadas por elas como cuidadoras. A vigilância, no entanto, traz alguns riscos. “Tal situação engessa o modo de gerenciar o dia a dia dos cuidadores, que passam a experienciar situações de vida extremamente reduzidas, empobrecidas, com desdobramentos e prejuízos importantes nas dimensões pessoal, familiar, comunitária e social” (BARROS, JORGE e VASCONCELOS, 2013, p. 828). Ao identificarem seus membros em sofrimento como sujeitos que necessitam de cuidados permanentes e ininterruptos, podem se colocar com a mesma necessidade - mas na condição de familiares, supostamente responsáveis por alguém que “não tem cura”. A mesma condição contribui para a criação de uma espécie de dependência do serviço, principalmente se este se configurar como o único ponto de apoio na rede de proteção psicossocial. O que leva ainda a uma situação de dificuldade de desligamento, quando passado o momento de cuidado intensivo, em situações mais estáveis nas vivências pessoais específicas. Os técnicos ficam, assim, com atribuições que tensionam as capacidades institucionais de acompanhamento e a co-responsabilização do cuidado a usuários e familiares em rede. Sentindo-se, eles próprios, também sobrecarregados na tarefa de construir o trabalho com familiares.

No Cersam, a Permanência-Dia²⁵ com usuários mais ou menos desorganizados. Um senhor sentado fazendo palavras cruzadas. Pergunto, “o senhor veio para o grupo de famílias?”, “estou esperando a Bi.”. Já tinha visto a profissional de referência passando pra lá e pra cá, cuidando do ambulatório e outras coisas. “Devo ter chegado na hora errada. Será que o encontro estava marcado para as 15h?”. Decido sentar perto, observando o senhor e o movimento de pessoas. Puxo assunto com a técnica de enfermagem, na PD, que não conversa muito comigo. Atarefada, ansiosa, vigiando (acho que a ouvi dizer exatamente este termo) os usuários. Leio um jornal e tento conversar com alguns deles. Um me pede beijo na boca, o outro fala sobre Jesus, uma me pede chiclete... Vejo os micos nas árvores e telhados, as folhas refletidas pelo sol, penso no amor que sinto por quem está ausente e em outras intimidades da minha vida. Quando sinto o cheiro de café vou no espaço do refeitório pedir um pouco. A copeira me diz, “café puro só para os funcionários. Tem café com leite”. Eu ia dizer pra fazer de conta que era funcionária, mas chegou um outro usuário (além de mim!) aceitando passivamente seu café com leite, então não quis tumultuar. Mas saindo e contei para o senhor e para a plantonista, que acabou me oferecendo o tal café...

A necessidade de vigiar os usuários pode ser lida como uma linha dura institucional construída historicamente pela forma de se lidar com a loucura. Tal como o sucesso do poder disciplinar examinado por Foucault (1987), no qual a hierarquia do olhar e os efeitos de coerção servem ao adestramento dos corpos, o próprio espaço físico de uma instituição de natureza hospitalar passou a servir, no Ocidente e desde a época clássica, como operador para transformação dos indivíduos. O espaço entre muros passou a servir como local de observação médica, no qual atuam as múltiplas forças de um jogo de poder. Articulado esta função social hospitalar aos interesses econômicos, o autor afirma que a vigilância tornou-se um operador decisivo, inclusive em instituições escolares, fabris, do sistema prisional: “na

²⁵ Permanência-Dia (PD), no CERSAM, nomeia ao mesmo tempo o espaço de convivência dos usuários em acompanhamento intensivo e uma modalidade terapêutica prescrita nos projetos singulares de assistência. Na PD circulam as pessoas - trabalhadores, usuários, visitantes, etc. - e ocorrem também muitas das atividades coletivas programadas pela equipe.

essência de todos os sistemas disciplinares, funciona um pequeno mecanismo penal” (FOUCAULT, 1987, p. 149), com poderes relacionais que se auto-sustentam nos mecanismos criados em tais dispositivos. Basaglia (2018), por sua vez, afirma que o problema da psiquiatria refere-se ao controle social do doente, não na cura do mesmo. Como nos sentimos ao acompanharmos vidas tornadas mercadorias, quando testemunhamos modos de ganhos financeiros com as experiências de sofrimento alheias?

- Que pena. Como começou?

- A senhora ouviu vozes?

(Vozes?)

Então, presa pelos braços, atravessava uma como primeira porta. Ela sabia, ela sabia que andaria de volta, sofrendo repetido todas as fases, como num trabalho noturno rotineiro. Para ela, ela que se sustentava de variações, gastando-se tanto, quando depois de cantar até o céu ficava inerte e fria, terminadas as últimas contrações do eletrochoque (CANÇADO, 1968, p. 35).

Diversas pessoas que passaram pelo hospício escreveram sobre essa experiência: comentando os efeitos do poder sobre seus corpos e suas vidas e sobre a indiferença de funcionários vestidos de branco (CANÇADO, 1968). Como proposto por Deleuze, segundo a teorização de Foucault: “O poder, ao tomar como objetivo a vida, revela, suscita uma vida que resiste ao poder” (DELEUZE, 2005, p. 101). Em que pesem as heranças das tradições, há sempre possibilidades de encontrarmos linhas de fuga entre elas, outros agenciamentos.

Nesta perspectiva, meu movimento cartográfico busca analisar as relações com os familiares a partir do poder de afetarmos e sermos afetados na vida com pessoas em situação de sofrimento mental. Ao me valer dos autores citados, neste percurso, busco integração de conceitos que possam ser úteis para reflexão sobre as práticas; ou seja, não persigo concatenação filosófica conceitual em obras extensas, mas me esforço em experimentar possibilidades de utilizá-las no meu campo. Uma ressalva a ser feita, porém, é não tratarmos o poder como essencialmente repressivo, tampouco as instituições - as famílias, os serviços, etc. - como se tivessem essência ou interioridade (Deleuze, 2005). As relações de poder analisadas são determinadas situações de interação de forças, com diferentes cruzamentos de singularidades e afetos, diferentes pontos de captura e estabilização, concomitantes a uma microagitação: “as forças estão em perpétuo devir” (DELEUZE, 2005, p. 92). Por isso o interesse em retornar às cenas vividas, recolocar as perguntas aos entrevistados e entrevistadas participantes da pesquisa, voltar à formulação do problema sobre como lidar

com o familiar em tratamento e reabilitação psicossocial para rever qual a concepção que têm sobre o adoecimento assim definido, sobre suas próprias funções sociais e sobre como se identificam nos estratos sociais vigentes. São atravessamentos instáveis que permitem configurarmos um plano de análise, a nos servir provisoriamente ou não: inconstância que consideramos potência, abertura para outras conexões.

A ideologia que sustenta ainda hoje a periculosidade do louco tem parte de sua origem atrelada às internações nos hospitais psiquiátricos: se loucos precisam estar presos, a equipe precisa vigiá-lo (BASAGLIA, 1983), sendo a categoria da enfermagem convocada frequentemente para esta vigilância em contextos de exclusão na maquinaria hospitalar. Este é um dos reflexos da simplificação da vivência de um mal estar subjetivo, reduzindo a complexidade do mesmo à condição de perigo, doença e perda de controle (DASSOLER e PALOMBINI, 2020). A relação só pode ser transformada, na prática, a partir de um esforço de mudança de relação e dos modos de acolhimento com a pessoa em situação de sofrimento. Além deste aspecto, há um outro nas instituições asilares que justifica a vigilância: a manutenção forçada dos usuários, especialmente se em caráter de internação. Os relatórios de vistoria realizados no Brasil recentemente demonstram como as “fugas” dos usuários são frequentes, suscitando a questão do consentimento do usuário com o tratamento proposto, a qualidade da informação entre ele e a equipe técnica responsável, assim como o sentido que tem para ele as condutas realizadas (CFP, 2019). Como as formações técnicas para a atuação na assistência são ainda atreladas a estas tradições, em todas as categorias profissionais na área da saúde, temos o desafio de formar profissionais que ajam de modo menos opressivo e de modo a garantir os interesses dos usuários. Para o que precisamos nos ater às condições de exercício democrático de nossas funções.

A comunicação com a família durante o tratamento e o direito à convivência familiar são reivindicados frequentemente por usuários internados em instituições com características asilares (CFP, 2019). Como operadores das redes de atenção devemos nos atentar para essa demanda, sendo a família uma representante primária das convivências sociais instituídas na nossa sociedade. O poder disciplinar, que pode ser exercido tanto em instituições representantes do Estado quanto em outros espaços sociais auto-organizados, costuma se reorganizar em seus mecanismos internos.

(um dia se precisará mostrar como as relações intrafamiliares, essencialmente na célula pais-filhos, se ‘disciplinaram’, absorvendo desde a Era Clássica esquemas externos, escolares, militares, depois médicos, psiquiátricos, psicológicos, que fizeram da família o local de surgimento privilegiado para a questão disciplinar do normal e do anormal), seja de aparelhos que fizeram da disciplina seu princípio de funcionamento interior [...], seja enfim de aparelhos estatais que têm por função não exclusiva, mas principalmente, fazer reinar a disciplina na escala de uma sociedade (a polícia)” (FOUCAULT, 1987, pp. 203-4).

O texto de Foucault, como outros, nos provoca a reposicionarmo-nos nas nossas análises, enquanto buscamos zonas de confluência de seu raciocínio com a esquizoanálise para aplicabilidade prática na saúde mental, com ênfase nos efeitos dos jogos de força entre familiares e técnicos a respeito da assistência aos usuários e no questionamento se tais forças têm atuado para manutenção ou reforço da lógica tutelar.

Eu vim pra Colônia porque eu estava andando na Rua Voluntários da Pátria ao lado do Luís, com um óculos, vestido azul, sapato preto, com uma bolsa branca com um dinheirinho dentro, porque eu ia pegar o ônibus e ia saltar na Central do Brasil. [...] Nós saímos, eu perdi o óculos, perdi o óculos, [...] parecia que ele tinha me dado um bofetão na cara pra mim perder o óculos [...]. Eu caí por cima do óculos e o óculos e eu ficamos no chão, [...] aí veio uma velhinha, na porta do apartamento dela, me levantou, disse que não tinha sido nada, pra mim parar de ficar chorando, aí veio uma dona me botou pra dentro do Posto do Pronto Socorro perto da Praia de Botafogo, e lá, eu dentro do Pronto Socorro, ela me aplicou uma injeção, me deu um remédio, me fez um eletrochoque, me mandou tomar um banho de chuveiro, mandou procurar mesa, cadeira, cadeira, mesa, me deu um bandeja com arroz, chuchu, carne, feijão, e aí chamou uma ambulância, uma ambulância assistência e disse: ‘carreguem ela’... ela achou que tinha o direito de me governar na hora, me viu sozinha, e Luís não tava mais na hora que o óculos caiu, eu não sei onde ele foi, porque eu fiquei, de repente, de repente, eu fiquei sozinha, ele sumiu de repente, desapareceu e não apareceu mais, mas aqui, depois que eu estou aqui, ele já veio aqui, já veio aqui, já foi embora, tornou a vir, tornou a ir embora, o Luís, o Luís é meu amigo, aí me trouxeram pra cá, mandou: ‘carreguem ela’, deu ordem, ‘carreguem ela’, na ambulância, ‘carreguem ela’, carregaram, me trouxeram pra cá como indigente, sem família, vim pra cá, estou aqui como indigente, sem ter família nenhuma, morando no hospital, eu estou aqui como indigente, sem ter ninguém por mim, sem ter família e morando no hospital (PATROCÍNIO, 2001, pp. 48-49).

Apesar da intensidade dos afetos que sentimos quando nos deparamos com relatos como este, de muitas *stelas* de rostos negros, por vezes esquecidos, por vezes confundidos, por vezes calados, importante nos atentarmos para o ideal higienista que sustenta práticas como esta internação e conduções forçadas a espaços teoricamente destinados a tratamentos. Pobres, pessoas em situação de rua, usuários de substâncias psicoativas que habitam cenas de uso e ousam outros modos de ocupação dos espaços urbanos são alvos de medidas arbitrárias e violadoras de direitos básicos ainda hoje.

A vida de Stela do Patrocínio exemplifica como registros burocratizados são empobrecidos: prontuários manicomiais que não mencionam local certo de nascimento e apenas descrevem sintomas e alterações de comportamento, negligenciando especificidades

individuais. “Poucos são os relatos que mostram Stela como um sujeito em processo de subjetivação, com alguma ação sobre si mesma, apesar dos limites institucionais” (WADI, ZARA e CORDEIRO, 2018, p. 214). São os escritos pessoais dela que sugerem o local de exclusão por ser mulher, negra, pobre, louca, nesse somatório de discriminações que o hospital psiquiátrico se encarrega de reproduzir. E quando revisitarmos a história dos manicômios e a bibliografia sobre a reforma psiquiátrica brasileira, que nos atentemos ao aspecto de “Colônia” que tais instituições carregam em si, bem como a outras possibilidades de uso destes territórios e a outras sementeiras possíveis de engendrarmos em seus interstícios.

Vivemos em um contexto de apropriação das subjetividades pelo capitalismo, no qual além do poder sobre as vidas existe também o poder de cada vida, bem como suas capacidades de resistência, criação e formas de produção que caracterizam uma potência política (PELBART, 2011). As variações desse campo permeiam nossas práticas profissionais e militantes, nossos afetos e nossa escrita.

4.1 Entre reproduções e invenções

*“O que é que lhes falta? Interesse pelos infelizes ou verba do Estado?”
(JESUS, 2001, p. 79)*

Querida Luara,

Já se passaram quase dez meses que vim para Portugal. Não sei te dizer quantas mil vezes já me senti mudando a respeito do que penso e sinto pela vida, pelo mundo, pela nossa história de colonização... Eu vim para cá em um momento pessoal de grande fragilidade e ficar sozinha por tanto tempo, me dedicando aos estudos à pesquisa do doutorado e às descobertas relacionadas a viver em outro país e continente, foi algo muito positivo. Mesmo com momentos de angústia, choros, inseguranças, enfim, sinto que cresci e estou mais leve!

Apesar dos problemas que atravessamos no Brasil e não são poucos. Tenho conversado com algumas pessoas da rede, em Belo Horizonte mas também em outros municípios, sobre a situação sanitária e política. Tento ajudar à distância, como posso, mas sinto que as pessoas estão tendo muitas dificuldades. Uma delas me disse que “está difícil ser

otimista”. Algumas que perderam parentes, terminaram casamentos; outras que tiveram os primeiros filhos, iniciaram mestrado... e a vida segue.

Aqui converso muito com amigas mais ou menos recentes sobre o processo de escrita. Tem um trecho da Gloria Anzaldúa que gosto muito: “o perigo ao escrever é não fundir nossa experiência pessoal e visão do mundo com a realidade, com nossa vida interior, nossa história, nossa economia e nossa visão. O que nos valida como seres humanos, nos valida como escritoras”. Nessa vida acadêmica conheci pessoas de todo canto (brasileiras, inclusive) com temas e modos de pesquisa os mais diversos que se possa imaginar! Acho que temos muita criatividade no modo de abordar nossas questões. Uma pena termos poucos investimentos e recursos para que trabalhadores de todas as áreas possam se dedicar à sistematização e transmissão do conhecimento que possuem. Na área da saúde esse tipo de impedimento me preocupa particularmente. Por isso vemos tanto engajamento atrelado às nossas práticas, não é? No fundo temos muita vontade de mudança.

Sobre isso gostaria de te contar dos últimos textos que li do Basaglia. Tem um, escrito em 1979, que me chamou a atenção particularmente. Neste momento que estamos vivendo, com tanta disputa no campo ideológico, cultural e político brasileiro, os alertas do Basaglia sobre a função de controle dos técnicos, condizente com a organização social dominante, deveria estar no centro dos debates da saúde mental, eu acho. O referencial dos serviços substitutivos antimanicomiais começa com a busca por garantia de direitos civis para todos no nosso sistema. Muitos dos impasses que vivemos, nas diversas articulações territoriais e intersetoriais que realizamos, têm a ver com a exclusão dos direitos básicos para a vida dos usuários! E até mesmo as discussões de condução clínica passam muitas vezes por esse ponto, né, de uma falta de acesso a moradia e emprego, por exemplo, que não colaboram para uma estabilização do quadro de sofrimento psíquico. Tudo muito complexo no nosso cotidiano, quando tratamos das vidas particulares! Veja o que Basaglia fala dos efeitos da lei da reforma italiana:

“luta pela reivindicação da existência de uma subjetividade, presente num terreno científico rigorosamente positivista, para revelar que o existente não é ‘natureza’ imodificável, mas que aquilo que se pode fazer dele é que deve ser a realidade e o projeto da nossa vida; assim como o existente foi precedentemente ‘produzido’”.

"Embora fruto de uma luta, uma lei pode ser apenas o resultado da racionalização de uma revolta, mas pode também conseguir difundir a mensagem de uma prática, tornando-a patrimônio coletivo. Ainda que fruto de uma luta, uma lei pode provocar um rebaixamento do nível alcançado pelas experiências exemplares, mas pode também difundir e homogeneizar um discurso, criando bases comuns para uma ação subsequente".

Depois você me diz o que acha? Tenho muita vontade de conversar sobre esses aspectos com o pessoal do campo da pesquisa... Porque, mesmo com o desmonte das nossas políticas públicas, temos acúmulo de experiência para dizer o que ganhamos e podemos modificar com elas; e acho bonito pensar na luta antimanicomial como nosso patrimônio cultural coletivo!

Acho curioso pensar no desafio prático proposto com a reforma psiquiátrica antimanicomial, para que os trabalhadores estejam (estejamos) num processo de desconstrução e reconstrução permanente. Desde a minha época de residência fico pensando nisso: são coisas que a gente aprende, na profissão, mas que trazemos para a vida. Impossível dissociar os campos! Se é que somos coerentes com nós mesmos. Pode parecer um apego excessivo da minha parte, rs - afinal, como esconder o afeto que tenho pela saúde mental? :) - mas quanto mais estudo, escrevo, danço e vivo, mais isso me parece verdadeiro. Sou muito feliz por ter encontrado tantos e tantas interlocutores na vida, para falar sobre isso; e aquela ideia, que já te falei uma vez, do Lancetti, de que os psicólogos precisam estudar Nietzsche (filosofia) me parece o melhor resumo de todos. Estarmos sempre nos nutrindo com referenciais artísticos e filosóficos para darmos conta dessa diversidade humana. E para não adoecermos fazendo o que fazemos, não é? Lidando com tantas misérias de modo tão íntimo. Um desafio, de fato!

Bem, aqui, nesse período, está o maior verão. Agosto é o mês em que muitos serviços são interrompidos, as instituições fecham, todo mundo tira férias. Muita gente nas praias - mesmo tendo que levar proteção para o vento, agasalho para o fim do dia... e o mar sempre gelado!! Você não acredita. O que me faz sonhar mais com as praias brasileiras... para onde hei de voltar um dia, ao som de Gil e Caetano! Hoje fui ao mercado e até a senhora simpática com quem costumo comprar frutas deixou um aviso de estar de férias. Mas vou seguir aqui, estudando e escrevendo! Por enquanto :)

Preciso te contar uma última coisa por hoje. Tenho tido pouca paciência auditiva com o sotaque português. Em frente a minha casa está tendo, de novo, uma obra de restauração. São quatro trabalhadores conversando muito na minha janela, o dia todo. Deixo músicas agradáveis para eu ouvir e conseguir concentrar nas minhas tarefas... além disso, desde que pisei nessa Europa a primeira vez, em 2017, sinto as lutas indígenas de modo muito especial. Um peso da colonização no corpo, na pele; quanto mais aprendo sobre o tema mais me espanta a versão que se dá aos fatos, como a história da invasão branca é contada... por isso ouço e acompanho muito, hoje em dia, as mobilizações indígenas. Até sonho com isso! Modos para aprendermos outras formas de resistência e valorização do que realmente importa, nessa vida. O que outra coisa podemos aprender com a pandemia? Senão da importância do básico e essencial: comer, dormir, amar, estar com os outros da nossa espécie? Em qualquer ordem e desordem desses acontecimentos?

Desejo que possamos construir essas oportunidades para nós e para os coletivos com quem vivemos (que são muitos, né, felizmente!). Se estiver me achando muito doidinha me avise, quando puder escrever:

Saudades. Força!

Beijo e abraço,

Tulíola

Ainda é um desafio para o cuidado em saúde mental e para as intervenções com as famílias fazer, de fato, a junção da subjetividade com o social, embora no discurso dominante da psicologia e da psicanálise se afirme essa indissociabilidade. A subjetivação centrada no indivíduo ainda permeia essas atuações, assim como a ideia do sujeito universal, como se todo o sofrimento psíquico fosse igual e uma constante. Em minha minha experiência profissional, vejo cada vez mais o atravessamento de marcadores de raça, moradia, condições sanitárias, etnia, entre tantos fatores que influenciam nos quadros de sofrimento mental. São fatores relacionados a formas de discriminação, a dificuldades de acesso aos serviços, e que revelam como há “relações de poder que influenciam e colocam em desvantagem populações em situação de vulnerabilidade” (CHAGAS *et al*, 2020, p. 261).

Sigo pistas de leitura deleuziana sobre Foucault para realizar uma crítica à tentativa de captura da subjetividade através dos diagnósticos que fazemos e à noção de interioridade

como algo fechado, pois aposto na relação intrínseca do movimento do pensamento com o que vem de fora dele mesmo e o força a se reinventar. “O impensado não está no exterior, mas no centro do pensamento, como a impossibilidade de pensar que duplica o lado de fora” (DELEUZE, 2005, p. 104). Os modos de subjetivação a partir do que vem de fora do sujeito, como ele se confronta e reage ao que vem do Outro, como tornar-se algo a partir do não-eu (DELEUZE, 2005), configuram uma intimidade e singularidade que escapam a regras de classificação. A clínica psicossocial que realizamos e nossos atendimentos na rede de serviços substitutivos nos ensinam como pode ser potente esse posicionamento, apostando nas reconstruções de nós mesmos. “A fórmula mais geral da relação consigo é: o afeto de si para consigo, ou a força dobrada, vergada. A subjetivação se faz por dobra” (DELEUZE, 2005, p. 111). Mas, em uma realidade complexa como das populações vulneráveis no Brasil, não podemos nos eximir da responsabilidade de demarcar os atravessamentos de tais marcadores na vida concreta. Pelos vínculos que fazemos com os usuários e com os familiares, eles próprios nos dizem isso. E das situações de sofrimento criamos condições de alterar nossos modos de vida, nas parcerias que estabelecemos.

Temos visto que frequentemente o acolhimento e participação de familiares são deixados para um segundo plano, bem como o são as intervenções na comunidade que possam contribuir para diminuição do estigma relacionado ao diagnóstico e acompanhamento na saúde mental (AMARANTE e TORRE, 2018), dados os atravessamentos nesse campo. Tanto a formação dos trabalhadores, quanto os modos de gestão locais e governamentais, bem como as características das redes e seus contextos influenciam nessa conformação. Deste modo, trabalhar em parceria com as famílias, no modelo antimanicomial, faz parte do desafio da territorialidade, o qual encaramos no cotidiano a partir dos aprendizados que temos acumulado nos anos de assistência psicossocial. Apesar da ampliação da RAPS no Brasil, há riscos de práticas nos serviços substitutivos se alinharem a “protocolos tradicionais como medicação psicofarmacológica, consultas psiquiátricas e restrição às atividades internas à instituição” (AMARANTE e TORRE, 2018, p. 1104). Apostamos, contudo, nas possibilidades de discussões e ações baseadas em uma forma integrada de trabalho com os territórios, na qual nos ocupemos não só das construções de relações identitárias, sociais e de poder, mas também das condições de vida materiais (ALMEIDA, 2018) dos familiares e dos usuários das nossas redes.

Uma das possibilidades de sustentação dessas práticas tradicionais está no não reconhecimento da interferência da pobreza na saúde mental e nas destabilizações provocadas nas subjetividades imersas nessa situação. Ao considerarmos as desigualdades econômicas como variáveis determinantes de saúde mental, é preciso levar em conta não só os aspectos econômicos, como também acesso a direitos de cidadania, expectativas de futuro e as relações sociais (DEL RIO, 2013). Neste assunto destacamos também a importância do significado atribuído à pobreza pela sociedade e pelas pessoas que convivem com situações de sofrimento mental, mais especificamente. Nos efeitos provocados por tais valores culturais, vemos nas famílias dos usuários uma espécie de dupla estigmatização, associada tanto à visão do sofrimento mental enquanto transtorno, síndrome ou doença - algo que com frequência é relacionado à culpa dos pais e responsáveis pela criação dos filhos - quanto à suposta incapacidade para ofícios e demais situações que exigem cumprimento de pactos sociais. As crenças construídas desta forma refletem a ênfase à dimensão de êxito individual defendida no neoliberalismo, que por sua vez trata as pessoas com necessidades de políticas de proteção social como dependentes do Estado, e por isso em situação social inferior (DEL RIO, 2013).

A condição de pobreza, como falta de renda e recursos materiais, acaba gerando sentimentos de ansiedade, vergonha e insegurança. Del Rio (2013) demonstra, em seu estudo, como as significações comunitárias se opõem às individualistas, em um circuito de exclusão que corrobora a situação de vulnerabilidade e, conseqüentemente, de sofrimento. Ainda mais no Brasil, com o nível de desigualdade factual e com o uso de mídias para promover ideais de vida incompatíveis com a realidade concreta da maioria, mas alcançáveis, porém, por uma elite e minoria da população, que ostenta seus padrões ao lado dos que passam fome. Muitos dos casos que acompanhamos revelam situações de sofrimento decorrentes de cenas de violência de vários tipos, vividas por grupos familiares, irmãos, mães e filhos, etc, que me fazem pensar o quanto é necessário discutirmos, na psicologia e nas políticas públicas, modos coletivos de enfrentamento destes problemas, apesar das infinitas variações de reações particulares a tais vivências.

Além de precisarmos, como seres humanos, de recursos como afeto, dinheiro e trabalho para sobreviver, precisamos ter condições de nos exprimir, estando ou não em situação de sofrimento mental. “Tendo esses recursos básicos que são essenciais eu me torno um ser competitivo e posso me exprimir melhor” (BASAGLIA, 1983, p. 41). A miséria,

segundo este autor, nos torna sujeitos aos outros, aos que têm maior poder. Mas se nos atermos ao exemplo de vida escrita de Carolina Maria de Jesus (2001), veremos que a pobreza material absoluta é o desafio mais concreto que nosso sistema estipula para as pessoas desenvolverem a plasticidade de suas subjetividades. No contexto da autora, em sua labuta cotidiana para garantir comida para si e para os próprios filhos, entre tantas cenas de violência pautadas no machismo e no racismo característicos da sociedade brasileira, impressiona sua capacidade de conduzir um fio narrativo que deixe passar momentos de leveza e alegria, indispensáveis para a continuidade da vida.

Precisamos, portanto, enfatizar as condições de relação entre as pessoas, para além dessas carências - as quais não deveriam ser consideradas um fator preponderante em nossa prática no campo da reabilitação psicossocial, dadas as desigualdades sociais na população brasileira e o risco de nos pautarmos em concepções enrijecidas sobre as subjetividades que nosso contexto contribui para configurar.

O nível sócio-econômico da maior parte das pessoas atendidas na política de saúde e no SUS são pobres. As desigualdades que se expressam também no sistema previdenciário, na distribuição de renda e no acesso a serviços públicos essenciais são uma realidade, como temos visto, para quem foi historicamente relegado a diferentes formas de privação. Situações mantidas não somente em função da pobreza, mas também em função da discriminação racial que mantem os piores indicadores sociais para negros e negras brasileiros e brasileiras, mesmo com diferenças regionais no território nacional. As preocupações recorrentes dos familiares com as condições concretas de existência dos usuários da rede de saúde mental refletem a dificuldade de acesso a serviços de educação, saúde, mercado de trabalho. E tal acesso, em geral, expressa enormes desigualdades que combinam gênero e raça (IPEA, 2011).

Há um modo de se considerar a pobreza das famílias e dos usuários que associa carência material - ter “pouco recurso” - a desorganização na funções sociais. A ausência em reuniões e eventos nos serviços, para os quais as pessoas são convidadas com antecedência, pode ser interpretada como confusão ou menor capacidade de entendimento.

A gente tem que entender que as famílias, o perfil das famílias dos nossos usuários, é de gente muito simples...

(entrevista com profissionais no CERSAM Fanon)

Fala que corre o risco de fixar um perfil e um modo de convivência e de cuidado entre os membros. Como os familiares lidam com os trabalhadores e com as instituições de assistência não é necessariamente o mesmo modo como lidam e cuidam uns dos outros, entre si. Talvez tenhamos que nos perguntar se o modo como os chamamos não precisa ser reformulado. Mas, em todo caso, na referida entrevista falamos também sobre a dificuldade de locomoção e garantia de custeio para o transporte entre o domicílio e o serviço, o que acaba também justificando as ausências. O custo do transporte público em Belo Horizonte, além da forma de organização das suas linhas, de fato não favorece a circulação das pessoas de camadas mais baixas pela cidade, tampouco no caso de deslocamentos para os serviços de saúde. Um dos desafios da vida diária de boa parte da população.

Bongiovanni e Silva (2019) abordam esta dificuldade financeira em redes de outros municípios, destacando a restrição de circulação no espaço urbano, e questionam se esta seria em decorrência da pobreza ou da situação de sofrimento mental. As autoras consideram ainda os recortes de classe, diferentes graus de escolaridade, bem como os modos de subjetivação contemporâneos, que perpassam o poder aquisitivo e as vidas urbanas. Estas condições reforçam a necessidade de ações intersetoriais não só nas atuações nas políticas públicas, como nas nossas pesquisas e intervenções enquanto atores/atrizes sociais em múltiplas dimensões. “Poder falar sobre loucura e relacioná-la com outros marcadores de exclusão é uma forma de ampliar a questão e não limitá-la ao patológico” (BONGIOVANNI e SILVA, 2019, p. 11).

Em uma das conversas no CERSAM ouvi referência às mães dos usuários, as que se apresentam no serviço como acompanhantes no tratamento, ou cuidadoras, como “heroínas”. Reconheço os esforços delas em lidar com as precariedades materiais e dificuldades de várias ordens. Mesmo porque muitas vezes elas são as únicas familiares de referência. Mas penso na importância de ser trabalhada, nos grupos, a divisão das responsabilidades: não só entre familiares e pessoas do círculo afetivo de cada sujeito, mas também com os próprios usuários, a favor do desenvolvimento e manutenção de sua autonomia. Quando tive oportunidade de fazer restituição aos participantes da pesquisa comentei sobre este aspecto. Outra trabalhadora comentou sobre o risco deste termo conduzir a suposta naturalização a respeito das atribuições culturalmente dominantes vinculadas a mulheres, como cuidados que porventura

sejam exclusiva ou prioritariamente de responsabilidades das mesmas. Um elogio deste tipo se assemelha ao reconhecimento de uma virtude; porém, por outro lado, incentiva práticas de superação de problemas de modo individualizante, como se uma pessoa se dedicar mais ou menos ao apoio do familiar em tratamento fosse consequência de sua índole, em modo de leitura moralizante sobre a complexidades destas interações. Da mesma forma, corremos o risco de manter a invisibilidade dos trabalhos domésticos feitos em cada residência e secularmente atribuídos ao gênero feminino, em uma desigual e machista divisão de papéis sociais que colabora para a sobrecarga destas mulheres.

Os familiares do serviço, cada um ao seu modo, diversas vezes se colocam como sujeitos a faltar nessa função auxiliar:

Si - Mas um dia a Ma vai surtar, porque tá pesado pra ela; um dia a C vai ficar doente e não vai conseguir; um dia eu, seu F não vai tá mais lá... tá entendendo? Quem será? Então, eu acho que isso seria assim um ponto positivo do tratamento: esses profissionais irem lá. Porque eu vejo que as visitas são mais pra outros casos... mas agora eu tô abrangendo, mesmo, todo mundo aqui.

(...)

C - Quando eu vou dormir fora, trabalhar, eu falo com ela, “a C vai voltar”. Antes, sabe o quê que ela tava fazendo? [refere-se a bar que F conhece], ficava ali de 5 horas até... me esperando. Aí eu falei com ela, “cê já viu aquele filme do cachorrinho? Que o dono morreu?” Eu pus ela duas vezes pra ver o filme... o dono morreu, todo dia o cachorrinho ia pro mesmo lugar, morreu lá. Eu falei, “L, pode chegar um dia da C não voltar. Não quero ocê no bar me esperando”, “ah, mas é porque cê traz coisa pesada”, “eu não quero mais ocê no bar. Ocê vai me esperar dentro de casa”

(Fragmentos do diário de bordo).

Estes pontos podem ser trabalhados nas atividades coletivas praticadas dentro e fora dos serviços, a meu ver, considerando as oportunidades de reflexão que os coletivos oferecem

e como desafio permanente nos acompanhamentos realizados na rede. O primeiro trecho é dito por uma mãe que reconhece seus próprios limites e também se expressa, no grupo, avaliando limites semelhantes quanto aos demais familiares presentes. Ela defende o recurso da visita domiciliar como apoio aos usuários e aos familiares, sugerindo pontos para melhoria da assistência ofertada no CERSAM. O segundo, dito por uma irmã, se refere ao que parece ser uma preocupação protetiva com a usuária em questão. Porém, pode ser também certa imposição de poder para restringir a circulação e convivência da irmã, diminuindo as capacidades dela própria gerir sua vida e escolher algumas de suas ações cotidianas simples. Claro que estas avaliações são características de certos momentos e compõem certas relações, representando facetas diversas dos modos de oferecer cuidados que essas pessoas têm desenvolvido. Podemos analisá-las tentando evitar encaixes forçados em estratos de culpabilização que impeçam agenciamentos.

As conversas com a equipe do Centro de Convivência David Capistrano foram momentos de agradável surpresa durante a pesquisa. Foram feitas, de sua parte, intervenções conceituais e estéticas decisivas para o modo de voltar ao problema da pesquisa e rever seus objetivos ao longo do percurso. A forma de tratarem questões como o uso da arte para alcance da cidadania é bonita e motivadora. A receptividade a propostas reflexivas sobre o trabalho que fazemos na rede me chamou a atenção, já que em diversos outros serviços e equipamentos por onde passei, em experiências profissionais e formativas anteriores, encontrei pessoas com posturas mais defensivas em relação às próprias práticas. Posturas compreensíveis, dado nosso contexto histórico e político, e de certa cisão entre práticas de pesquisa e de vida à qual somos impelidos com frequência pelas metodologias e discursos dominantes que nos envolvem. A minha própria postura, enquanto pesquisadora, sofreu remodelação a partir das convivências. E tem sofrido.

N - é que assim, você conhece o conceito ubuntu?

T - não. Me fala!

S - nossa, maravilhoso!

N - é um conceito africano de viver em comunidade, seria interessante cê abrir... já que... abrir esse conceito, né? Sair de pensar essas relações só do ponto de vista eurocêntrico

T - Sim

N - e traz pra nós, assim. Entendeu?

S - boa lembrada

T - pois é. Inclusive eu tô com essa questão de tá indo pra Europa, se eu não tinha que preparar uma bagagem bem afro pra chegar lá e fazer uma demarcação de espaço, sabe?

N - hum hum. A gente tá sempre pensando o mundo a partir deles. Eu tenho lido muito autores negros. [risos] eu percebi que eu era branco pra caramba na minha leitura. Esse mergulho na literatura negra - nossa, como a gente foi embranquecido simbolicamente, né!

S - é

N - toda a nossa imagética

H - há uma reconexão com a nossa essência

N - é

S - ela falou na fala dela, a Th. falou, lembra [evento sobre arte, cultura e democracia ocorrido em agosto, do qual falavam quando eu cheguei para a reunião]

H - é um discurso que se coloca

N - eu tô vivendo um momento de uma ruptura... isso vai

S - é hora da gente mudar nossos parâmetros

(Entrevista com equipe no CC)

Eu me sinto provocada a utilizar estes conceitos de outras matrizes de saber e a, de fato, utilizar mais referências de autores e autoras negras e negros para pensar as práticas da psicologia, sejam no campo da saúde mental e coletiva ou em outras ações cívicas. Formas diversas de partilha, de cuidados recíprocos, que fazem parte do nosso arcabouço cultural

enquanto população afrodescendente, podem enriquecer nosso campo de estudos e práticas e merecem ser melhor tratados e desenvolvidos. Não podemos ignorar que as relações sociais interferem na produção da subjetividade, sendo nossa sociedade racializada e racista. E continuamos buscando deslocamentos e interrogações para nos descolonizarmos “o suficiente para acolher os sujeitos reais deste país” (SILVA, 2019, p. 21).

E seguimos caminhando entre artistas e sociólogos, provocadas também por Boaventura de Sousa Santos (2020), que defende a necessidade de realizarmos, enquanto pesquisadoras engajadas, uma tradução transcultural possível entre diferentes conceitos e campos de estudos das ciências sociais e humanas. Sua obra aborda lutas entre saberes, violências coloniais, e nos instiga a conhecermos mais nossa história, reconhecendo “como no Brasil se oculta o racismo para ser racista”²⁶ - a ponto de muitas vezes pessoas negras fazerem piada com o tema, desconsiderando o fato de serem elas mesmas discriminadas e terem menos acesso a determinadas funções sociais pelo preconceito estrutural brasileiro. Com este autor queremos repensar as iniciativas que já ocorrem no nosso território, pelo que ele propõe sobre as epistemologias do Sul como conhecimentos articulados às lutas locais, utilizando ferramentas epistemológicas distintas para fortalecer as lutas contra a opressão (SANTOS, 2018). A busca por tantas ferramentas corresponde ao tamanho da indignação que sentimos, à vontade de superarmos o superável e de tornarmos intolerável o que tem sido tolerado; abordando os temas relacionados ao sofrimento e à morte de modo ético e político, na metodologia inspirada em Paulo Freire a respeito dos acontecimentos concretos. Ou, nas palavras mesmas do autor,

Trata-se de um tipo de pedagogia do oprimido construída sobre acontecimentos concretos, que se processa através da indagação sobre sofrimento ou morte justos ou injustos; sobre sofrimento ou morte inocentes ou culpados; sobre quem é opressor e quem é oprimido; sobre quem é oprimido no contexto actual, mas pode ser opressor num outro contexto, e vice-versa; sobre o que significa ser cúmplice por ignorância, distração, egoísmo, interesse, etc., etc. Trata-se de uma pedagogia aberta que pode vir a questionar os limites da dialéctica opressor/oprimido, mostrando campos de prática aos quais essa dialéctica não é aplicável ou nos quais, em vez de polarizações absolutas, existem identidades de opressor/oprimido diferentes e mistas (SANTOS, 2018, p. 171).

Neste viés, a partir da construção dos dados na cartografia, ouvi sobre famílias que desempenham papel opressor perante os usuários. Sugiro nos voltarmos a estes problemas de

²⁶ Conversa entre Boaventura de Sousa Santos e Jessé de Souza, ocorrida em encontro online em outubro de 2020 e divulgada no Canal CES em 04-11-20. Disponível em <https://saladeimprensa.ces.uc.pt/index.php?col=canalces&id=31496#.YF4YUWRKijA>.

modo a tentar reconhecer estratégias de convivência que, mesmo em contextos difíceis, permitem-nos potencializar a dimensão subjetiva a favor da garantia de direitos humanos, tal como a premissa feita por Jesus, Santana e Castelar (2020). Algumas situações concretas evocadas pelas participantes da pesquisa seguem essa direção:

MC - é, mas é porque existem conflitos internos, mesmo, do usuário com o familiar - que parte, também, da subjetividade de cada um - por exemplo a relação da R. com a mãe dela, elas não se dão, não se batem. Então ela vem, fica no lugar da queixa, de que a mãe dela não apoia, não tá assim, não tá assado, que a mãe... nos delírios, ela fala mil coisas. Então, é raro das duas, por exemplo, se aproximarem, pra poder tá junto, por exemplo. Tem até aquele episódio da viagem, né? O grupo foi fazer uma apresentação fora, em Conceição - e nessa trajetória toda do grupo, R. já foi pra Salvador; já foi pra São Paulo, já foi pra vários lugares e nunca teve nenhum tipo de intercorrência. E aí rolou, nessa última viagem, por alguma razão, a mãe chega aqui no dia seguinte preocupadíssima, querendo saber o quê que aconteceu, que R. não dormiu em casa. [risos] Ela tinha viajado pra apresentar e ela não expôs pra mãe que tava indo fazer uma viagem, pra apresentar, e que não voltaria pra casa aquele dia. Entende?
(Entrevista coletiva no CC).

A família é também lugar de transmissão de valores e de referência para nossa constituição subjetiva. Muitas vezes algo não aceito socialmente é reproduzido no grupo, a partir de preconceitos e julgamentos que desconsideram as diferenças entre as pessoas em contextos universais e particulares. Por este ponto de vista, a respeito dos privilégios associados às categorias raciais no Brasil, Santos e Santos (2020) analisam como a referência dominante de homem branco enquanto referencial, numa lógica inventada em um determinado contexto sócio-histórico e reproduzido no ocidente como verdade, gera efeitos nas subjetividades das pessoas negras e formas de sofrimento muitas vezes vivenciadas na dimensão não dita das relações intrafamiliares. O grupo familiar age e é responsável também pela sustentação ou desconstrução dos sistemas de valores e referências, simbólicos e afetivos, que seus membros possam compactuar.

No contexto de atuação profissional da psicologia, tais autores alertam para o risco de profissionais negligenciarem as experiências marcadas pelo racismo, reproduzindo o racismo construído na sociedade no próprio local de atendimento e exercício da função de terapeutas (SANTOS e SANTOS, 2020). Pode ocorrer mau uso das técnicas convencionais terapêuticas, como interpretação que corresponda a valores pessoais e se distancie do que o outro vive -

mesmo porque temos muitas desigualdades no acesso à formação educacional, que nos deixam frequentemente em situação dispar, enquanto técnicos, da situação sócio-econômica dos usuários que atendemos nas políticas públicas. O racismo é usado para justificar distintas formas de opressão e não pode ser negligenciado nas políticas públicas. Assim, o perigo de profissionais culpabilizarem os sujeitos pelos afetos que sentem e pelas formas que organizam suas relações sociais e afetivas leva a um reducionismo psicologista. Como se ser vítima de violências - mesmo que sejam simbólicas - fosse algo de escolha deliberada das pessoas, e não efeitos da nossa sociedade e cultura.

Podemos nos perguntar, assim, como na canção de Tom Zé (1972), Senhor cidadão: “com quantos quilos de medo se faz uma tradição?”. Qual preço pagamos por sustentar as tradições que nos foram impostas?

O medo atravessou o tempo e fez parte de nossa história desde sempre. Era o medo de quem foi arrancado do seu chão. Medo de não resistir à travessia por mar e terra. Medo dos castigos, dos trabalhos, do sol escaldante, dos espíritos daquela gente. Medo de andar, medo de desagradar, medo de existir. Medo de que não gostassem de você, do que fazia, que não gostassem do seu cheiro, do seu cabelo, de sua cor. Que não gostassem de seus filhos, das cantigas, da nossa irmandade. Aonde quer que fôssemos, encontrávamos um parente, nunca estávamos sós. Quando não éramos parentes, nos fazíamos parentes. Foi a nossa valência poder se adaptar, poder construir essa irmandade, mesmo sendo alvos da vigilância dos que queriam nos enfraquecer. Por isso espalhavam o medo (VIEIRA JUNIOR, 2019, p. 178).

De onde vem esses medos que sentimos e os receios de estarmos com pessoas em suas diversidades expressivas? Uma das referências utilizadas em comum por diversos autores que têm discutido saúde mental e racismo é Frantz Fanon, ao qual já nos referimos, destacando seu posicionamento político atrelado à prática enquanto psiquiatra e à sua vivência enquanto homem negro em uma sociedade racista. Nos estudos apresentados sobre o papel da psicologia diante dessa problemática, reconhecemos “a gravidade de se negligenciar o racismo e outros sistemas de desigualdade no exercício da escuta psicológica” (SANTOS e SANTOS, 2020, p. 174); bem como a ausência do tema na formação e ensino de psicologia e na prática profissional, apesar da existência de programa de combate ao racismo no SUS (JESUS, SANTANA e CASTELAR, 2020). Este é um dos desafios ético-políticos da profissão, que se associa aos desafios macropolíticos mais amplos desse tempo em que vivemos.

Zi - na verdade a gente vai construindo, né? A gente teve um caso - não consigo lembrar o nome da usuária, ela até faleceu esse ano - que no começo, quando ela ia, acompanhada pela mãe, era as duas na minha oficina - e muitas vezes você perguntava, a mãe respondia! [N ri] Tinha uma interferência muito grande da mãe (...) mas a gente foi construindo, ali... já no finalzinho, na participação delas nas oficinas, eu já conseguia ter uma dum lado outra do outro, na mesa. Até o próprio vínculo, com os outros usuários que participavam da oficina, né. Essa usuária gostava muito de sentar perto da A., então as duas tinham uma troca bacana. A mãe já gostava de conversar com outro... então, foi passando, ali, e às vezes cê até esquecia que era mãe e filha na oficina (...) mas no início era muito chato [N ri], que a gente não conseguia nem conversar direito.

(Entrevista coletiva no CC).

Dos temas surgidos nas conversas coletivas podemos refletir sobre as condições materiais, identitárias, os padrões de sociabilidade as condições, muitas vezes ausentes, mas nem sempre, para uma autonomia econômica. Nossa vida mercantilizada representa um desafio para passarmos tempo livre com quem gostamos, o que se torna ainda maior para pessoas que não apresentam, ainda que momentaneamente, condições para trabalho no sistema econômico dominante. Os centros de convivência e os dispositivos criados pelos serviços para favorecer trocas afetivas melhoram a qualidade de vida dos usuários, ainda que alguns deles não retornem às atividades formais ou iniciem empregos nas cooperativas e projetos intersetoriais. Demandas recorrentes feitas pelos familiares:

Fê - mas eu acho que pra muitos, o CC tem esse papel do lugar do trabalho deles

T - hum hum

Fê - eu acho que pra família deve repercutir muito isso

Ka - a pessoa não tá à toa. Ela tá indo lá, trabalhando...

(Entrevista com equipe no CC).

Tanto no Centro de Convivência quanto no CERSAM ocorrem solicitação de apoio para trabalho e fonte de renda. Se o desemprego está previsto para os considerados são, como característica do sistema, torna-se ameaça ainda maior para pessoas diagnosticadas. Estes são tratados como “sócio-economicamente insignificantes” (BASAGLIA, 2010, p. 102). E faz parte do nosso papel abordar este tópico com os envolvidos problematizando os diversos estigmas sociais, tantas vezes reproduzidos também pelos familiares, pelos usuários e por nós mesmos como técnicos.

A revisão bibliográfica sobre as relações familiares na rede de atenção psicossocial corrobora tais demandas, associando-a ao medo e à periculosidade atribuídos aos loucos no senso comum (AZEVEDO e MIRANDA, 2011). Medidas de articulação culturais e sociais são, portanto, necessárias, para alcançarmos parcerias efetivas no trabalho de reabilitação psicossocial. Agir com segmentos diversos da sociedade, incluindo formações profissionais para técnicos de saúde para esta perspectiva. Assim, apesar da relevância da presença das famílias no cotidiano do serviço e das pretensões de corresponsabilização que buscamos, convém enfatizar que não há “ideal de inserção familiar no serviço” (AZEVEDO e MIRANDA, 2011, p. 344), no ponto de vista que tentamos delinear, diferindo de algumas produções realizadas a este respeito. Flexibilizações possíveis no campo:

AS - igual ele vem pro CC, deve ficar circulando na casa dos familiares

Zi - e não é uma coisa assim, porque ele mente, é porque ele circula mesmo por essas casas

(...)

T - mas cês tão me falando, fico pensando nesse tipo de usuário que fica meio nômade, né? Se essa coisa de circular em vários centros de convivência... porque é isso, Belo Horizonte tem nove, né? Betim, gente, eu trabalhava lá: um centro de convivência pra cidade inteira! Na região que eu tava, o pessoal falava: era mais fácil pegar um ônibus pra vir pra Belo Horizonte que pegar um ônibus pra ir pro

Centro de Betim, pro centro de convivência, sabe? Por isso que eu falo, o serviço é muito estratégico!

(Entrevista coletiva no CC).

Reproduzir e reinventar fazem parte do movimento da vida. Circulações nômades podem ser maneiras de enfrentamos nossos medos cotidianamente, buscando alguns espaços subjetivos que se tornam mais eficazes do que outros para fazê-las.

O dia. As horas. Cada instante. Às vezes medo. Não às vezes: detrás de tudo o medo. Olho imenso tomando o céu. Me recuso a levantar as pálpebras além dos muros. Uniformes cinzentos. Desfile de rostos iguais. Alguns gritos, algumas gargalhadas. Sem lágrimas, sem apelação. Medo: as portas trancadas que dão sinal de vida. As guardas rancorosas. Elas nos fazem voltar das portas, fugir dos corredores, engolir depressa a caneca de mate quente. [...] Um momento fosco se estendeu trêmulo, o alto-falante gritava música seca, fazendo o corredor dançar quieto e quase vazio, enquanto as mulheres se olhavam, andando lentas e sacudidas (CANÇADO, 1979, p. 36).

Quais territórios compomos para manter essas movimentações?

4.2 Uma festa, muitos encontros

Em uma festa cada uma vive o momento à sua maneira. A que dança vê de uma certa forma, a que serve o caldo e a canjica de outra, a que conduz o cortejo e ocupa o palco, de outras. Na festa estamos todas e todos misturados, técnicas (os) e usuárias (os), familiares e curiosos. O evento cria espaços e temporalidades para acontecimentos. Inventamos, nas redes, outras maneiras de estarmos juntas e juntos. São oportunidades de nos misturarmos - para quem gosta de se misturar. Entre tantas cores e movimentos, como definir os que são normais e os que não são? Ou melhor, haveríamos essa necessidade de definição?

Querida Viviana,

Preciso te contar sobre a festa junina da Serra do Mondego²⁷, ontem, em que fui como atividade da pesquisa! Tinha recebido o convite e combinado, no grupo de famílias do Cersam, que iríamos trabalhar juntos na barraquinha de caldo. Já é uma tradição de uns 4

²⁷ Nome fictício da regional - divisão administrativa do município - onde foi realizada a pesquisa.

anos, se não me engano, esta tarefa. De manhã o grupo foi preparar tudo. Muita gente contribuiu com doações, ingredientes... uma das mães fez aventais, outra foi adiantar o torresmo no dia anterior... e foram feitas várias panelas de caldo! Um sucesso, que durou algum tempo e logo acabou.

A festa estava muito animada, bonita, com vários enfeites e a equipe do CC tocando instrumentos, fazendo cortejos, depois no palco deixando o microfone aberto para quem quisesse cantar - e vários usuários cantaram! Eu vi alguma coisa de longe, pois fui logo para o meu serviço, rs, onde podíamos ficar servindo ininterruptamente vários potes, conforme a demanda! Engraçado como a comida, os alimentos, têm importância central nesse tipo de evento.

Reconheci logo uma usuária que se apresenta com um grupo artístico, originariamente vinculado à rede, em um número conhecido: uma performance em que ela canta e dança uma música de autoria própria, que é uma receita, bem engraçada. Ela não me conhecia, mas a vi e falei “ah, eu te vi no teatro... estava linda!”, e ela veio me abraçando e beijando, agradecendo, muito simpaticamente.

Eu fiquei meio sem entender, quando cheguei na barraca, a postura de algumas pessoas da equipe do Cersam, que vieram para ajudar a servir de modo quase autoritário, sem combinar entre nós nada, com dificuldade ajeitando os utensílios e temperos adicionados na hora. Quer dizer, eu estava fazendo algo por diversão e vi pessoas quase me tirando do lugar (literalmente!) para poderem servir muito e rápido. Eu queria conversar, perguntar para cada um qual acréscimo queria, interagir verbalmente, mas algumas pessoas serviam em série. Não comentei mas fiquei com esse incômodo... Deviam estar me achando lerda.

Do grupo de familiares, uma mãe não pôde ir - acho até que a filha, em tratamento na rede, não estava muito bem, pelo que comentaram - outra esteve aproveitando a festa - a que já tinha contribuído pra fazer as coisas - e o pai, quase sempre calado nos encontros, parecia estar se divertindo, também, ao seu modo. A que faz o papel de liderança estava lá, sempre responsável, ajudando, orientando, conversando; trouxe para a festa panfletos da eleição do CRP, em claro e permanente engajamento político nos temas da saúde mental. Mas acho interessante que ela se mantém tranquila, sempre disponível.

Cheguei a dar uma volta rápida para ver o movimento, parei pra comer alguma coisa também - ora! - encontrei alguns trabalhadores da rede, sempre conversando entre si. Ali estavam em assuntos de trabalho.

Depois de um tempo, entre várias trocas do grupo, que pra mim aconteciam de repente, de modo barulhento - talvez a partir de rodízio marcado previamente entre equipe e gerente do Cersam - enfim, me falaram para sair da barraca e ir pra festa. Fui, sozinha, tímida, interessada em dançar a quadrilha, apesar de não ter par. Vi parte da equipe do Cersam sentada, perguntei se não iam dançar (não aguentei! porque estava tendo a chamada para os interessados se juntarem perto do palco, e o povo lá, parado...), “aqui são os que não dançam?” - duas ou três pessoas responderam alguma coisa, uma delas dizendo que estava com a perna machucada e não tinha condições...

Cheguei perto do microfone e pedi ajuda para conseguir um par. Com o anúncio chegou um jovem, animado, provavelmente usuário, com hálito etílico, pouca conversa e muito ritmo. Eu nem soube seu nome, mas dançamos juntos até o final, e foi uma quadrilha longa! Meio bagunçada, divertida, e afinal cheia de gente. Reparei como usuários que eu tinha visto antes, com posturas mais ou menos estereotipadas, dançavam bem e se expressavam de outro modo. Acho lindo ver as formações, caracois e túneis, galopes, tantas trocas aleatórias, simples, mas sinalizando a potência desses corpos adormecidos pelos psicofármacos e pelo modo de relação com o trabalho, num fenômeno de grupo delicado e bonito. Duas vezes duas pessoas se desequilibraram e caíram, coitadas, mas acho que não foi grave e teve gente pra ajudar logo. A dança continuando! E fiquei o tempo que tinha disponível.

Engraçado pensar que fui sem ter um roteiro, sem saber direito como seria, e estou agora tentando refletir sobre o que a festa pode ajudar a pensar para o tema da pesquisa. Fica parecendo mais uma vez a diferença da leveza que é o cotidiano no CC, ou como a arte traz para os trabalhadores, também (além dos usuários), outras possibilidades de repertório de atuação profissional e de vida. A parte “pesada” do trabalho para a festa - entre os preparos, enfeites, arrumação no final, contabilidade, etc. - parece ter sido também dividida entre as equipes dos serviços. Imagino que as gerentes devem se articular muito bem para garantir uma festa grande como essa, em que vem tanta gente da comunidade. Fico curiosa mesmo é com o jeito das pessoas interagirem, numa espécie de diferença / assimetria que

mesmo na festa aparece - como no diálogo que ouvi na barraquinha, “vim aqui só pra ver a senhora me servir”, ao que a profissional responde, entre alguma outra fala, “fulano vai ficar com ciúme”, em tom de brincadeira... mas que pra mim soa mal. (...)
(Diário de bordo).

Situações espontâneas demonstram como as pessoas se comportam nas diferentes esferas da vida. Os momentos não estruturados em que aparecem reproduções estereotipadas de comportamento e também interações imprevistas, nas quais nós mesmas podemos nos surpreender. “É na celebração que se vê se o povo está dominado ou não” (SANTOS, 2019, p. 34). Festas, músicas, danças, comidas e bebidas compartilhadas materializam nossas culturalidades e desafiam padrões que construímos para o que pode ser caótico e harmônico entre as relações humanas.

Desejamos contribuir para subjetividades em movimento e as reconhecemos como composições grupais: como afirmado por Aspis (2020), são multiplicidades singulares, que se atravessam e são também atravessadas por acontecimentos diversos. A coexistência de dimensões múltiplas, que se ligam aos corpos, aos pensamentos, aos afetos.

O acontecimento dá-se por um encontro que desestabiliza um estado de coisas, desterritorializa uma organização subjetiva, uma corporeidade, uma teia de sentidos. Para acompanhá-lo, é preciso ir além do momento de desestabilização ou crise e poder criar novos corpos, ritmos, mundos à altura do acontecimento feito de simultaneidades. Muitas camadas estão implicadas (LIBERMAN e LIMA, 2015, p. 187)

Passado um determinado evento, no entanto, podemos nos perguntar sobre os efeitos que observamos nas relações entre aqueles e aquelas que estiveram presentes e sobre as memórias que ele cria.

[...] O acontecimento decide sobre uma repartição das forças. O acontecimento, ou a decisão, ‘molecular’, diria Guattari, mostrará se a escolha vai na direção da vida ou da morte, de uma agregação ou uma desagregação (PELBART, 2016, p. 81).

Lembranças alegres de uma festa retornam sempre. Do ponto de vista dos (as) trabalhadores (as), os mesmos corpos que costumamos ver nos espaços de permanência dia, oficinas, assembleias e consultórios nos causam admiração pela liberdade de movimentos expressada, apesar do consumo de psicotrópicos e de outros elementos que geram obstáculos

à expressividade de cada um (a). Do ponto de vista de usuários (as) e familiares, teríamos que investigar como avaliam os eventos. Neles, pelo que tive oportunidade de participar, percebi que as pessoas comparecem e se envolvem, ao seu modo. Sobre eles não foi falada da ausência de público ou receio de não comparecimento do mesmo. Fico curiosa em saber, no entanto, se temos condições de desenvolver ainda mais as potencialidades desses encontros, em seus aspectos micropolíticos, fazendo um uso político da alegria de estarmos juntos e juntas e celebrarmos o momento presente. Criar festividades que coexistam com as agruras da vida.

O afeto não é questão de representação de discursividade, mas de existência. [...] Antes da influência desse bloco de sensação, desse foco de subjetivação parcial, era a cinzenta monotonia; depois, não sou mais eu mesmo como antes, fui arrebatado em um devir outro, levado para além de meus Territórios existenciais familiares (GUATTARI, 1992, p. 117).

Em uma das visitas ao CERSAM Fanon, na mesma sala de reunião onde acontecem as reuniões - separada por divisórias mas com abertura no teto, para onde há o espaço que divide a sala de espera para as consultas ambulatoriais e o espaço de cuidado da enfermagem, quartos com leitos - nos reunimos eu, duas mães, duas irmãs e um pai, que vieram pelo meu convite, para conversarmos sobre o tema da pesquisa. Ao fundo ouvíamos os sons da farmácia, de pessoas que estavam no serviço... Fiz a apresentação breve da pesquisa, li com eles o termo de consentimento, perguntei se tinham alguma dúvida. Uma mãe que eu não conhecia veio - a vi pela primeira naquele dia. Perguntei se podia gravar, não se opuseram. Falei sobre a tentativa de inserção da pesquisa também no Centro de Saúde... e o assunto já começou a render a partir daí. Interessante que propus começar pedindo para comentarem um pouco sobre como que é o tratamento que os familiares deles recebem, na rede, fosse no CERSAM, ou em algum outro ponto. Só depois, em casa, ouvindo novamente a conversa, percebi que, perguntando sobre o tratamento, responderam logo pelo papel que ocupam, nas relações e na vida com os familiares adoecidos. Este papel seria uma outra pergunta que eu faria, mas, afinal, ficou indicado sobre o que o grupo gostaria de falar, naquele momento, e como foi se constituindo o espaço para a conversa.

Ma - igual você falou, sabe... às vezes alguém vai achar ruim, mas eu tô pra falar isso há muito tempo... Acho que chegou a hora. Não sei se já... Aqui é muito

bom... mas eu acho que questão de droga, aceitar pessoas que também se drogam, misturar...

C - mas toda vida foi assim

Ma- eu acho que tem que ser: se é problema mental, é mental. Cê vai me desculpar. É minha opinião!

T - hum hum

Ma - eu acho que não tem que misturar, não

T - mas tem muita gente que faz tratamento aqui com essa coisa de droga?

Si - com uso de droga, tem

Ma - eu acho que não tem que misturar, não. Uma coisa: estamos correndo risco

Si - é

Ma - os médicos estão, todos aqui estão... chega aqui com a polícia, aqui, sabe?

C - vem de presídio

Ma - que se tiver uns cara aí, vir e entrar, como é que fica? Como é que eu deixo a minha filha? Tá entendendo?

[nesta altura, dentro de mim havia primeiro despertado uma postura militante, quase querendo dizer a favor dos usuários de drogas, que também tem que ser acolhidos, etc. E me contive. Depois fiquei pensando no preconceito dessa mãe, nesse efeito de criminalização do uso, que a equipe poderia tentar abordar isso

também com os familiares... ma manteve a postura de escuta, até para ver o que as outras pessoas colocariam também sobre o tema. Pensava: calma, Tuliola. Escute.]

Ma - Como é que ela deixa a irmã dela? O filho dele?

T - mas você nunca falou aqui, esse problema que cê acha, com o pessoal, não?

Ma - não, nunca falei, porque posso ser até discriminada. Eu senti vontade de falar agora. Isso que eu falei com ela...

C - não é só ela, não. Que eu conheço Serra do Mondego toda, Belo Horizonte toda [os outros riem]. Sempre tem um que chega, é verdade!, e fala “C, eu odeio aquele lugar lá” - desse jeito! - “aquilo ali num resolve nada. Os médicos lá é mais doido que a família da gente que é doente, num passa o remédio direito”... mas é igual eu falo, “pelo menos tem lá pra atender” ...

Si - a gente, aqui, tá expondo alguns pontos negativos, existe os positivos, mas é válido colocar isso...

Um fragmento como este, formado por várias vozes, permite observarmos aspectos simultâneos sobre o modo como esses familiares convivem com as situações diversas que eles relacionam à saúde mental. No começo, o próprio grupo entrevistado funciona como dispositivo para que Ma exponha algo que não havia comentado antes na presença de alguém da equipe do CERSAM - e ela diz como se sentiu à vontade para tanto.

Em seguida, a associação da instituição CERSAM à categoria médica, na fala de C, remete ao imaginário popular que prioriza o médico e a psiquiatria no tratamento, apesar de o serviço ser composto por equipe multiprofissional. Curiosamente com uma ambiguidade, aqui, desqualificando o que os profissionais não resolvem por associação ao próprio fenômeno da loucura...

Chama a atenção a crítica à “mistura” de pessoas, claramente uma demanda de exclusão do diferente. Esta mãe, preocupada com as companhias da filha e possível indução de outrem a um comportamento que desaprova, como o uso de drogas, fica à vontade, na ocasião da entrevista coletiva, para dizer o que sente e pensa, expressando seus valores. Na sua avaliação, é uma pessoa que não usa drogas, não realiza atividades ilegais, e por isso corre risco de ser confundida com alguém que as realiza. A fala sugere receio sobre julgamento que as pessoas possam fazer sobre si e sobre sua familiar, sendo a exclusão uma velha e conhecida receita que beneficia algumas pessoas e prejudica outras. De todo modo, o fato de ela se dispor a falar sobre isso, da forma como enuncia, revela que o grupo, naquele momento, flexibilizou-se o bastante para dizer algo que nem sempre seria ouvido, aceito. No dispositivo criado por demanda desta pesquisa, a fala circulou entre as e os participantes, que se exprimiram a partir do que consideram práticas de cuidado. Convém, em situações como esta, nos atentarmos - enquanto técnicas (os), pesquisadoras (es), ou em qualquer que seja nossa posição - para nossas práticas e nossas escutas, para não agirmos de modo discriminatório quando buscamos justamente evitar a discriminação entre as pessoas, inclusive entre usuários e familiares.

Na mesma conversa, em outros momentos, esse destaque ao papel do médico foi novamente realizado, e também em menor medida ao saber da psicologia. Frequentemente, nas conversas, surge uma demanda de saber especializado sobre a loucura.

Si - que se for ficar esperando da pessoa vir de livre e espontânea vontade, não vem. Ela vem sob pressão. “O fulano surtou, só tem eu. Eu tenho que ir”

C - aí na hora que precisa vem pra cá

Ma - tem uns que nem assim, né

A demanda para exclusão do público de usuário de drogas, que representa a criminalização do consumo e os preconceitos diversos que advém disso, indicam postura que pode ser comum a outros familiares (e até mesmo usuários e possivelmente também trabalhadores da rede), que por valores pessoais fazem a mesma demanda para que os

usuários não se misturem. Acho um tema de grande relevância, atualmente, e que tem sido discutido em diferentes espaços dos movimentos sociais e da gestão municipal, com demandas recorrentes de trabalhadores da rede para terem capacitação sobre esses quadros - além de toda a mobilização social que o uso de drogas provoca em nossa cultura. Mas o que convém destacar é que os medicamentos prescritos, nesse caso, não são considerados drogas - o que reflete, mais uma vez, a naturalização da atuação específica de prescrição médica, que estaria quase isenta de julgamentos de valor, se considerarmos a forma dominante de valorização e decorrente manifestação do poder de influência da categoria sobre o senso comum. E, além disso, como esse fato me conduz a uma postura de mobilização afetiva e política, me fazendo considerar tema importante de discussão franca entre os atores - tanto que pergunto, na sequência, se essa mãe não chegou a pautar o assunto em reuniões com a equipe, e ainda levei esta questão para as outras entrevistas que foram feitas depois, com familiares e com as equipes dos dois serviços envolvidos. Ou seja, é preciso destacar como o tema do uso de drogas tem sido tratado através desses endurecimentos na rede, na pesquisa, nos movimentos, nos espaços coletivos, e que, embora não seja nosso foco, se relaciona ao nosso tema e ao cotidiano dos participantes deste trabalho.

Comentei com a equipe sobre os preconceitos com usuários de drogas, sobre o que falaram alguns familiares. Para estes, a convivência com pessoas que usam substâncias é nociva e pode fragilizar as condutas no serviço. Em geral são considerados influência negativa para os que estão em tratamento por motivos outros que não o uso de drogas. O consumo do cigarro é citado com frequência:

Na - isso, às vezes aparece

T - um comentário desses

Na - ou o pai e a mãe passam o dia inteiro aqui

Pa - vigiando, né

Na - vigiando! E alguns falam, “ah, ele aprendeu a fumar foi aqui”

Nas conversas com as equipes comentei sobre o que foi trazido pelos familiares, na perspectiva investigada, de modo a tentar analisar com elas o material produzido: queixas, silenciamentos, sugestões, afetos que compõem nosso cotidiano.

T - na verdade, a perspectiva teórica tenta fazer uma coisa transdisciplinar, tanto pra gente falar da posição de familiares ou de trabalhadores, a gente tenta ir cruzando. Eu, provavelmente, todo momento que eu for escrever, qualquer análise que eu for fazer, muito difícil eu não falar da conjuntura, que eu vejo junto, sabe... pelo menos, eu acho que não tem como. Essa coisa que eu vejo de um certo preconceito em relação à droga, uma certa explicação de como aceitar o sofrimento ou não, com questões religiosas...

I - sim

T - é tanta coisa cultural e social junto, que acaba que é uma perspectiva que a gente precisa ampliar um pouco isso

Pa - sim

I - eu acho assim, as pessoas que participam do grupo são as mesmas que estão na sociedade, então é claro que elas vão trazer com elas questões de preconceito, mesmo

T - isso se reflete, né

I - é. E a gente tenta ir trabalhando. Mas é claro que essas questões religiosas são fortes demais e a gente tenta abordar quando elas são trazidas.

Tanto a nossa experiência de trabalho quanto a bibliografia sobre as práticas nos serviços substitutivos demonstram como é comum o consumo de drogas na nossa sociedade, sejam elas lícitas ou ilícitas (SILVA *et al*, 2018), o que não significa que todo ou qualquer uso seja prejudicial. A forma como este assunto surgiu na entrevista coletiva com os familiares no CERSAM me causou estranhamento, diante da condenação generalizada e da intenção de abstinência para os usuários, familiares em tratamento. Ou seja, minha primeira reação seria a de pontuar as considerações sociais sobre o uso, no momento em que trouxeram suas preocupações pessoais; mas achei que era melhor ouvir as queixas e perguntar se e como seria possível abordá-las em outros momentos de diálogo com a equipe, buscando saídas possíveis para cada usuário e eventualmente possibilidade de reflexão sobre o julgamento moral a respeito do uso. Os trabalhadores-autores citados indicam os riscos que generalizações levam a práticas de segregação, bem como condutas bem sucedidas quando há parceria com famílias (SILVA *et al*, 2018) em abordagens específicas na lógica da redução de danos.

Mesmo nas confraternizações vemos circulando resquícios de poder e hierarquia nas relações pessoais, além de estereótipos sobre a loucura, tais como certa expectativa de limitação para convivência social. Por vezes o saber técnico profissional parece ser empecilho para interações mais fluidas e espontâneas: ele conduz a enrijecimentos quanto ao que pode um corpo em estado de afetar e ser afetado por outro, e que percebemos mais pelas práticas e formas de convivência do que pelos discursos explicitados.

Talvez as comemorações nos incomodem (àqueles a quem elas incomodam) porque o tempo da celebração esconde o tempo em devir do acontecimento. Os devires, afirmam Deleuze e Guattari, não têm a mesma temporalidade que a história. A história se celebra. O devir se vive. Por isso as comemorações não costumam coincidir com os momentos da vida nos quais realmente se cruza um limiar. As comemorações servem para recordar algo que do contrário seria esquecido e para esquecer aquilo que deveria ser lembrado. A cronologia política hegemônica impõe uma ordem da memória que celebra os ritos sociais que a coletividade aprova e reconhece (PRECIADO, 2020, p. 313)

Relatos de pesquisa sobre familiares sugerem impactos nas rotinas diárias, que incluem diminuição das atividades de lazer e participação em eventos sociais (REIS *et al*, 2016) como se tais impactos fossem inevitáveis e permanentes. Alguns deles desconsideram os efeitos de subjetivação envolvidos, pelos quais o preconceito social amplo em relação às pessoas em situação de sofrimento mental são assimilados pelos familiares, que para não o sentirem acabam, de certo modo, também se isolando. Metodologias de pesquisa com grupos

de usuários e familiares se mostram importantes, portanto, para construção de outras possibilidades de narrativas, como demonstrado por Marques, Oliveira e Oliveira (2018).

As dificuldades de diálogo entre familiares e equipes podem estar associadas às diferentes referências de códigos, linguagens e concepções pertencentes às camadas sociais. Conforme destacado por Rosa e Campos (2013), as distintas origens de classe desses segmentos favorece mal-entendidos, devido a concepções centradas em valores culturais da classe à qual pertencem. Diferenças no grau de escolarização e acesso a bens, entre outras características, dificultam condutas resolutivas para as pluralidades de realidades acompanhadas nas políticas públicas. E as desigualdades sociais acabam sendo reproduzidas no interior dos serviços.

Os impasses são muitos. Quando perguntado aos familiares o que acham que poderia ser feito para diminuir o preconceito que as pessoas têm com os usuários da saúde mental, inclusive por se localizarem, com frequência, como uma das poucas pessoas que assumem a tarefa de cuidado, uma das participantes diz:

C - mas ninguém quer problema, não. Quem quer cuidar de uma pessoa com problema mental?

[Ma concorda] ninguém quer ajudar.

(entrevista coletiva no CERSAM)

De onde localizamos a importância de se trabalhar, na sociedade, o medo, a negação, a demanda de exclusão da diferença, a partir, também, do mandato dos trabalhadores da saúde mental. Práticas que possam permitir a

busca de um novo tipo de relação entre doente, médico e sociedade, na qual o papel protetor do hospital seja igualmente dividido entre todos; diante da necessidade de manter o nível de conflito apropriado para estimular, em vez de reprimir, a agressividade e o poder de se opor ao real, embora nós sejamos os primeiros a fazer parte deste mesmo real (BASAGLIA, 2010, p. 59).

Lembre-mos, ainda, que defendemos um modelo de assistência em saúde mental rigorosamente atrelado a ideais democráticos, pelos quais não buscamos consensos a todo e qualquer custo, mas, ao contrário, estimulamos trabalhos coletivos sobre tais conflitos. Estes são, neste ponto de vista, necessários e legítimos (CHAUI, 2019), e expressam as diferenças entre os sujeitos que compõem cenas e instituições.

Assim, para termos êxito nas práticas, convém termos clareza sobre a necessidade de desenvolvermos modos diversos de perspectivas sobre a natureza da doença, para em decorrência disso tratar das expectativas de cura e tratamento e do que se demanda como ajuda para o manejo da situação desafiadora. A solidariedade frequentemente evocada no senso comum, pela qual se espera apoio irrestrito de outros familiares para a resolução de determinados problemas, pelo simples fato de serem familiares, sugere uma idealização dos papéis sociais em função dos laços de consanguinidade. A fala citada anteriormente pronunciada e apoiada pelas familiares sugere certo fatalismo sobre o que compreendem como loucura, como se todo e qualquer contato com sujeitos em situação de sofrimento mental representasse ônus para si. Além disso, tal concepção corre o risco de tornar o / a familiar responsável pelos cuidados como mártir - postura que tampouco favorece conexões cotidianas inventivas entre as pessoas, despotencializando encontros que poderiam trazer ganhos subjetivos, para além dos impasses da vida conjunta.

4.3 Possibilidades de trocas, poder de contratualidade

Quando avaliamos as ações nas rede de saúde costumamos enfatizar a necessidade de mudança na relação entre médicos, equipes e usuários, quando nela se manifestam os riscos de manutenção do poder médico-centrado. O modelo de atenção antimanicomial considera, tal como explicitado por Saraceno (2011), que para realização do tratamento em saúde mental é indispensável a condição de cidadania do usuário. Segundo o autor, esta não é em si mesma um direito, mas a “soma de direitos negativos (de não ser excluído, de não ser abandonado, de não ser violentado) e de direitos positivos (de ser cuidado pelo serviço sanitário, de ser tratado bem, de ser reconhecido pelas necessidades pessoais)” (SARACENO, 2011, p. 99). Assim, dentre os desafios da desinstitucionalização, carecemos de outros olhares sobre as práticas que conduzimos nos serviços, associando produção de saúde e garantia de acesso à cidadania como objetivos inseparáveis.

Os modos de funcionamento dos serviços e das modalidades de comunicação sugerem, em alguns momentos, dificuldades com a transversalidade de saberes e com características que favoreçam a autogestão dos grupos constituídos com familiares. Uma

pauta de organização de encontro ilustra parte dessas impressões que tive no campo de pesquisa:

Em mais de um momento observo uma familiar e a equipe definindo coisas sobre o encontro, enquanto os outros familiares conversam sobre a receita do chá, o espetáculo de teatro para que foram convidados, algum assunto mais pessoal, sobre o emprego, ou a família, não sei, mas certamente estão mais distantes das decisões tomadas. Quando tenho espaço pergunto para a C o que ela acha sobre a definição do filme, “será que as pessoas vão querer assistir?”, tentando integrá-la mais na conversa (...). Penso que tenho que agir despistadamente. (...) Acabamos pensando em fazer uma espécie de cine-debate em um outro momento, chamando então as famílias para essa atividade específica. Uma técnica fica de avaliar se passa algumas cenas do filme, somente: “acho que a imagem é importante, convoca as pessoas”, e dependendo de como for vai trazer cenas selecionadas. (Fragmento do diário de bordo).

Sabemos que nas relações entre equipes e usuários atendidos podem estar presentes dimensões de dominação ou de liberdade, tal como alertado por Basaglia (1985). Para problematizarmos a situação social dos sujeitos em situação de sofrimento mental, é preciso partirmos das suas condições de inserção na rede de atendimento sócio-sanitária e vinculação às instituições de tratamento. A partir dessas podemos observar, na presente pesquisa, o valor e significado da doença mental, tomada enquanto objeto de análise, para nossa sociedade (OLIVEIRA, 2016). A nomenclatura “doença mental”, tal como encontrada nos escritos de Basaglia, refere-se à situação de sofrimento a partir da categorização da psiquiatria e demais ciências organizadas a partir das referências psicopatológicas. Se porventura o termo for mantido neste texto, é devido à proximidade de análise com a fonte original com o qual dialogamos. Fato é que tais indivíduos, assim identificados e categorizados, são a representação da diversidade nos modos de ser e existir, e por isso enfrentam resistências de inserção psicossocial que justifica todo o movimento da luta antimanicomial. Em seus textos, portanto, o autor convoca à não desvinculação da prática profissional com a ambição de mudança política: pois o que caracteriza nossa sociedade é estar baseada em um “sistema de

privilégios, abusos, medos e preconceitos” (BASAGLIA, 2010, p. 67), os quais não podem ser enfrentados apenas através do papel técnico. Esta forma de leitura da realidade é o que promove organização de práticas territoriais e definição dos princípios ético-políticos da construção da rede substitutiva aos manicômios.

As falas e ações dos técnicos observadas durante o contato com o campo, que indicam modos de relação cristalizados, revelam um distanciamento do que Basaglia (2010) indica como fundamental para uma abordagem do tema: a função social da instituição incumbida de tratamento. Quando há um apego à função estritamente técnica, reproduz-se o controle sobre o comportamento do usuário e certa privação das condições de contrato com os familiares. Ainda que representem um serviço cuja concepção prevê funcionamento substitutivo ao hospital psiquiátrico, no cotidiano das interações ocorre reprodução de uma lógica violenta em que não se promove inclusão dos saberes desses familiares sobre as situações concretas acompanhadas. Isso porque, conforme o raciocínio do autor, nossa sociedade, dividida em classes, pressupõe, com a divisão social, uma atribuição desigual de poder: e os técnicos dos serviços representam setor de maior poder por defenderem uma política estatal que objetiva controlar comportamentos que desviem das normas e convenções sociais (BASAGLIA, 2010). É comum que tais atores se identifiquem com o papel profissional que desempenham e, ao responderem tecnicamente a necessidades que são de caráter social - por exemplo, aquelas relacionadas à miséria e dificuldades materiais dos usuários e familiares - acabem por confundir responsabilidades assistenciais e políticas. As práticas em serviços substitutivos ao manicômio requerem, portanto, clareza sobre essa atribuição de papéis e uma sustentação dos conflitos relacionados às situações de sofrimento mental, que são ao mesmo tempo dificuldades de diálogo com as normas dominantes. Estas, por sua vez, são estabelecidas a partir de um referencial em que uma única razão é aceita como parâmetro para manutenção do *status quo*, o que criou ao longo dos séculos espaços específicos e instituições responsáveis por conter e reprimir os que são considerados desviantes.

Continuar aceitando a psiquiatria e a definição de ‘doença mental’ significa aceitar que o mundo desumanizado em que vivemos seja o único mundo humano, natural, imodificável, contra o qual os homens estão desarmados. Se assim for, continuaremos a sedar os sintomas, a fazer diagnósticos, a ministrar cuidados e tratamentos, a inventar novas técnicas terapêuticas: mas sabedores de que o problema está em outro lugar [...] (BASAGLIA, 2010, p. 298).

Mais que abertura e manutenção de serviços substitutivos, a reforma psiquiátrica requer investimento contínuo nos recursos humanos para que o paradigma antimanicomial se desenvolva e se sustente nas práticas. Nas diversas formações profissionais, no ensino superior, há predominância de conteúdos de herança positivista e pouca formação para lidar com as desigualdades sociais brasileiras. Geralmente os trabalhadores que começam a atuar nas políticas públicas, destacadamente na saúde, não tem experiência prática no campo, sendo necessário formação complementar ao serviço para que as diversas demandas e necessidades sejam identificadas e respondidas. Amarante e Torre (2018) comentam, entre outros autores, sobre recorrentes limitações na formação e condições de trabalho na RAPS, com as quais temos que lidar diariamente. Na rede de saúde mental de Belo Horizonte a rotina de reuniões de equipe e supervisões clínico-institucionais visa suprir parte dessas dificuldades cotidianas, de modo que os trabalhadores qualifiquem suas práticas a partir de momentos de reflexão e encaminhamentos coletivos a respeito dos usuários acompanhados. Há, no entanto, alguns temas que surgem como demanda para capacitação formal mais específica, tais como uso de drogas - substâncias psicoativas - atendimentos familiares, manejo de crises e práticas intersetoriais ligadas ao público infantojuvenil. “Investir esses trabalhadores da potência do cuidado não significa transformá-los em santos (nem em mártires), mas enriquecer suas subjetividades de trabalhadores afetivos e criar dispositivos de processamento permanente da *praxis*” (LANCETTI, 2010, p. 96). Investimentos micropolíticos, sobretudo, que não podemos perder de vista enquanto buscamos ampliação também das políticas públicas.

Quanto aos familiares, se queremos que sejam também protagonistas da promoção de autonomia dos usuários, e assim parceiros no tratamento, é necessário que os técnicos reconheçam tal possibilidade e ajam de modo a promover possibilidades outras de co-participação. Nos processos de circulação de pessoas e subjetividades, dentro e fora das instituições, valorizamos a dimensão de certa estabilidade das construções, bem como suas transformações inerentes: “se olharmos com atenção, perceberemos que as famílias podem ser compreendidas da mesma forma, sendo as dimensões compostas por cada membro da família, a casa, as ruas, os animais de estimação, etc” (BRASIL, 2013, p. 33). Esta complexidade implica na “[...] necessidade de criação de políticas intersetoriais e de potencialização de ações que garantam atendimento, capacitação, informação e suporte às famílias e aos cuidadores das pessoas com transtornos mentais, mediante o envolvimento de todos os atores

no processo terapêutico, bem como acolhimento na rede de serviços de saúde mental” (BARROS, JORGE e VASCONCELOS, 2013, p. 823). Indicações feitas já na IV Conferência de Saúde Mental Intersetorial, um bonito exemplo de atuação do controle social e participação popular na reforma psiquiátrica brasileira.

Muitos questionamentos acerca das pactuações em rede e da necessidade de articulação intersetorial me acompanharam nesta cartografia.

Ao longo da conversa fiz algumas pontuações, querendo entender como avaliam as ações, para talvez explicarem mais alguma opinião... “Sei que na situação de sofrimento a gente tem pressa de resolver as coisas [aproveitando que haviam falado isso antes], mas não há nada simples, a gente vai dando um passo de cada vez”. Uma delas disse “tomara que isso dê em alguma coisa”, outra comentou sobre como “falaram na minha cabeça”, que eu iria lembrar deles... e eu disse “claro, ainda vamos conversar muitas vezes, temos que pensar juntos!”. Outra mencionou também sua vontade de fazer um mestrado, doutorado... “mas não sei se chego lá”.

Parecem ter gostado do encontro, aparentemente se mantendo disponíveis para o próximo. Eu também gostei, mas fico com uma sensação estranha com o distanciamento que parecemos ter deste público - nós, que trabalhamos na rede. Por que uma psicóloga do centro de saúde tem tão pouca ideia de como a familiar que veio hoje vive? E a psiquiatra, “que graças a Deus aposentou, pra não fazer mais mal a ninguém?”. Que tipo de recursos humanos formamos, para atuar na saúde pública e nas demais relações sociais?

(Diário de bordo, entrevista coletiva com familiares no CERSAM).

Temos trabalhado com a ideia de que as linhas duras da saúde mental são marcas da lógica da tutela e da concepção de um modo de cuidado não co-produzido. Circunstâncias macropolíticas e tipos de subjetividade produzidas geram formas de abordagem vinculadas à hierarquia do saber. As visitas e observações indicaram, em alguns momentos, uma hierarquia do saber e reproduções, como se os (as) técnicos (as) fossem aqueles que sabem e devem impor aos usuários e familiares ou decidir sobre o que falar e fazer. O poder se exerce assim,

de modo difuso, rizomático. O plano de organização e as linhas duras desafiam a manutenção de reciprocidade entre equipes e usuários e o apego ao mesmo atesta a ameaça manicomial na experiência cotidiana. “A relação dentro do manicômio é uma relação de poder do médico sobre o doente (BASAGLIA, 1985, p. 39). E a vontade de poder se atualiza frequentemente em nossas ações.

Começamos a reunião após longo tempo de preparo do lanche, do espaço da sala, projetor, etc... cerca de dez familiares aguardando. As duas profissionais de referência, Bi e a gerente ajudam a conduzir a conversa temática. Exibem um programa de televisão em linguagem popular sobre a assistência psiquiátrica antes do processo de reforma.

Uma das técnicas, que está no serviço e na condução das atividades de famílias há mais de dez anos, interrompe a conversa que eu estava tendo com uma familiar, previamente, quando falávamos sobre a conjuntura social atual. “Mas hoje aqui não vamos falar de política, de partido, que isso não leva a lugar nenhum”. Muito me admira alguém nesta função social dizer tão convictamente que a discussão que fazemos no CERSAM (ou em qualquer serviço público de saúde) não se relaciona com a macropolítica. Claro que após a intervenção dela nosso assunto morreu. Era disso que queríamos falar, naquele momento, enquanto aguardávamos o início formal da reunião. Não sobre outra coisa. No começo da reunião, ao invés de saudar os presentes, alguém lamenta que não tenham vindo mais pessoas... o que é dito depois, mais uma vez.

Esta é uma senhora que tem um filho usuário e também faz tratamento. Mais de uma vez, ao longo da reunião, a técnica pontuou: “a senhora está aqui como mãe do M”, “toda hora ela mistura...”. Vários dos participantes comentaram algumas impressões, mas em geral o tom era uma espécie de aula / explanação das profissionais sobre o que é a luta antimanicomial, importância de participação da família, possibilidades de trocas de experiências e pontuações deste tipo.

(Fragmento do diário de bordo)

O paradigma centrado no poder psiquiátrico age como modo de opressão, no qual a ciência e o saber técnico em questão assumem compromisso de regulação comportamental. Para responder a esta função criam-se necessidades de manutenção da ordem, diferentes das necessidades dos sujeitos atendidos, quer sejam familiares ou usuários, limitando assim as vinculações sociais, para além do que é considerado sintomatologia própria ao quadro de sofrimento específico.

Em conversação sobre a complexidade dos sistemas de saúde no contexto atual²⁸, Franco Rotelli enfatizou a necessidade de recuperarmos a dimensão comunitária das redes de atenção, traçando uma espécie de dicotomia nas práticas em saúde mental, nas quais ou se defende e se atua em prol de uma especialidade e categoria ou função social profissional, ou se atua em direção ao e em articulação com o território, de modo descentralizado, nos locais onde a vida das pessoas se desenvolve. Nesta mesma ocasião Benedetto Saraceno defendeu os dispositivos democráticos para abordagem do sofrimento mental, através de intervenções comunitárias. Vivemos, hoje em dia, conjuntura em que não se pode negligenciar o impacto de determinantes sociais, tais como a pobreza e o acesso a renda, das condições de saúde das pessoas. Tais autores, inspirados pela experiência de Trieste²⁹, evocam o controle democrático do território, pelo qual é possível construir práticas efetivas com a comunidade para a resolução dos seus problemas, apostando assim em uma prática promotora de saúde e construtora de democracia.

No trabalho com grupos familiares devemos considerar, como temos visto, a diversidade das demandas e acolhê-las para construirmos o protagonismo tanto de usuários quanto de cuidadores que convivem entre si. Podemos abordar os preconceitos da sociedade em processos de flexibilização das posturas e desconstruir comportamentos instituídos e reproduções de protocolos estabelecidos; os quais, por vezes, operam em desfavor das singularidades atendidas. E reconstruir parâmetros de ação. Sem que haja ordem correta para as tentativas e experimentações, pois a multiplicidade dos encontros pode levar um

²⁸ Promovida pela Radio Fragola Gorizia em 02 de maio de 2020. Disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=Qxp0AujVwmE&t=7s>.

²⁹ Cidade italiana onde foi implementada rede integrada de serviços comunitários e considerada referência pela Organização Mundial de Saúde para a assistência em saúde mental. Representa, para nós, a desconstrução da assistência pautada no manicômio, na qual trabalhou Franco Basaglia e colaboradores desde o começo dos anos de 1970. Atualmente, no entanto, a região tem passado por dificuldades em manter o projeto, tal como explicitado por Roberto Mezzina (2021) em: <https://madinbrasil.org/2021/05/saude-mental-em-trieste-esta-sob-ameacas/?fbclid=IwAR1e621-tRKcQHgyJz9Wp7q2kNEhGyOcqNsHtydQ1yFg9bq09eD269Fzn4w>.

determinado sujeito a uma condição não programada previamente. As metodologias de atividades coletivas são úteis para planejamento de ações nesse sentido. Ademais, saber se um protocolo age sobre alguém contra sua vontade e sua intenção de cuidado para consigo mesmo passa a ser um critério ético para avaliarmos nossas ações, e, se for o caso, alterá-las.

I - E a questão da droga aparece assim, que as pessoas têm preconceito

T - em geral

I - é! Contra quem usa droga. Aparece até nos trabalhadores, quanto mais nos familiares [Pa concorda]. E é interessante, que eu acho que quando eles vão participando do serviço, eles vão...

Pa - reposicionando

I - não é? Vai mudando, sabe?

Pa - quantas vezes o familiar chega e fala “eu quero internar, de qualquer jeito” - e a gente tem que comprar briga, explicar, falar e aos poucos vai tentando mudar um pouco essa visão.

T - é, né

Pa - porque ainda acontece de chegar pedindo internação: “se vocês não internam, eu vou levar pro Raul, eu vou levar pro Galba”, “me dá um relatório pra eu internar”...

T - ainda acontece

Na - acontece, a Fr. é um caso [comentam sobre o caso, relatório, prazo...]

I - eu acho que tem muito dessa construção de um ideal, sabe, de viver uma vida ideal, e aí depois, com o tempo, vai percebendo que não é assim que as coisas... uma hora vai tá boa, outra hora vai tá um pouquinho pior, aí a gente junta e tenta um dar um suporte pro outro, sabe

T - hum hum

I - eu acho que o grupo proporciona isso.

(Entrevista com equipe no CERSAM)

Apostamos na forma de usar o dispositivo de grupo nas práticas em saúde mental pela perspectiva da conexão de diferentes elementos e multiplicidades, individuais e coletivos, que possam ocorrer nos diferentes encontros. Tal dispositivo pode ser, assim, utilizado como vetor de transformação, desarticulando pontos de reprodução e que diminuam ações potentes a favor da invenção (ROMAGNOLI, 2020) na resolução de impasses e problemas. Ao mesmo tempo em que buscamos experimentações para expressarmos pensamentos e afetos, tentamos criar manejos que promovam emaranhados de linhas de enunciação coletiva (NORONHA, 2005), a fim de cohabitarmos outras dimensões de composição de forças. Não por uma postura utópica e passiva, mas, ao contrário, agindo de modo a ativar nossos desejos a favor da plasticidade da vida, fortalecendo-a. Conquistar potências que afirmem a expressão de nós mesmos, em nossas subjetividades mutantes e passíveis de recomposições diversas.

4.4 “Agora eu sei o que você passa lá”³⁰

Situação observada por uma familiar sobre um outro. Usuários e histórias distintos delicadamente entrelaçados nas conversas que permitem trocas de experiências. Com mais um salto, caracteriza momento em que a pesquisadora se aproxima de familiares e trabalhadoras visitados, em um esforço de fragmentação identificatória traduzido pelo vô cartográfico. Em outro caso, poderíamos até afirmar: acho que sei, mas mesmo se não souber, nem compreender, me disponho a estar com você neste momento.

³⁰ Fala de uma familiar, frequentadora do CERSAM e do Centro de Convivência.

Expressão que sugere o reconhecimento do familiar sobre a situação de sofrimento e empatia com condução para tratamento nem sempre aceito. Sugere certa aceitação do quadro de sofrimento e indica disponibilidade para estar perto. O serviço, por atender casos graves e situações de crise, causa incômodo e susto para algumas pessoas que frequentam e para familiares que começam uma trajetória na rede de saúde mental a partir de uma crise. Ao mesmo tempo, estar lá ensina sobre a condição de familiar e sobre os quadros diversos de sofrimento mental, a partir do contato e convivência com outras pessoas. Com o tempo e com as vivências compartilhadas entre outros familiares, outros usuários, além das atividades específicas propostas pelas equipes, estas pessoas mudam a significação que atribuem à própria loucura. Assim passam a oferecer suporte para que os usuários em situação de sofrimento possam também flexibilizar seus medos e receios de estar no serviço, compondo a polifonia de vozes que circundam os encontros nas redes.

Bi - ... estar dentro do serviço, eu acho muito importante pro tratamento da A. Meu relacionamento fica próximo dos trabalhadores... eu ouço muitos casos, nas reuniões de familiares, isso é muito importante. Isso é um crescimento muito grande. Como assim, um familiar passou por uma dificuldade, e eu falei pra ele uma coisa, ele falou: “você, sua situação é diferente da minha”. Exatamente por isso, “você não vive, não convive”. Eu falei “exatamente, a minha é diferente da sua. Eu não sei quantificar o quanto você tá passando, mas eu sei que não é fácil. É uma coisa importantíssima pra você é você se cuidar”. Isso a gente aprende, que o cuidador tem que se cuidar. E aí é, também, usar a rede...

(Trecho de entrevista coletiva no CERSAM)

Lembre-mo-nos, porém, que na variedade das manifestações agudas de sofrimento, nem sempre a crise representa uma situação de urgência ou emergência. Embora impliquem na necessidade de uma resposta imediata, as formas de manejo precisam ser planejadas de modo singular, diante de cada situação. De acordo com Dias, Ferigato e Fernandes (2020), os sentidos teóricos e práticos relacionados às crises estão em disputa no nosso contexto social e técnico; e como estas concepções são percebidas pelo público que atendemos é também algo que varia e constitui parte do desafio de trabalharmos em conjunto, dadas as diferentes

perspectivas e demandas por intervenções específicas, tais como isolamento, internação, sedação, entre outras. O artigo dos autores mencionado analisa protocolos de atendimento em diferentes municípios brasileiros, enfatizando a necessidade de abordagens que funcionem através de redes de atenção, com serviços comunitários e transversalização de saberes, poderes e práticas entre equipes e usuários (DIAS, FERIGATO e FERNANDES, 2020).

Importante destacar que apesar das dificuldades do diálogo entre tais pontos da rede, devido a diferentes composições das equipes, lógicas e organização de processos de trabalho próprios, é possível pactuar condutas que permitam o acolhimento a situações de crises em diferentes locais. Belo Horizonte trabalha com a priorização de quadros graves em todos os serviços e até mesmo equipes da APS atendem usuários (as) em crise. São feitos esforços cotidianos de articulação para que esta atenção se mantenha e se efetive. Classificar este modelo como hipotético (DIAS, FERIGATO e FERNANDES, 2020), quanto ao seu objetivo assistencial, parece-me efeito de desconhecimento sobre a pluralidade de intervenções em seu sentido prático e um distanciamento das instituições de formalização do conhecimento em relação às redes de saúde e saúde mental. Tais avaliações da eficácia do atendimento e integração da rede precisam ser realizadas, contudo, para além dos protocolos e documentos oficiais, e preferencialmente incluindo o que grupos familiares e de usuários têm a dizer sobre articulações existentes ou não no território onde vivem.

O olhar. Sabia-o ingênuo e desprotegido como o que se toma no colo. Êle esperava saber como ajudá-lo. Lutaria, e morreria por êle. Enquanto isso, o coração chumbado e frio doía-lhe, nos ouvidos gritavam-lhe de dentro, ensurdecendo-o como se o chamassem para si próprio. Pensou um pouco compreendendo humano, cerrou as pálpebras nauseando, tôda aquela exigência gritando-lhe enérgica, tentando em desespero íntimo fazê-lo voltar-se para seu próprio corpo. (Compreendeu que muita coisa devia ser quebrada, para enfim se libertar.) (CANÇADO, 1968, p. 46).

Toda família tem seus silêncios. Às vezes o que une as pessoas são silenciamentos que podem fazê-las sofrer - algumas mais que outras, e através de formas distintas de lidar com este mal estar. Parece-me proveitoso, para fins do nosso trabalho na rede de atenção psicossocial, tratar a família não como valor em si mesmo, mas como contingência. Dessacralizar a noção deste agrupamento. Nem sempre manter e insistir nos vínculos. Às vezes o rompimento produz vida. E este pode ser um rompimento provisório.

O imperialismo na reforma psiquiátrica se relaciona à intenção de tratar a família como modelo ou padrão, algo que persiste na nossa cultura. O ponto de vista sobre a loucura,

porém, depende do local habitado na experiência com a mesma: o familiar, enquanto tal, filtra normatizações da sociedade que repercutem nessas relações. Apesar de a família ser, tradicionalmente, algo estabelecido, a posição ocupada pelos seus membros específicos pode alterar a maneira de lidar com as forças que atravessam esse tipo de vivência, através de agenciamentos distintos, em momentos específicos. Estas nuances foram indicadas pelos (as) participantes da pesquisa.

Por outro lado, a demanda das famílias por capacitação se relaciona a um imaginário sobre estar preparado para lidar com situações de crise.

Ma - igual ele tava falando, a gente vai lidando. Por isso que a gente tem que ter um apoio, aqui, pra ajudar também a gente!

Si - eu acho que não tem uma receita de bolo. Porque o seu problema é seu, o seu é seu...

Ma - isso

Si - tudo pode ser o mesmo transtorno. Mas em cada família, em cada cultura vai ser de um jeito. Mas, uma coisa que cês falaram, que realmente é - acho que não precisava nem da gente ser atendido se isso é uma norma da casa, do sistema, a gente não poder ser atendido por um psicólogo, um psiquiatra aqui - mas um suporte. Um suporte a gente tem que ter. E não é esse suporte de estar lá dentro da terapia, junto com a minha filha, com a terapeuta, e eu contar o problema, falar o que tá acontecendo... não! É um suporte assim: eles vem, quando precisa ser tratado, mas eu, separadamente, dentro aqui...

Ma - isso

Si - alguma forma, que eles arrumam, e que eles te tratam individualmente. “Ó, é assim que cê lida”. Porque nós somos nu e cru! Eles são profissionais...

T - tem essa coisa da informação, né?

Si - estudaram pra isso, sabem... não é? Esse suporte a gente precisa ter, se não a gente pira

Ma - eu fui no velório da minha irmã, eu descobri que meu sobrinho é autista. Eu descubro, porque sou filha adotiva [risos] Agora que eu tô entrosando com a minha família, que eu descobri que ele é autista, e que a minha sobrinha tem aquele negócio... “tem” não, que eu não gosto de falar que “tem”... faz tratamento de pessoa que tem hora que muda de humor, como é que é?

Si - transtorno bipolar

T - hum hum

Ma - então, quer dizer, são dois parente meu, um autista, um bipolar, agora minha filha faz tratamento [começa a dizer a palavra esquizofrenia mas não a conclui]. Agora, o que isso tem a ver? Cê tá entendendo?

T - mas cê fala assim, que seria bom ter informação...

Ma - isso, igual eu ia falar com ela

Si - o problema nosso, toda essa questão mental, Tuliola, ela não é uma questão divulgada em massa, como uma questão que ficou muito divulgada: pressão alta. Hoje todo mundo sabe, os problemas de pressão alta, o que você deve evitar... mas todo mundo sabe o que fazer para evitar um transtorno mental?

C - não

Si - todo mundo sabe? a população?

T - o problema é que ninguém sabe! [rindo]

C - e cê já reparou...

Si - cê tá entendendo, a questão da informação?

T - evitar, acho que ninguém sabe. Acho que é mais o quê que a gente faz quando acontece!

Si - e olhe lá! [continua relato sobre a crise da filha e as reações da família].

Nas entrevistas com os familiares foi atribuída diferença na concepção sobre o que é o quadro agudo de sofrimento mental no viés da enfermagem e no de um discurso de saber que passa pela formação técnica no campo da saúde. Deste ponto de vista, os saberes leigos, os saberes dos familiares, são considerados insuficientes para a lida com o problema. A comparação feita com outras doenças faz parte do pensamento dominante sobre o adoecimento, sobre a concepção de enfermidade, e as informações sobre isso poderiam permitir um “preparo” dos familiares para lidar com o fenômeno. A loucura, porém, no nosso contexto social, acaba sendo diagnosticada em situações súbitas. Ser meio louco ou estranho talvez não incomode, no senso comum... como ser louco é um modo de existência, as manifestações discretas não perturbam, não demandam respostas de controle por parte dos que convivem com o sujeito. Sejam familiares, sejam trabalhadores, ou outros atores e segmentos da vida civil.

Esta confiança depositada no saber técnico, por outro lado, pode dificultar o estabelecimento de autonomia para gerência dos cuidados por parte dos familiares e dos usuários. Mesmo que a demanda deste grupo, especificamente, se relacione a “ter um apoio para não pirar”, é a partir do aumento da sensação de segurança consigo mesmos que desenvolverão condições para manutenção do cuidado deles com os familiares-usuários diagnosticados. E assim trabalhar conjuntamente para que as equipes e estes familiares conciliem esses apoios e demandas entre si.

Grupos de acolhimento e orientação aos familiares, segundo a bibliografia sobre o tema, envolvem ações de educação em saúde, capacitação para lidar com as situações cotidianas, e outras estratégias para ajuda mútua e solidariedade entre os pares (DELGADO, 2014). Os familiares serem considerados também usuários das políticas públicas, para além do papel de parceiros na assistência a outrem, pode gerar tensão nas tentativas de trabalho conjunto, como temos visto neste nosso percurso cartográfico. Os modos particulares de articulação variam muito entre os serviços, as redes e os territórios. Mas é uma tensão que pode e deve ser sustentada, dadas as complexidades das relações que presenciamos. Como a reabilitação psicossocial é um processo, assim como a mudança de paradigma de cuidado, há permanentemente forças em expansão e retração, que podem favorecer ou não a integração social dos sujeitos em situação de sofrimento mental e seus familiares. Dimenstein *et al* (2010) destacam, no entanto, a necessidade de as equipes oferecerem informações claras sobre a política de saúde mental, sobre o modo de funcionamento dos serviços, composição das equipes e objetivos: “sem isso, ficam vulneráveis às informações distorcidas, na maioria dos casos, veiculadas na mídia, acerca da falta de êxito das propostas reformistas” (DIMENSTEIN *et al*, 2010, p. 1222). Como bem colocado por estes autores, as condições em que se encontram cada família, também, no período de acompanhamento na rede de atenção, precisam ser observadas e discutidas, sejam elas de ordem financeira, emocional ou social - o que fica evidente nas conversas com os e as participantes desta pesquisa a respeito do meio de transporte para ir e voltar do serviço, a organização de presença condicionada aos afazeres domésticos e outras circunstâncias tantas vezes evocadas e que repercutem diretamente no êxito dos acompanhamentos.

Trabalhar na rede de saúde envolve o manejo das tecnologias leves, relacionais, que Merhy (2014) retoma ao abordar o modelo médico hegemônico neoliberal: tanto na definição dos processos de trabalho quanto na gestão dos serviços, “devem constituir-se organizações de saúde gerenciadas de modo mais coletivo” (MERHY, 2014, p. 39), buscando manter uma lógica usuário-centrada. O autor relaciona aspectos da militância do movimento social organizado nesta área que enfrentam medidas de privatização da assistência, sendo a saúde pública um campo em disputa por vários interesses econômicos. Ele propõe pensarmos na micropolítica do trabalho vivo em ato (MERHY, 2014) como uma questão institucional, nos perguntando como as ações podem estar mais ou menos capturadas por dimensões

tecnológicas distintas, as quais envolvem diferentes necessidades e intenções. Nas tecnologias das relações, com os processos em movimento, os atores podem buscar outras linhas a traçar. Dos encontros surgem outras questões, novos caminhos a percorrer.

T - Vai construindo os vínculos também, né. Que é isso, também, o posicionamento, a gente sabe, ele vai vir se der uma vinculada, primeiro... da mesma forma a gente não consegue... é engraçado, estranho a gente falar de capacitação, numa demanda muito objetiva pra uma coisa,

Pa - é

T - que o quê que dá pra passar, de verdade, num tipo de conversa assim, como se fosse, sei lá, uma palestra...

Pa - sim

T - estranho porque as pessoas às vezes querem isso, mas isso também não ia adiantar [risos]

Pa - mas na verdade não é isso

T - não ia ajudar tanto, necessariamente, né

Pa - sim

I - mas eu acho que é isso, eu penso, em relação a esses encontros temáticos, a gente tá pensando. Às vezes, a partir dali, surgem outros momentos de discussão, entendeu

T - verdade. Ele já vai direcionando pra algumas...

I - é, porque fica meio que pedagógico, a coisa, né? Aquele dia, ali, pra discutir um tema, mas eu acho que a partir dali surge outras questões, sabe

Na - que vão aparecendo no grupo depois

Bielemann *et al* (2009) destacam estratégias de inserção das famílias nos serviços que envolvem a comunicação em saúde e um caráter educativo às reuniões de grupo. As autoras defendem um modo de parceria na assistência que possibilite “um agir cuidador, mesmo que para isso precise remodelar comportamentos e atitudes (BIELEMANN *et al*, 2009, p. 135). No entanto, ressalto que promover espaços de reflexão e transmissão de informações técnicas não basta para mudanças de atitude em relação à convivência com pessoas em situação de sofrimento mental. A intervenção que relatei no trecho do diário de bordo acima, sobre em que medida seria útil uma espécie de “palestra”, refere-se a esta preocupação de como mobilizamos nossos corpos e nossos afetos para tais lidas e convivências. Não são os encontros formais, pedagógicos e explicativos, nesse sentido, que têm de fato contribuído para nossa formação, enquanto trabalhadoras (es) e familiares, na saúde mental. Temos experimentado, para além desses encontros, outros dispositivos que nos permitam vivenciar nossos medos e anseios na relação com a loucura, arriscando outras formas de agir para depois, e também durante as mesmas, avaliarmos o que sabemos e o que sentimos, o que pode contribuir ou não para nossas relações com os usuários. O objetivo de melhora de qualidade de vida (BIELEMANN *et al*, 2009) - para a qual as diferentes atividades participativas são tantas vezes evocadas, na literatura sobre o tema e no cotidiano das práticas - requer experimentações que não tenham somente caráter técnico e informativo, para as quais essa cartografia pretende contribuir.

Acabamos nos deparando, assim, com demandas por oportunidades de aprendizagem que envolvem fórmulas prontas, como se para lidar com as infinitas variações e dimensões da subjetividade tais receitas garantissem êxito. Este, por sua vez, pode significar busca de controle e previsibilidade sobre o comportamento de outrem, seja a qual membro familiar se refira, ou a qual função de parceria para acompanhamento psicossocial busca-se definir. Ou seja, enquanto trabalhadoras (es) podemos buscar por respostas padronizadas, bem como enquanto cuidadores (as) e acompanhantes de usuários. Há uma armadilha, nesta posição, que

se articula à validação de um saber pretensamente científico sobre as relações humanas, que se associa ao exercício do poder nas mesmas, o qual, na linha de análise que temos construído até aqui, gera opressão e condições aumentadas para ocorrência de sofrimento. Esse posicionamento é produto das linhas duras que insistem em homogeneizar e em repetir lugares e hierarquias.

Na construção cotidiana das práticas condizentes com a lógica do paradigma psicossocial, diversos atores são responsáveis. Há que se buscar estratégias coletivas de sustentação das mesmas: “tão importante quanto um trabalho com o sujeito, é o trabalho com a equipe, visando à problematização ética e clínica dos discursos hegemônicos e à incorporação de novos campos de conhecimento e de práticas a partir dos recursos de que o serviço dispõe” (DASSOLER e PALOMBINI, 2020, p. 283). O desafio ainda colocado, apesar dos ganhos da reforma psiquiátrica, no entanto, é não hierarquização dos saberes, seja entre os profissionais, seja na relação destes com as famílias e os usuários. Trata-se, de fato, de ser afetados pelos coletivos, pelos encontros para que linhas de fuga à precariedade da loucura sejam traçadas.

No senso comum o CERSAM, como lugar de acolhimento à crise, representa o medo institucionalizado daquilo que irrompe nos comportamentos humanos. Não se sabe o que está acontecendo, no momento da crise; mas há uma constatação, seja do sujeito em sofrimento, seja de alguma pessoa em seu entorno, familiar ou não, de que é necessária alguma intervenção. Interpreta-se a alteração de comportamento como algo inesperado, grave, com consequências que devem ser evitadas. Nesse tipo de avaliação, a primeira e mais comum resposta solicitada é a internação, observação próxima, a contenção, e muitas vezes o isolamento da pessoa. Isolamento tradicionalmente justificado pela presumida periculosidade que um louco oferece - a qual não existe em si, tampouco em função da loucura. Riscos para outrem fazem parte de muitas relações humanas. E nossa história tem infindáveis exemplos de violência praticada contra outros seres por quem não passa e não passou por alterações relacionadas ao sofrimento psíquico ou situações decorrentes do mesmo que pudessem ser usadas para justificá-la. Mas foram resultado de situações de poder e posicionamentos políticos.

Eu acho que não só os loucos, mas muitas outras pessoas não sabem controlar seus próprios impulsos. Parece-me que esses últimos decênios demonstraram que a maioria das pessoas, principalmente as que têm responsabilidades políticas, não sabem controlar seus próprios impulsos. Genocídios intensos aconteceram nesses anos e aumentaram, provavelmente, a agressividade e os impulsos de homens políticos. (...) Se queremos mudar a sociedade na qual vivemos temos também que mudar a vida cotidiana e nos interrogarmos por que uma pessoa dá livre expansão aos impulsos (BASAGLIA, 2010, p. 78).³¹

São os efeitos de subjetivação que criamos como consequência da determinação de um lugar institucional que pudesse conter e controlar a loucura. A estrutura do manicômio representa ao mesmo tempo a realidade e o fantasma da loucura para a sociedade: ele é “o lugar do internamento e a origem do medo de ser internado” (BASAGLIA, 2010, p. 79). Cientes disso e munidos do saber da psicologia, de outros saberes e do acúmulo de experiência com as práticas antimanicomiais, podemos trabalhar de forma a problematizar essa função social institucional junto com as comunidades com as quais atuamos e também algumas de suas consequências micropolíticas.

Estou entre mais de uma centena de homens, entre os quais passo como um ser estranho. Não será bem isso, pois vejo bem que são meus semelhantes. Eu passo e perpasso por eles como um ser vivente entre sombras - mas que sombras, que espíritos?! As que cercavam Dante tinham em comum o *stock* de ideias indispensável para compreendê-lo; estas não têm mais um para me compreender, parecendo que têm um outro diferente, se tiverem algum (BARRETO, 2017, p. 47).

Quando conversamos com familiares de pessoas em situação de sofrimento mental, estando estas em modos de tratamento que acabam perpetuando certa tutela, é comum ouvirmos sobre o medo de virem a faltar na vida dos usuários (REIS *et al*, 2016). Receios que parecem se relacionar às menores condições para o trabalho e à ausência de renda, ou a algo sentido como irreversibilidade jurídica diante de fatalismos diagnósticos, diante de aposentadorias por invalidez. Como se o desenvolvimento de uma esquizofrenia, por exemplo, significasse necessariamente onerar a família. A perda de capacidade produtiva atribuída aos sujeitos e as manobras do sistema social que privilegia alguns cidadãos e exclui outros tem como efeito este tipo de preocupação: o futuro passa a ser priorizado e o tempo presente das relações adquire importância inferior. Por outro lado, o medo de não voltar para casa, ou de se ausentar subitamente, pode ser pista de uma vontade de onipotência em relação

³¹ A conjuntura brasileira atual é um triste exemplo de uso do poder político para prejudicar os interesses da população: manejo irresponsável da crise associada à pandemia por covid-19, cortes de financiamentos das políticas públicas, desinformação sobre problemas ambientais no território nacional e incentivo a violência contra grupos étnicos específicos, entre outros crimes de responsabilidade atribuídos ao governo federal atual.

à vida de outrem: se eu não cuido, ninguém cuidará? São linhas que se sobrepõem nos relacionamentos, das quais podemos refletir sobre como a forma de colocarmos os problemas define a nossa própria maneira de organizarmos nossas vidas. Como relacionar tais receios com a tutela? “Se não eu, ele mesmo” talvez se cuide e fique bem, apesar da delicadeza que o sofrimento mental costuma demandar para ajustes cotidianos de auto-organização. E com manutenção de redes de proteção para facilitar tais processos.

Diriam se me lessem: - o pobrezinho do médico-bonito não riu. Ela tem mania de perseguição. E me acrescentariam mais o rótulo de paranóica. Terminarei pela vida como essas malas, cujos viajantes visitam vários países e em cada hotel por onde passam lhes pregam uma etiqueta: Paris, Roma, Berlim, Oklahoma. E eu: PP, Paranóia, Esquizofrenia, Epilepsia, Psicose Maníaco-Depressiva, etc. Minha personalidade mesma será sufocada pelas etiquetas científicas. Serei a mala ambulante dos hospitais, vítima das brincadeiras dos médicos, bonitos e feios. Terei a utilidade de diverti-los ao lançarem a sigla: PP (CANÇADO, 1979, p. 44).

Mas não queremos que nossas produções enfatizem relações com a loucura em viés despotencializador: “É surreal, difícil, doloroso e desafiador para as famílias lidar com conteúdos delirantes e de alucinação de pessoas com laços de afetividade e parentesco bastante próximos” (BARROS, JORGE e VASCONCELOS, 2013, p. 828). Esta forma de delimitação dos problemas gera espaço para queixas nos grupos e para descrições comportamentais próximas a demandas por controle disciplinar dos indivíduos. Por que seria tão difícil e desafiador? A quais linhas duras da nossa cultura nos agarramos para naturalizar a motivação para vergonha e outros sentimentos similares? Assim como o sofrimento com o estado de adoecimento do (a) outro (a); a demanda de capacitação e informação técnica sobre como lidar com situações agudas; as queixas quanto ao posicionamento político da equipe e a usuários de drogas; preconceitos em relação a públicos minoritários; estas e outras dificuldades de relacionamentos sociais que familiares participantes desta investigação demonstraram e que refletem o que Guattari e Rolnik (2013) descreveram como vontade de absoluto e medo de desterritorialização.

Os vínculos afetivos que construímos são atravessados por condições diversas e expectativas de desempenho humano pré-programado. A cultura capitalista machista estabelece modos de sermos mães, pais, irmãos e irmãs, parentes de todo grau que teriam, em tese, dever de convivência harmônica. Entre medos de não corresponder a certas expectativas e respostas automáticas a estereótipos, está a desilusão de familiares que descobrem que um

de seus membros sofre, tem um jeito de viver diferente do que era esperado, e em função desse jeito recebe um diagnóstico psiquiátrico e muitas vezes indicação de tratamento. Em alguns dos encontros que tivemos, na pesquisa, foi falado com tristeza sobre este tipo de situação: uma mãe, por exemplo, que havia descoberto recentemente um transtorno psicótico do filho. Como tantas, relacionava a crise dele ao uso de drogas ilícitas. O coletivo formado no dia, no grupo de familiares do Centro de Convivência David Capistrano, respondeu a ela sobre a possibilidade de reconhecimento de uma outra pessoa que nasceu, junto com a crise e o diagnóstico. Foi falado sobre o luto, a morte de uma pessoa que, neste tipo de concepção, existia antes e deixou de existir. Alguns confortos trocados entre nós. E dentre as atualizações de forças que um grupo heterogêneo pode favorecer há ainda o risco de se reforçar uma posição fixa nas relações; em termos de consensos e valores culturais, a função materna parece ser de especial relevância nestas interações.

Penso, de todo modo, que acolher esta frustração em um primeiro momento pode propiciar outro movimento subsequente, pelo qual podem se recriar territórios. Sem que esta criação seja um objetivo em si mesmo: desterritorializar é uma dimensão da criação (GUATTARI e ROLNIK, 2013), mas como composição de um processo que tem várias dimensões e nenhum ordenamento ou diferença de atribuição de valor entre elas. São planos imanentes. As condições para nos amarmos, ou não, dependem dos agenciamentos que se realizam nas interações, com nossas intenções e também além delas. “Entre apegos excessivos e desapegos as vidas seguem. Entre esses dois extremos, ou essas diferentes maneiras de morrer, ensaiam-se desajeitadamente outros jeitos de viver. E todos esses vetores da experimentação coexistem, muitas vezes na vida de uma mesma pessoa” (GUATTARI e ROLNIK, 2013, p. 342-3). Respondemos como é possível aos diferentes estímulos da vida; e as composições menos especulares, entre pessoas distintas, parecem ser mais saudáveis e podem ser desenvolvidas. Para o que, contudo, não há receita.

Tal como Félix Guattari, acredito que podemos nos inspirar em outros domínios do conhecimento para pensarmos nas práticas no campo da saúde mental. Porque o que consideramos como doença, transtorno, saúde, tratamento depende de nossa visão de mundo. E não acho que valores e concepções que sustentam o cisheteropatriarcado são suficientes para cuidarmos bem de pessoas em suas necessidades, mais ou menos psíquicas, em redes que se pautem tendo como centralidade o capital. Existem possibilidades outras de sociabilidade.

Nesta busca de interfaces, Antônio Neto retoma as ideias do neurobiólogo Humberto Maturana, um dos criadores da teoria da autopoiese, para analisar a crise civilizatória atual ligada à pretensão verdade e prioridade das ideias de guerra, luta, poder, extração de recursos naturais, disputa de controle em uma arena formalizada na cultura patriarcal (NETO, 2021). Para a biologia, uma dentre tantas dimensões humanas, a autopoiese é condição de seres vivos e sistemas produzirem a si próprios, de modo contínuo. Desordens e reordenamentos dos seres vivos dependem das condições do meio, por isso são permanentes as interações, em um fluxo que só cessa com a morte do organismo (NETO, 2021). Em que pesem os dispositivos biopolíticos nas práticas de saúde, temos fundamentos para engendrar processos mais compatíveis com a sustentação de vidas no nosso planeta. E sustentarmos como a emoção está na base das ações e relações humanas. Como aceitarmos o outro, enquanto diferença, alteridade, se estamos imersos em uma sociedade competitiva e, como atestam pessoas muitas vezes chamadas de loucas, uma sociedade patológica? Negar o outro enquanto tal é o que permite a banalização da violência, a naturalização de crimes ambientais, microfascismos. O sistema capitalista, porém, tende a impedir a autopoiese dos seres vivos e moldá-los para o consumo.

A crise estabelecida pela pandemia por covid-19 demonstra como a dimensão sanitária está atrelado à dimensão econômica. Estão escancaradas as contradições e diferenças de privilégios entre populações. Não adianta pensar saídas em um campo sem considerar também o outro. “Os avanços e retrocessos que a humanidade experimentou não foram impulsionados pela ciência e sim pela visão de mundo hegemônica em cada época histórica, a qual sempre se apropriou da ciência da forma que melhor lhe convém para se impor” (NETO, 2021). Escolhas políticas de como utilizarmos nossos conhecimentos e contingências nas decisões tomadas podem, contudo, ser questionadas. E neste viés compartilhamos com Dimenstein, Simoni e Londero (2020) a intenção de evitar paralisia e anestesiamientos agenciados pelo capitalismo e que se expressam no cotidiano de trabalhadores (as) da saúde mental, em seus corpos e afetos.

Podemos, neste contexto, assumir para nós uma tarefa que se paute na esquizoanálise para lidarmos com grupos familiares na rede de atenção psicossocial, defendendo vidas singulares e coletivas. Levando em consideração preocupações éticas ampliadas.

A esquizoanálise não optará, então, por uma modelização com a exclusão de uma outra. Tentará discernibilizar, no interior de diversas cartografias em ato em uma situação dada, focos de autopoiese virtual, para atualizá-los, transversalizando-os, conferindo-lhes um diagramatismo operatório (por exemplo, por uma mudança de matéria de Expressão) tornando-os operatórios no interior de Agenciamentos modificados, mais abertos, mais processuais, mais desterritorializados. A esquizoanálise, mais do que ir no sentido de modelizações reducionistas que simplificam o complexo, trabalhará para sua complexificação, para seu enriquecimento processual, para a tomada de consciência de suas linhas virtuais de bifurcação e de diferenciação, em suma, para sua heterogeneidade ontológica (GUATTARI, 1992, pp. 90-1).

Para lidarmos com novas produções de sentido para as crises que são vividas conjuntamente, ousamos responder de modo não simplista e que arrisque a propor mudanças nas organizações vigentes, considerando assim a diversidade de interesses envolvidos e as formas subjetivas distintas dos / das envolvidos / as.

É necessário fazer o percurso ao inverso: reaquisição de poder, desinstitucionalização das identidades fictícias, reconstrução da história do sujeito, reconstrução dos espaços e tempos para a expressão do sentido (SARACENO, 2011, p. 98).

Podemos assim ampliar nossas capacidades de tolerância com nós mesmas (os) e com as nossas próprias histórias. Sem perder as especificidades dos grupos sociais que acompanhamos e suas condições de vida e as ações necessárias às práticas de saúde mental: “com ou sem pandemia, reforça-se a hegemonia das forças despolitizadoras e psicologizantes, com intuito de uniformizar e de generalizar a experiência de sofrimento” (DIMENSTEIN, SIMONI e LONDERO, 2020, p. 8), o que nos serve como alerta, em especial ao campo da psicologia. Reforçando alianças entre direitos e cuidados, em práticas comunitárias, como bem colocado pelos autores.

Saber o que o outro passa no lugar onde não estou é um modo de expressar que permite abertura para algo antes impensado. A racionalidade tem seus limites, assim como os tem a lógica binária e toda e qualquer formação instituída.

Seria necessário, hoje, abandonar a lógica binária e inventar uma outra lógica, que seja capaz de praticar o pensamento como criação e não como reprodução, [...] por deambulação e encontros produzir não estruturas, mas redes de criação e de resistência. [...] Inibir a instauração de formas de pensar estáveis (ASPIS, 2020, p. 9).

Praticarmos a postura de sinceramente quereremos aprender com familiares e usuários modos de parcerias co-construídas. Enquanto profissionais, não querer ensinar, mas talvez aprender

com eles e elas sobre como manejar as situações vividas com os usuários. Insistir no devir, na criação de linhas de fuga.

Devir não é atingir uma forma (identificação, imitação, Mimese), mas encontrar a zona de vizinhança, de indiscernibilidade ou de indiferenciação tal que já não seja possível distinguir-se de *uma* mulher, de *um* animal, ou de *uma* molécula: não imprecisos nem gerais, mas imprevistos, não-preexistentes [...] (DELEUZE, 1997, p. 11).

Atuações e micropercepções que contribuam para experimentações autorizadas por si próprios.

4.5 Medicação, territórios outros

“Os seus medicamentos doutor deixam-me sem mim” (TAVARES)³²

Apesar das críticas que temos feito sobre os modos de uso dos psicofármacos na rede de atenção em saúde mental, não estamos desconsiderando os benefícios que eles podem trazer para os usuários. O problema é que muitas situações concretas sugerem uso prejudicial, às vezes abusivo, que traz consequências evitáveis para os sujeitos que os consomem e que, por outro lado, representa ferramenta sinalizadora de poder de decisão sobre a vida de outrem, para quem os prescreve. São comuns estratégias desse tipo que levam ao que Costa-Rosa denomina “demissão subjetiva” (COSTA-ROSA, 2013, p. 170) de tais sujeitos, pela qual a aplicação técnica diminui a consideração da dimensão política dos processos de subjetivação e tende a localizar o sofrimento em uma esfera individual e excessivamente ligado à leitura psicologizante do fenômeno. Mesmo em situações agudas de sofrimento mental há diversas formas de expressão deste, e os efeitos principais de remissão de sintomas esperados dos medicamentos, bem como os secundários, são informações que precisam ser circuladas e divulgadas, em momentos oportunos, a fim de buscarmos uso ético desta conduta terapêutica.

É frequente o mau uso de medicamentos no Brasil e em outros países, com incorreções nas prescrições, na dispensação, venda e distribuição e nas formas de uso (BRASIL, 2019). A lógica de prescrição medicamentosa que desconsidera as complexidades das vidas e diminui

³² “Doutor eu tenho uma guerra tremenda dentro da minha cabeça”, poema de António Amaral Tavares. Disponível em <https://observador.pt/especiais/21-poemas-dia-mundial-da-poesia/>.

os possíveis erros que podem levar a óbitos e danos à saúde, pelo fenômeno que consideramos aqui como medicalização - da vida, da atenção à saúde mental - é imposta muitas vezes a populações específicas, como pessoas institucionalizadas e em tratamento para transtornos mentais (BRASIL, 2019). Por isso é necessário debater este tema e estudar as condições de revisão da prescrição e eventuais necessidades de retirada e diminuição do consumo de psicotrópicos. O que está intimamente atrelado a certo tipo de controle que a sociedade demanda, reforçando comportamentos normatizados e nos distanciando da potência dos nossos corpos que passa a ser, quando medicalizada, veementemente oprimida.

O termo “medicalização”, porém, talvez se refira também a práticas de trabalhadores não médicos de uma equipe multiprofissional, se elas indicarem a centralidade do uso de fármacos nas respostas, ou até mesmo se o saber médico é colocado como modo principal e / ou superior a outros. Trata-se de “fenômeno social e cultural de profunda repercussão na subjetividade” (COSTA-ROSA, 2013, p. 195) e consequentes práticas discursivas. De todo modo,

nosso desafio é superar análises maniqueístas e permitir vislumbrar o pano de fundo desse frenesi em que ‘consumidores’ e ‘receitadores’ se veem arremessados: combinação de uma forma de ciência com os efeitos do neoliberalismo e da sociedade de consumo em desenvolvimento avançado (COSTA-ROSA, 2013, p. 168).

Esta cartografia tem indicado, a este respeito, que as situações de crise colocam em xeque estas ponderações, enredando profissionais, familiares e usuários em delicadas avaliações sobre como lidamos com as manifestações da loucura e como agimos para ampliação e preservação dos laços sociais entre esses sujeitos. O uso das medicações psiquiátricas e a própria medicalização são, também, respostas sociais e culturais.

Assim, o cenário de dificuldades dos serviços substitutivos em atender à demanda crescente, de dar respostas à crise e oferecer suporte às famílias, dificuldades aparentemente resolvidas no modelo manicomial, tem produzido insegurança e descrédito junto a alguns familiares, no que diz respeito ao movimento da reforma psiquiátrica (DIMENSTEIN *et al*, 2010, p. 1222).

Mesmo entre familiares que conhecem a proposta do modelo substitutivo ao hospital, há exemplos da centralidade atribuída às prescrições médicas - uma linha de força, de fato, muito presente no nosso contexto social. Essa linha cria segmentos que paralisam e intoxicam.

Ch - falaram do CERSAM, encheram a bola dos profissionais, que são muito competentes, de uma responsabilidade muito grande, e a gente... eu tenho que me colocar no lugar de um profissional daquele! Chega uma pessoa lá, sendo jogada lá dentro, não sabe o quê que ele ingeriu, que medicamento que ele toma, ninguém responde por aquela pessoa... o quê que o profissional vai fazer? Ele vai ter que fazer uma lavagem naquela pessoa e começar de novo. Eu não sei, não entendo de medicina, mas eu, na minha ignorância, é uma lavagem na pessoa: “vamo limpar isso aí”, “vamo dar uma lavagem, deixar aí, pra depois começar a injetar aí outra substância, que a gente sabe o quê que a gente tá injetando e sabe que reação que essa substância vai causar”.

Gê - lavagem, nesse caso, passa muito pelo técnico... [rindo]

Ch - lavagem que eu falo na cabeça, eu digo no organismo, mesmo [fazem referência à escuta / consulta com psicólogo]

T - é... tá tudo junto

Ch - eu não sei, mas eu imagino que deve ser isso. E quando chega um familiar que fala “o G ingere isso aqui”, tanto que eu trouxe até a receita - “não sei o que a T vai me falar, vai me perguntar”... mas o medicamento prescrito é esse, a substância que ele toma, taí a receita... Então, a família tá junto: “usa isso e isso”, “ontem ele não tomou, esqueceu de tomar”, então a causa tá aí: “esqueceu de tomar”. Ou tomou esse no lugar daquele... Toda ação tem uma reação.

T - mas essa proposta, mesmo, do tratamento ser composto por várias coisas: além do remédio, esses outros espaços de circulação...

Ch - tudo, o meio que a gente vive

T - acaba que a ideia - quem vai acompanhando mais tempo - o usuário, o familiar - vai aprendendo também

Ch - vai

T - uma ação vai contribuindo pra outra

Ch - exatamente

(entrevista com familiares que frequentam o CC)

Com este trecho podemos refletir sobre o risco de a família ser chamada a fazer um controle do comportamento via medicação, sendo parceira do serviço de saúde para denunciar caso a prescrição médica não seja seguida à risca pelo usuário. A família é corresponsável para avaliar as mudanças obtidas com a inserção no acompanhamento psicossocial, contribuindo para formulação e avaliação do projeto terapêutico dos usuários. Mas a sua forma de participação pode acabar se restringindo à presença nos grupos de discussão, por vezes com foco no uso da medicação, monitoramento de sintomas e ainda tentativa de controle sobre o comportamento dos usuários vinculados, conforme indicado por Bielemann *et al* (2009). Assim, evidencia-se mais uma vez a preponderância da medicalização da saúde mental em um certo imaginário popular, sendo dada ênfase na medicação como modalidade privilegiada de tratamento. As dificuldades diante de uma crise, relacionadas à ausência de explicações sobre os quadros em termos de relações de causa e efeito, geram ao mesmo tempo uma restrição à palavra que o próprio sujeito possa usar sobre sua condição, como se ele, usuário, não pudesse responder por si.

Podemos observar também certa expectativa do que seria a pergunta da pesquisa, para o participante em questão, que já havia chegado com as prescrições utilizadas pelo irmão, pressupondo essencialidade desta informação para “a conversa com a psicóloga” (como foi dito em um outro momento). As ponderações que fiz, naquelas circunstâncias, revelam uma postura de implicação, enquanto pesquisadora, com a consciência de que poderia ser localizada em posição de especialista, detentora de maiores informações sobre o assunto, da qual tentaria me esquivar, em diversas situações. Ao mesmo tempo eu pensava na possibilidade de retificar um pouco dessas certezas anunciadas, sugestivas de uma reprodução sobre as condições de sofrimento mental baseadas no senso comum, a despeito das

experiências pessoais que esse grupo familiar, especificamente, tivesse construído ao longo dos anos de cuidado com o usuário. Alguém querido por todos que estavam ali presentes, como fizeram questão de destacar.

Veja bem o que mudou nessas instituições - o azulejo era até metade da parede, agora é até o teto. [...] Ocorreu mais uma mudança física nos estabelecimentos, mas continuam usando ainda indiscriminadamente a alopatia, ainda se dopa paciente, se droga paciente. O depósito pode ter sido pintado, era cinza e pintaram de cor de rosa, mas me parece que o espaço físico continua o mesmo. As pessoas são trancafiadas lá dentro, e a maioria, depois de uma semana e meia, já não tem mais condições físicas, devido à sedação química, de reagir e exigir seus direitos de cidadão, porque se torna um ser robotizado, vira um zumbi, devido à prisão química. [...] Dentro da instituição psiquiátrica penso que a prisão é dupla - ela é física e é química, e muitas pessoas não conseguem escapar dessa prisão química (BUENO, 2005, p. 29).

Nosso interesse pela medicação psiquiátrica se relaciona ao seu papel estratégico no tratamento. A eficácia na remissão de sintomas agudos, seu manejo em situações de crise, bem como sua demanda como controle de comportamento e o modo em que se insere na cadeia produtiva e mercadológica em saúde tornam-na fator de muitas facetas, de potentes modos de uso e também de problematização das relações estabelecidas nesse campo. São muitos os / as autores / as que relatam experiências, porém, de trabalho em equipe no campo da saúde pública que busquem desfazer a ideia de que tal medicação, ou mesmo o acompanhamento com a psicologia, sejam condutas únicas e inevitáveis; ou seja, que buscam retirar a centralidade do saber médico e do saber psicológico na lida com o sofrimento humano (NILO, 2008; MELO *et al*, 2015).

Para refletir sobre as equipes nos atentamos aos aprendizados trazidos pela própria prática. Quanto aos usuários, é indispensável considerar possibilidades de decidirem sobre seu tratamento e estabelecerem parâmetros baseados em suas experiências de vida. E nesta cartografia, ao darmos ênfase aos saberes construídos entre esses atores e seus familiares, queremos retomar as perguntas e os silêncios e experimentar o que valorizar na fala das pessoas em seus “[...] saberes transmitidos muito mais no fazer do que por meio de teorizações complexas e muitas vezes inalcançáveis” (NILO, 2008, p. 30). As responsabilidades quanto ao cuidado com o outro envolvem as lidas com angústias profissionais na função de apoio às intempéries vividas por usuários e familiares.

Há que se considerar a oferta expansiva de medicamentos e psicofármacos na nossa sociedade relacionando-a aos interesses de mercado, aos lucros das indústrias farmacêuticas e

ao tipo de postura profissional alinhada a esses interesses de roupagem tecnicista. A mídia e a publicidade exercem também seu papel como indutoras do consumo, associando respostas farmacológicas às necessidades de saúde e à demanda pelo bem estar da população. Usa-se hoje um discurso a favor da ciência como verdade e saber sobre nossos corpos, enaltecendo os avanços ao longo dos séculos XX e XXI, ao mesmo tempo em que se destaca o arcaísmo de medidas antigas; como se unicamente pelo fato de uma droga ser fabricada agora, sendo moderna, isto significasse sua eficácia terapêutica e excluísse seus danos em potencial. O mesmo é válido sobre a defesa das técnicas de eletrochoque, sobre as quais há quem diga que não são problemáticas, dadas as medidas de segurança disponíveis para sua aplicação. Quem tem experiência nas instituições de atendimento psiquiátrico conhece este tipo de defesa de condutas boas para quem as prescreve, não tão boas para quem as recebe...

Os diversos determinantes desta situação complexa, contudo, deixam-nos entrever “o excesso como um dos componentes essenciais da medicalização” (COSTA-ROSA, 2013, p. 193). Segundo este autor, as próprias demandas imediatistas para lidar com as diversas fontes de sofrimento se atrelam ao consumo de práticas psiquiátricas na lógica do consumo, tornando a assistência mercadoria a ser regulada como tal. Um certo tipo de uso compulsivo, ademais, caracteriza também a relação com as drogas consideradas ilícitas ou ilegais, presente na nossa sociedade (COSTA-ROSA, 2013), mas cujas consequências em termos de mortalidade e violência são bastante específicas. Ainda mais se nos debruçarmos sobre os dados relacionados a populações negras e pobres, principais vítimas da proibição e criminalização do consumo de drogas - discussão que, todavia, não será aprofundada neste trabalho. Sabemos, de nossa parte, da necessidade antropológica e cultural do consumo das substâncias psicoativas, não tornando patológica toda e qualquer forma de consumo e, além disso, nos colocando favoráveis ao debate ampliado sobre o assunto com as comunidades com as quais nos relacionamos. Algo que já é feito por trabalhadores, gestores e movimentos sociais ligados à atenção psicossocial, inclusive em Belo Horizonte.

Existem no Brasil e em Belo Horizonte algumas experiências em andamento sobre o manejo cogestivo da medicação utilizada no campo da saúde mental. A Gestão Autônoma da Medicação (GAM), uma ferramenta para discussão e apoio à centralidade das decisões dos próprios usuários sobre o seu tratamento, é também uma estratégia para enfrentar o desafio da centralidade do saber médico: “ainda enfrentamos o desafio de que o tratamento baseado em

medicamentos – ou fármacos – seja o mais utilizado, colocando em segundo plano outras formas de cuidar das pessoas, baseadas nas relações, nos afetos e na comunicação” (CAMPOS *et al*, 2014, p. 5). Embora eu não tenha tido oportunidade, nesta pesquisa, de acompanhar os grupos GAM em andamento na regional Serra do Mondego, as participantes comentaram sobre a ocorrência deles nas conversas que tivemos. Tenho a impressão de que este é um dos fatores que reflete a maturidade das discussões entre equipe, usuários e familiares, dada a preocupação recorrente que expõem sobre outras formas de organização da assistência e o esforço de integração com os saberes comunitários e locais. O dispositivo GAM é definido como “um espaço a mais para desenvolver a capacidade de diálogo sobre o tratamento” (CAMPOS *et al*, 2014, p. 18). E é preciso enfrentar a realidade da precarização da assistência quando vemos profissionais médicos prescreverem medicações e outras medidas que podem ser invasivas, do ponto de vista dos usuários, mas para oferecerem “alguma resposta” concreta ao problema colocado, mesmo que não tenham certeza sobre a eficácia da conduta ou que considerem aspectos psicossociais do estado de sofrimento dos usuários. A construção de modos de relação com a saúde das pessoas “tem características clínicas, éticas e políticas” (CAMPOS *et al*, 2014, p. 22). Defendemos, portanto, a desnaturalização da prescrição medicamentosa como única ou principal resposta na assistência em saúde mental.

Outro interesse particular promovido pelos grupos GAM refere-se à mobilização de dimensões distintas, tais como a gestão de serviços públicos, participação de familiares, usuários e comunidade nas condutas propostas, redes de apoio social e afetivo, efeitos dos medicamentos, etc. (MELO *et al*, 2015). Estes autores destacam a indissociação entre a função clínica e as relações institucionais, que serve para pensarmos nas condições concretas para alterarmos os nossos processos de produção de saúde.

A respeito da situação de crise, tal como reconhecida no campo psiquiátrico e a partir da sintomatologia de referência para a abordagem dos técnicos, ela envolve também a dimensão do laço social e exige um posicionamento político e ético da rede (SOUZA, 2010). Este autor, também trabalhador da saúde mental em Belo Horizonte, destaca que o suporte nesses momentos agudos depende da integração das medidas de cuidado e reabilitação realizados no território, com possibilidade de se abordar tais crises “num instante anterior à sua precipitação em urgência e emergência” (SOUZA, 2010, p. 112). A medicação, como

vimos, incide sobre os sintomas, e não basta como conduta. Nosso objetivo é que os projetos terapêuticos individuais sejam realizados por e para cada usuário, nas particularidades de cada um. E para que a antecipação da assistência a uma situação grave não se configure como medida arbitrária, devemos buscar a convergência e a organicidade das ações diversas envolvidas em cada caso, conforme autorizado pelo próprio sujeito em situação de sofrimento em questão.

A vontade de traduzir uma situação de sofrimento em um diagnóstico médico é comum entre usuários e familiares que atendemos no SUS. No tipo de abordagem dominante que favorece uma compreensão biomédica dos quadros associados à saúde mental, a crise acaba sendo identificada como fenômeno negativo, separando-o do contexto de vida que o envolve, e priorizando a contenção através do uso de medicação: “a popularização da psicofarmacologia é respaldada pelo seu efeito imediato e por ser, de alguma maneira, acessível à população, circunstâncias que resultam no descrédito dos dispositivos clínicos regidos pela escuta e pela palavra” (DASSOLER e PALOMBINI, 2020, p. 280). Por causa desta tradição social e cultural de atrelar a manifestação da loucura a algo que deve ser excluído e controlado, temos ainda hoje, apesar do desenvolvimento das redes de assistência, riscos de a atenção nos CAPS, e mesmo em outros serviços, ser assimilada à assistência médica, sendo oferecido um cuidado médico-centrado. A argumentação que defende um atendimento “mais humanizado” nas instituições poderia parecer compatível com a discussão que a reforma psiquiátrica propõe, mas representa captura discursiva melindrosa que acaba repetindo um modelo de hierarquia técnica e mantendo condições para exercício do poder das equipes profissionais. O que se coloca como alvo de enfrentamento permanente para nós, que defendemos o modelo antimanicomial e de tratamento em liberdade.

Alguns estudos têm demonstrado necessidade de repensarmos o paradigma de cuidado em saúde mental baseado em medicação (WHITAKER, 2015). Apesar da ênfase dada ao contexto de tratamento nos Estados Unidos, este autor apresenta uma série de estudos publicados em periódicos internacionais que avaliam os efeitos de longo prazo com o uso de medicamentos psiquiátricos de classes diversas: os dados epidemiológicos sugerem maior dependência das medidas de proteção social por parte do Estado, dificuldades de retorno às ocupações formais após as crises e consequentes terapias farmacológicas, dificuldades em manutenção de relações afetivas, caracterizando um estranho paradoxo que o autor revela

como promessa de melhoria de vida, mas piora em diversos aspectos relacionados a uma espécie de iatrogenia e cronicidade que usuários desenvolvem (WHITAKER, 2015). O estudo apresentado é extremamente didático para demonstrar como a psiquiatria intervém nas interações sociais e culturais, e conseqüentemente, nos processos de subjetivação, criando regimes de verdade que ditam a necessidade inquestionável do uso, muitas vezes defendido por toda a vida - apesar das tantas diferenças entre as pessoas e das necessidades específicas que cada situação de sofrimento requer.

Nesta tendência de combinação de cuidados psicossociais e maior racionalidade no uso dos medicamentos, temos conhecimento também da estratégia do Diálogo Aberto, iniciada na década de 1980 na Finlândia e atualmente replicada em diversos outros países (KANTORSKI e CARDANO, 2017). Somam-se diversas vozes que ampliam as possibilidades de intervenção diante das crises. Da nossa parte, enfatizamos a dimensão das relações sociais e afetivas dos usuários em seus contextos de vida: se as “psicoses nascem de relações severamente desgastadas” (WHITAKER, 2015, p. 341, tradução nossa)³³, urge criarmos condições de respostas que considerem esse sistema relacional mais amplo, a partir das negociações possíveis que cada situação permite e de uma parceria a ser construída e mantida com os envolvidos como atores igualmente considerados nas tomadas de decisão conjunta, inclusive a respeito das medidas terapêuticas executadas. Em termos da nossa atuação na rede psicossocial de Belo Horizonte, seria o caso de radicalizarmos nas nossas intervenções cotidianas, no sentido de nos tratarmos como colegas que busquem objetivos comuns, - nós, técnicos, usuários e familiares, em projetos terapêuticos reformulados constantemente, conforme necessidades locais particulares definidas em conjunto.

Kantorski e Cardano (2017) retomam esta experiência do Diálogo Aberto como uma filosofia de enfrentamento de problemas nas relações entre as pessoas diante de uma crise psicótica, em que o cuidado também com a família e a rede social de cada indivíduo, preferencialmente no domicílio - ao invés de ele ser levado e mantido em instituições e locais para reabilitação - favorece uma comunicação aberta entre as partes envolvidas. Tratando das questões da vida cotidiana, todo o tratamento, incluindo o diagnóstico, é elaborado em reuniões conjuntas. Dentre os princípios desta estratégia, consta a “tolerância à incerteza”

³³ Psychoses are born from severely frayed relationships.

(KANTORSKI e CARDANO, 2017, p. 24; BERGSTROM *et al*, 2018, p. 169), pelo qual não se tomam certas decisões no primeiro contato. Ao contrário, o grupo se encontra algumas vezes para decidir questões delicadas, buscando evitar medidas precipitadas; até mesmo o uso dos medicamentos não é realizado necessariamente como primeira abordagem. O tratamento passa, assim, por fases em que todos os envolvidos se posicionam, se apoiam, aprendem a manejar a crise de modo coletivo e deixam tempo para ideias surgirem e favorecerem a resolução dos problemas. “O importante no processo são as trocas emocionais” (KANTORSKI e CARDANO, 2017, p. 27). Ou seja, sabemos da potência dessas práticas, no nosso contexto, e apostamos em técnicas e dispositivos já conhecidos pela rede, mas que eventualmente necessitam de ventilação para recuperarem seu vigor e funcionamento como encontros entre corpos que ampliem o que cada um pode ser e vir a ser, em seu próprio percurso de vida.

E nossa clínica sempre permite a retomada de tais percursos. Aspectos de difícil elaboração e frequentemente repetidos. Uma fala que demonstra certa expectativa social fadada ao fracasso e que se resume em algo como um questionamento quase simplista sobre como seria “deixar de ser louco”, é a seguinte:

C - quando chega alguém perto de mim, pra perguntar alguma coisa pra falar, eu falo assim: “cê não pode reclamar não, que pelo menos tem o CERSAM. Na hora que cê precisa, cê vai lá e eles abre a porta pra você. Sua família fica lá, eles dão a medicação, isso e aquilo outro... o médico atende e vai embora”. Outro dia viraram pra mim e falaram, não é a primeira vez que eu escuto: “cê num é a fodona? Por quê que ocê num cura sua irmã? Cê resolve o problema dela?”

T - mas quem falou isso com cê?

C - várias pessoas

T - da sua família?

C - da minha família, gente que me conhece, “ah, ocê tá sempre lá naquele lugar, perdendo seu tempo”, eu falo assim “é porque eu não tenho o que fazer, por isso que eu tô indo lá”. Cé entendeu? Eu falei, “gente, tem 10 anos que a gente frequenta isso aqui. Não é hoje, não. É muita coisa que já aconteceu aqui...

Si - e se tiver que ir o resto da vida, vai. É o tratamento, né

T - tem coisa ruim mas tem coisa boa também, né

C - melhorou bastante coisa. Não sei se é o caso do F. Eu acho que as coisas tem que ser melhores

(Entrevista coletiva com familiares no CERSAM).

O tom irônico utilizado por C mostra como ela costuma reagir às opiniões que emitem sobre sua irmã, que faz tratamento; algo que percebi também pelos relatos ao longo da conversa. Aquela expectativa social se relaciona ainda à forma da culpabilização que cai sobre o indivíduo que adoce. Talvez as responsabilidades sobre o fenômeno da loucura não sejam trabalhadas mais amplamente e as relações de parentesco assumam formas enrijecidas de obrigatoriedade de amor e de modos de cuidado com o outro que passem pela incondicionalidade da proximidade entre as pessoas. Nossos desejos acabam, nesse contexto, assumindo formas desvitalizadas e reproduzindo padrões de interação muitas vezes coercitivos para nós mesmos. De onde vêm discursos e práticas que exigem amor e caridade entre nós e nossas famílias? Cuidamos de nós e dos outros porque nos sentimos obrigados (as) a fazê-lo? Ou somos motivados (as) a cuidar por outros valores?

O desejo amoroso não tem nada a ver com a bestialidade ou com uma problemática etológica qualquer. Quando ele assume essa feição estamos diante de algo que é exatamente da natureza do tratamento do desejo na subjetividade capitalística. *Há um certo tratamento serial e universalizante do desejo que consiste precisamente em reduzir o sentimento amoroso a essa espécie de apropriação do corpo do outro, do devir do outro, do sentir do outro.* E através desse mecanismo de apropriação se dá a constituição de territórios fechados e opacos, inacessíveis exatamente aos processos de singularização, sejam eles da ordem da sensibilidade pessoal ou da criação, sejam eles da ordem do campo social, da invenção de um outro modo de relação social, de uma outra concepção do trabalho social, da cultura, etc. (GUATTARI e ROLNIK, 2013, p. 339).

Por este viés, podemos pensar em maneiras de ser e estar e relacionar com a loucura com maior suavidade em nossos territórios existenciais. Um desafio inerente ao provimento de cuidado e que requer “[...] que os cuidadores encontrem estratégias para lidar com frustrações, sentimentos de impotência e culpa, ou seja, com suas próprias emoções” (BRASIL, 2013, p. 64). Podemos tentar garantir lugares simbólicos de acolhimento dos e das familiares no serviço, inclusive para tratar seu sofrimento e suas dificuldades emocionais associadas à condição de cuidador (a), pelo que percebemos nas conversas, em especial no CERSAM Fanon.

Muitas falas traziam necessidade de um apoio maior ao familiar, no sentido de serem melhor acolhidos no serviço, de terem mais informações (técnicas, pelo que entendi) sobre o adoecimento mental... o saber psiquiátrico apareceu variadas vezes, na queixa de não ter o profissional na APS, ou manejo inadequado médico... Na verdade, como eu havia falado, no começo, da minha tentativa de inserir a pesquisa também na APS, para além do Centro de Convivência e CERSAM, isso deu brecha para muitos comentários sobre o funcionamento desse nível de atenção, e em geral para reclamarem e dizerem que não querem que o familiar seja encaminhado para lá
(Diário de bordo, entrevista coletiva com familiares no CERSAM).

Trabalharmos em rede e em equipe nos territórios, nos dispendo a estar nos locais das micro relações, demanda de nós ampliação de nossos repertórios profissionais e de vida. “O conceito de território é um guia para a produção de novas subjetividades que consigam fugir de subjetivações degradadas nas instituições totais, ou escapar de existências suicidárias” (LANCETTI, 2010, p. 91). É com essa lógica que conseguimos construir saídas para um desenvolvimento de autonomia das pessoas a quem acompanhamos.

Dentre os medos e condições a enfrentarmos estão os modos de circulação e modos de habitar o território, que acabam gerando restrições de circulação de usuários. Muitas vezes se restringem a frequentar o serviço ou equipamento da rede e deste para casa, em um circuito restrito.

É função também dos CAPS e CERSAMs promoverem outros modos de relação com a loucura, dando suporte para que ela ocupe outros espaços urbanos. O serviço pode se colocar como agenciador nessa construção de outras relações, conforme mencionado por Bongiovanni e Silva (2019), através do uso de dispositivos de grupo. São tarefas ligadas ao processo de desinstitucionalização, que implicam também no apoio a modos de apropriação dos espaços de circulação e convivência. De forma semelhante sugere Dimenstein (2006), ao indicar o serviço como dispositivo transitório da rede, que possa trabalhar *na* e *com* a comunidade sobre a cultura dominante manicomial que habita em nós, nas instituições e nos nossos espaços de convívio. E juntos construirmos alternativas ao preconceito com pessoas em situação de sofrimento mental.

Não pertencer a um determinado local, não se sentir pertencendo ao território onde se vive, pode ser fator gerador de sofrimento. O que aprendemos a respeito dos ganhos com o movimento de reforma psiquiátrica antimanicomial fica evidente ao constatar outros modos de vida, independente da condição de acometimento de algum tipo de transtorno mental, a partir da inserção nos diversos espaços das cidades. Circular pelas mesmas, podendo ressignificar os espaços e as relações. “[...] Considerar a dimensão subjetiva na reaquisição do direito ao uso dos espaços” (MOURA, 2011, p. 46). Quando conhecemos pessoas submetidas ao poder psiquiátrico, em um contexto que define a loucura como problema de saúde, vemos como opera o “[...] poder normalizador sobre os modos de vida nas cidades” (PAULON, 2017, p. 778). Esta autora sugere como a loucura não enclausurada contribui para pensarmos sobre os problemas da nossa democracia. Como nos organizamos, enquanto sociedade, para convivermos com as diferenças?

É necessário, contudo, que os (as) profissionais reflitam com usuários e familiares sobre o modo de fazer essa pactuação e dividir a responsabilidade de construção de redes. Sair de seus serviços e equipamentos e conhecer locais de trocas pode ampliar as organizações cotidianas de modo a incentivar maior autonomia. Não ter necessariamente um lugar único para tratamento, descentralizando as referências sociais e terapêuticas para alcance de exercício de cidadania. O direito à saúde não implica em obrigatoriedade de tratamento por ser louco, assim como utilizar a rede não significa depender demasiadamente dela.

Faço uma ressalva, ainda, ao risco de assimilação da noção de autonomia por um viés neoliberal e condizente com mecanismos de mercantilização da saúde e efeitos de

subjetivação pró-capitalísticos. “Sustentar que o indivíduo é responsável por sua saúde é sumamente discutível no caso de pobreza. Nestas circunstâncias, não colocar os determinantes socioeconômicos culturais e ambientais em perspectiva costuma criar o cenário para a culpabilização das vítimas” (CASTIEL, 2007, p.38). O cenário atual em que vivemos abriga modos de governo que controlam as pessoas, enfraquece rituais coletivos e incentiva identidades individualistas. Mesmo a plasticidade psíquica que defendemos como sinal de melhor saúde mental pode ser capturada pelas forças dominantes para funcionarem nas lógicas de consumo. Castiel (2007), ao se utilizar da noção de biopolítica desenvolvida por Foucault, aplicando-a no campo da saúde coletiva, indica as ambivalências de nossa época, inclusive dos discursos sobre a categoria de risco. Os discursos biologicistas e as ênfases de pesquisas genéticas, no processo atual de produção de conhecimento hegemônico, constitui “(...) uma tecnologia social que produz biossubjetividades ao estabelecer modos de relacionar-se consigo mesmo, com a família e a sociedade” (CASTIEL, 2007, p.117). Tais condições levam a certa descrença na busca de soluções alternativas, coletivas e políticas transformadoras (CASTIEL, 2007), que pode ser enfrentada através de articulações ética e políticas sobre o estatuto do corpo para entendê-lo como ele se tornou político.

A desigualdade social brasileira não nos permite simplificar as análises e as proposições. Ações e modos de cuidado entre as pessoas variam conforme as contingências sociais que as envolvem. No nosso campo, para buscarmos promoção de saúde e práticas comunitárias, precisamos considerar as interações complexas entre comportamentos individuais e coletivos, nos recursos existentes em cada território. Para assim contornarmos, furarmos, flexibilizarmos normas que prendam a vida e sua dimensão de abertura.

Nesta pesquisa abordamos as relações entre o CERSAM e a Atenção Primária à Saúde (APS) pela referências que as (os) participantes fazem quanto ao fato de usuários (as) permanecerem por muito tempo vinculados ao serviço, no fenômeno que caracterizam como “não alta do CERSAM para APS”. Familiares comentaram sobre a preocupação de terem a transferência de local de tratamento. Há queixas sobre a postura e condições de atendimento nos Centros de Saúde. Quando perguntei às equipes sobre isso, foram levantadas algumas hipóteses explicativas: algo como muita oferta por parte do CERSAM - que inclui o fato de funcionar por 24 horas, ser de porta aberta e com acolhimento diário, entre outras características - e, por outro lado, maiores formalidades e agendamentos com hora marcada na

APS. Sabemos que tais unidades têm funcionado com excesso de demanda, segundo avaliação dos / das profissionais, estando sempre lotadas, com organização ambulatorial, agendas cheias, pouca oferta de atividades coletivas. Para os atendimentos de saúde mental nossa história já demonstrou como esta lógica não funciona, excluindo casos graves e dificultando manutenção de vínculos que promovam modos de cuidado auto-responsáveis. Tanto no CERSAM quanto no Centro de Convivência foram apontadas necessidades de melhoria na APS e avaliação de que a gestão municipal precisa intervir melhor, para “dar um norte para as ações”.

Bandeira e Onocko-Campos (2021) comentam a baixa resolutividade de seguimento do cuidado na APS, citando dificuldades nos acolhimentos em relação às queixas de sofrimento mental, falta de orientação a respeito do uso de medicamentos e possíveis efeitos colaterais dos mesmos, além de negligência quanto a queixas clínicas e comorbidades. Condições que dificultam a vinculação de usuários e familiares aos serviços de saúde e nos permitem repensar o modelo dos atendimentos propostos em seu caráter ambulatorial. E se tais ofertas contemplam as necessidades sanitárias e ajudam a promover a integralidade da atenção.

As mães que falaram sobre as filhas em tratamento sugerem críticas às práticas em função de um apego a linhas endurecidas, a reproduções técnicas e burocratizadas sufocantes. Há algumas especificidades em relação ao público infantojuvenil, a locais de inserção de adolescentes na rede, que, no entanto, não compete aos objetivos desta pesquisa. Mas que indicam falta de melhor articulação das redes. Em todo caso, em Belo Horizonte fazemos uso de reuniões entre as equipes e de reuniões de matriciamento em saúde mental para efetivar o acompanhamento de pessoas em situação de sofrimento mental também na APS.

Da minha experiência de atuação neste campo, me recorro de alguns desafios relacionados aos processos de trabalho e organização interna do serviço, os quais frequentemente são informados aos usuários e familiares para justificar determinadas condutas propostas, sem que tenham a dimensão dos arranjos, em termos técnicos - o que acaba lhes parecendo menor consideração ao seu problema. Quando, por exemplo, alguém da equipe de saúde da família recebe uma demanda e diz que vai levar o caso “para a reunião com a psicóloga”. Sendo necessário a organização de respostas em função de prioridades, ocorrem situações que pessoas não vinculadas ou atendidas naquilo que demandam entendem

que não são bem recebidas pela equipe e pela unidade de saúde como um todo. Ou quando são feitas orientações que indicam menor gravidade de um quadro, que pode ser por isso tratado em outro lugar - o que muitas vezes é dito a alguém que para justificar transferência ao centro de saúde, por exemplo - acabam soando como negligência. As condições de trabalho na rede de saúde pública são precárias e são inúmeros exemplos, além dos municípios de Minas Gerais citados nesta tese, que comprovam isso. De onde tiramos nossa insistência em criar espaços coletivos de avaliação das atividades atualmente propostas.

Atuar em equipe sempre nos ensina. Há pessoas e categorias profissionais que em determinados momentos se mostram mais disponíveis para as articulações que a clínica para reabilitação psicossocial demanda. Trabalhei em um centro de saúde com 5 equipes de saúde da família (ESF), certa vez, nas quais algumas agentes comunitárias de saúde me surpreendiam pela sua sensibilidade e ética no trato com pessoas em situação de sofrimento mental. Elas comentavam sobre os preconceitos que a população local tinha com tais pessoas:

Quando eu entrei pra ser agente de saúde deles me foi colocado que eles eram pessoas agressivas. [...] Que tinha uma pessoa que gritava o tempo todo, que chorava; que não era pra dar as costas. Quando eu entrei e... nessa residência, e conheci, e tive o prazer de conhecer essa família, caiu por terra tudo aquilo que eles falavam. Eram pessoas que tavam precisando de alguém para ouvi-los. São pessoas que têm um sentimento... São seres humanos! E eles não agredem ninguém, ninguém. [...] Você chega lá... é uma família comum. [...] são pessoas muito carinhosas. Eles te recebem; a recepção deles é maravilhosa... Mas eles não saem. Eles são restritos ao lar (ACS 3). (LIMA, 2014, p. 27).

Percepção provocadora de uma profissional que pertence à comunidade e cujo olhar permite abordagem mais efetiva nos territórios dos serviços de saúde.

Em outra conversa a respeito dos dificultadores das práticas neste nível de atenção falamos sobre ações de cunho discriminatório que por vezes os próprios profissionais têm quanto à população atendida e que prejudicam o acolhimento:

Eu tenho pra mim, que o pior dificultador nessa situação toda é o próprio preconceito dos profissionais, entendeu? Das unidades. Porque a gente vê, muitas vezes, são situações que a pessoa chega e “ah, que saco” - faz tudo rápido... Não tem aquela disposição, às vezes, de ouvir, de dar uma atenção... A gente vê um certo preconceito por parte dos profissionais que conhecem aquela área. Mas aqueles que não conhecem - até em médicos, os médicos mesmo, “ah não”... Às vezes ele chega lá com uma queixa, ele quer que alguém o ouça. É um outro lado. Então, eu acho que o pior dificultador é isso. Os próprios profissionais das unidades (ACS 4). (LIMA, 2014, p. 28).

Nas situações cotidianas em que nós, que trabalhamos na rede, não nos sentimos preparados para a função que exercemos, comumente nos queixamos da sobrecarga do trabalho e da falta de capacitação para o mesmo. Mas penso que o que gera também esta sensação de despreparo é uma falta de clareza a respeito da organização do sistema (social, econômico, de saúde, etc) e da função dos operadores de saúde mental inseridos no projeto de atenção à saúde mental que construímos. Este pressupõe que nem pessoas com diagnóstico psiquiátrico nem equipes fiquem fechadas em instituições pré-determinadas, em espaços físicos restritos. A construção de vínculos e a integralidade territorial é o que permite que nos façamos terapeutas, reabilitadores (as), parceiros (as) das pessoas, onde elas habitam e quer queiram procurar as unidades de saúde disponíveis ou não. Não há cuidado que se concretize à força. Os vínculos estabelecidos é que dão margens para as ações e projetos compartilhados.

A pragmática da desconstrução manicomial é o reinado do paradoxo: doença mental e loucura, afirmação do poder médico e diluição das identidades profissionais, cuidados terapêuticos e liberação das potências estéticas. No seio desse limiar se produz um saber e um método que experimentam a convivência com o acaso e que ao mesmo tempo requerem rigor e processualidade (LANCETTI, 1991, p. 146).

Em nossos encontros foi apontado uma “falta de parceria” entre o CERSAM e a APS. Uma das participantes mencionou que falta ao serviço fazer o que ela chamou de “propaganda positiva” a respeito do que modo de acompanhamento nos centros de saúde. Algo que poderia mobilizar os afetos de familiares e usuários e contribuir para a transferência de vínculos de cuidado.

Os Cersams existem para que a subjetividade humana possa ter cabimento no mundo nas suas mais diferentes formas. Muitas vezes, o usuário nos chega após ter rompido todos os laços, resta-lhe o Cersam como último espaço de acolhimento, de pertencimento, de cabimento. É preciso também aqui a clareza do Cersam enquanto espaço de passagem, um tempo maior para uns, menor para outros, mas não um lugar eterno e jamais um único lugar. Por isso, a necessidade de o Cersam estar aberto ao seu território, de a equipe construir espaços fora, de nunca o Cersam fechar-se sobre ele mesmo, como única resposta a quem o procura (NOGUEIRA, 2008, p. 109).

Como colocado por esta autora, também trabalhadora da rede, gestora e militante, os casos acompanhados trazem vida e alegria às equipes; e as conquistas justificam a razão de ser e existir dos serviços e das ações em rede. No projeto de Belo Horizonte, que visa melhorar a sintomatologia psiquiátrica e, mais do que isso, construir lugares de pertencimento no mundo para e com cada usuário (a), há também “a necessidade de uma equipe que tem

colocado seu desejo em causa a cada caso” (NOGUEIRA, 2008, p. 107). Por quê falar do desejo? Para destacar suas produções e errâncias. E para incentivá-las fora da capitalização das esferas da existência (PELBART, 2014).

Nesta cartografia participamos de processos dos acompanhamentos com grupos de famílias na rede de saúde mental de Belo Horizonte e, talvez por um deslize de sobreimplicação³⁴ de minha função pesquisadora, havia criado expectativa de que os encontros pudessem “fomentar processos de intensificação dos fluxos desejantes com o intuito de levar à produção, à criação e à afirmação do desejo” (HUR, 2012, p. 24). Mesmo que eu tentasse me posicionar desta maneira nas atividades em grupo - excursões, reuniões, entrevistas, entre outras - as formas de enunciação dos grupos sobre si ocorreram de acordo com a tendência do que já está instituído nos serviços acompanhados. A breve passagem da pesquisa no cotidiano dos mesmos talvez não tenha causado impacto no sentido de promover reflexões e buscar estimular outras formas de perceber os problemas, principalmente aqueles que envolvem a mobilização das famílias não parceiras para as condutas propostas. Mas as experiências continuam, na “dimensão processual de compartilhamento” (MELO *et al*, 2015, p. 239) e em diferentes graus de grupalidade.

Estas e outras lições cotidianas sobre as melhoras nas vidas que se cruzam e que são efeitos de encontros, trabalho e investimento. É possível “fazer das nossas normas institucionais ficções das quais os sujeitos possam servir, e não apenas uma proibição moral” (SILVA *et al*, 2018, p. 68). Efeitos e aprendizados em nós e nos demais atores com quem nos agenciamos.

Eis que, na ruptura, não apenas a matéria do passado se volatizou, mas a forma do que aconteceu, de algo imperceptível que se passou em uma matéria volátil, nem mais existe. Nós mesmos devimos imperceptíveis e clandestinos em uma viagem imóvel. Nada mais pode acontecer nem mesmo ter acontecido. Ninguém mais pode nada por mim nem contra mim. Meus territórios estão fora de alcance, e não porque sejam imaginários; ao contrário, porque eu os estou traçando. Terminadas as grandes ou pequenas guerras. Terminadas as viagens, sempre a reboque de algo. Não tenho mais qualquer segredo, por ter perdido o rosto, forma e matéria. Não sou mais do que uma linha. Devim capaz de amar, não de um amor universal abstrato, mas aquele que escolherei, e que me escolherá, às cegas, meu duplo, que não tem mais eu do que eu. Salvamo-nos por amor e para o amor, abandonando o amor e o eu. Não somos mais do que uma linha abstrata, como uma flecha que atravessa o vazio. Desterritorialização absoluta. Devimos como todo mundo, mas de uma maneira pela qual ninguém pode devir como todo mundo. Pintamos o mundo sobre nós

³⁴ Estar implicada enquanto pesquisadora não se refere à noção de comprometimento; é postura para explorar os atravessamentos institucionais. A sobreimplicação seria um não reconhecimento destas dimensões. Para maior explanação, conferir em Romagnoli (2014) e Paulon (2005).

mesmos, e não a nós mesmos sobre o mundo. [...] Entramos em devires-animais, devires-moleculares, enfim em devires imperceptíveis (DELEUZE e GUATTARI, 2012, p. 79).

Enquanto trabalhamos, vivemos e pesquisamos, nos tornamos outros e refazemos forças instituídas dando passagem para instituintes.

Por outro lado, a experiência demonstra que não é frutífero discutir outras formas de expressão e organização familiar sem nos debruçarmos sobre o lugar convencional estabelecido para as mulheres em nossa ordem social. Tampouco desconsiderar a histórica associação entre sexualidade feminina e loucura, que justificam parte da opressão ocidental às mulheres, como salientado por Pegoraro e Caldana (2008), ao analisar a prestação de cuidados informais prestados comumente por mulheres. Podemos buscar práticas potentes na saúde mental que não passem pela manutenção de estereótipos de quaisquer tipos. A invenção militante cotidiana da luta antimanicomial permite traçarmos planos nos quais o manicômio não tem rosto de mulher, assim como o capitalismo não tem face humana. A função social do manicômio é excluir, isolar e controlar aquelas e aqueles que apresentam comportamento considerado inadequado. Foi criado e é mantido pela idealização, lógica, imagem e semelhança de quem quer se afirmar como superior. Não existe por caridade. Não se justifica por benevolência. Acobertaram abandonos e ainda escondem crimes e violências. Não trata, mas produz sofrimento. Manicômio, capitalismo, instituições totais, escravatura: ordens baseadas na subjugação de quem é considerada (o) mais fraca (o). Ou seja, se “é preciso ter sempre miseráveis para tirar o excesso que o capital precisar” (CÂNDIDO, 2019, p. 408), o que mantém as bases para determinados seres humanos não serem tratados como humanos, também a lógica manicomial corrobora a exclusão de pessoas consideradas menos humanas - neste caso, em função da situação de sofrimento mental caracterizada como doença a ser sanada e controlada.

Nesse sentido, podemos pensar em diversas formas de luta que têm em comum serem contrárias ao sistema capitalista. Como afirma Aspis (2020), “é ilógico e infame afirmar igualdade em um sistema econômico que tem justamente a desigualdade como estrutura” (p. 7), pelo qual não temos condições iguais de acesso a direitos básicos, tais como a liberdade. Presumimos, da mesma forma, a afinidade da luta antimanicomial com movimentos de esquerda (LOBOSQUE, 2001; PASSOS e MOREIRA, 2017).

Nossa cultura pressupõe a criação de rostos e rostidades para muitas manifestações. Aleksievitch (2016), ao declarar que a guerra não tem rosto de mulher, se utiliza de fragmentos de histórias de vida de centenas de pessoas que lutaram na Segunda Guerra Mundial, e como as ocorrências derivadas da participação delas impactaram em nomes, funções, vestimentas, hábitos e táticas que os grupos anteriores não conheciam, nem nunca haviam pensado sobre. Na situação extrema do conflito, com toda destruição e morte que dele decorreu, pessoas viveram cenas inimagináveis, algumas até mesmo repletas de alegria dentro do que era possível nas circunstâncias contadas. Mas a referência ao não rosto de mulher das instituições manicomiais, aqui, serve para designar a binariedade classificatória tradicional e ao mesmo tempo sair dela: por um uso de expressão contra excessos identitários. “Mulher” para contrapor práticas e discursos machistas dominantes, mas não para aludir a uma essencialidade feminina que sabemos que não existe. Um rosto-plasma de uma instituição de provimento de cuidados que cultive sua capacidade sensível, que dê condições para trabalhadoras e trabalhadores estarem disponíveis para acolher sofrimentos e demandas alheias, na rotina das convivências que propõem. Sem, necessariamente, fixar a longo prazo uma identidade colada de qualquer pessoa ou gênero ou estilo ao serviço. Sermos inventivos e continuarmos sendo, enquanto serviços e equipamentos, depende de esforços coletivos. Criar rostos que identifiquem os locais e equipes provedores de cuidado é uma tarefa cuja forma varia diante de cada situação e problema a enfrentar. Se um grupo específico consegue agir em sintonia, entre seus componentes, é possível estabilizar uma imagem representativa do coletivo que mantenha traços distintos, como fragmentos em mosaico de muitos de nós. Um devir-caleidoscópico que reflita várias faces e forças, tirando da sua própria mutação a riqueza das ações.

Em países ocidentais as mulheres têm tido, ao longo dos séculos, atuação importante contra o capitalismo, o extrativismo e neoliberalismo, como explicitado por Federeci (2016). Lutas pelo bem comum, como terras partilhadas para cultivo em uma determinada comunidade, são travadas como formas de resistência às regras do capitalismo, em que pesem as dificuldades cotidianas nessa desigual atribuição de poder a pessoas civis e a corporações. Há comunidades, povos e meios de vida em que a relação com a terra representa não só meio de produção de subsistência, como também relações de solidariedade e conexões com ancestralidades (FEDERECCI, 2016). Estas experiências podem servir como inspiração para

arranjos sustentáveis e possibilidades de convivência em uma sociedade organizada de outra forma, a partir de outros valores. Sem que a vida seja tomada como fonte de lucro e as diferenças singulares não ameacem ordem mantidas às custas da repressão dos corpos não homogêneos, classificados como inadequados no exercício de poder que rege nosso sistema, de modo dominante. Uma perspectiva feminista interseccional na saúde mental, que considere a interseção das vulnerabilidades de classe, gênero, raça, dentre outras, poderia ajudar a pautar estes elementos sócio-culturais, enfatizando a organização coletiva para criarmos alternativas nas condições atuais em que vivemos. Mulheres que possam reproduzir ações e valores compartilhados na sua comunidade, e não somente as condições de manutenção do bem estar de classes altas. Mais importante ainda, que tais atribuições não sejam estipuladas por critérios de gênero, mas sim por interesses e habilidades pessoais estabelecidas pelos próprios sujeitos.

Não queremos, todavia, romantizar os modos de resistência no nosso campo; mas, sim, “repensar a relação entre os poderes e a vitalidade social na chave da imanência” (PELBART, 2015, p. 21). Ao modo como os poderes operam na vida cotidiana atual, nos monitorando e se incorporando entre nossos psiquismos, linguagens, meios de comunicação, sonhos e conectividades, havemos de construir saídas que tratem a vida mesma como valor, “como reservatório inesgotável de sentido, de formas de existência, de direções que extrapolam as estruturas de comando e os cálculos dos poderes constituídos que pensavam pilotá-la” (PELBART, 2015, p. 21). Construímos dispositivos que aumentem nossa sensibilidade para captar o que se passa entre familiares, usuários, parceiros da rede intersetorial nas políticas públicas; captar algo dificilmente mensurável e definível, mas sempre imiscuído nas nossas interações humanas. E a partir daí construir parcerias e reciprocidades, criando valor para o protagonismo de usuários (as) e suas redes, produzindo subjetividades expansivas. Tarefas que podem levar à flexibilidade, participação horizontal e autonomia, conforme elucidado por Pinho, Hernández e Kantorski (2010), favorecendo a inserção de familiares nos planos de reabilitação psicossocial em cada situação específica compartilhada. E quanto mais possibilidades de rede, maiores as chances de oferecer e manter cuidados na saúde mental.

Queremos, com este trabalho, favorecer a desnaturalização dos sofrimentos humanos, a partir da convergência de vários autores e autoras que apoiam as lutas por dignidade e pelos

direitos humanos. Esperamos que as abordagens aplicadas ao campo da saúde mental e coletiva reconheçam seus limites e, conforme explicitado por Nunes (2019), não percam de vista as intersecções entre o cuidado, a saúde e a doença, nos seus processos multideterminados. E que haja espaço e condição para as pessoas mesmas que sofrem poderem elaborar estratégias de enfrentamento dos problemas, com apoio, se necessários, de outros agentes que possuam outros modos de inserção social e poder de influenciar mudanças. Diante do risco de medicalização das práticas em saúde e no nosso frágil contexto social, havemos de buscar forças populares que respondam a seus interesses. Motivadas pelo que Basaglia (2018) definia como perda de privilégios da classe médica: só alcançaremos a democracia se os (as) operadores (as) estiverem democratizados nos propósitos assistenciais. Tais propósitos se relacionam ao que Pelbart (2014) sugere como instalação de entremodos, entremundos, através de cruzamentos e mudanças de perspectivas que sinalizem mudanças na sensibilidade social atual. Entre os modos de existência, resistência e desistência apresentados pelo autor, nos empenhamos em construí-los e desconstruí-los diante dos pluralismos existenciais.

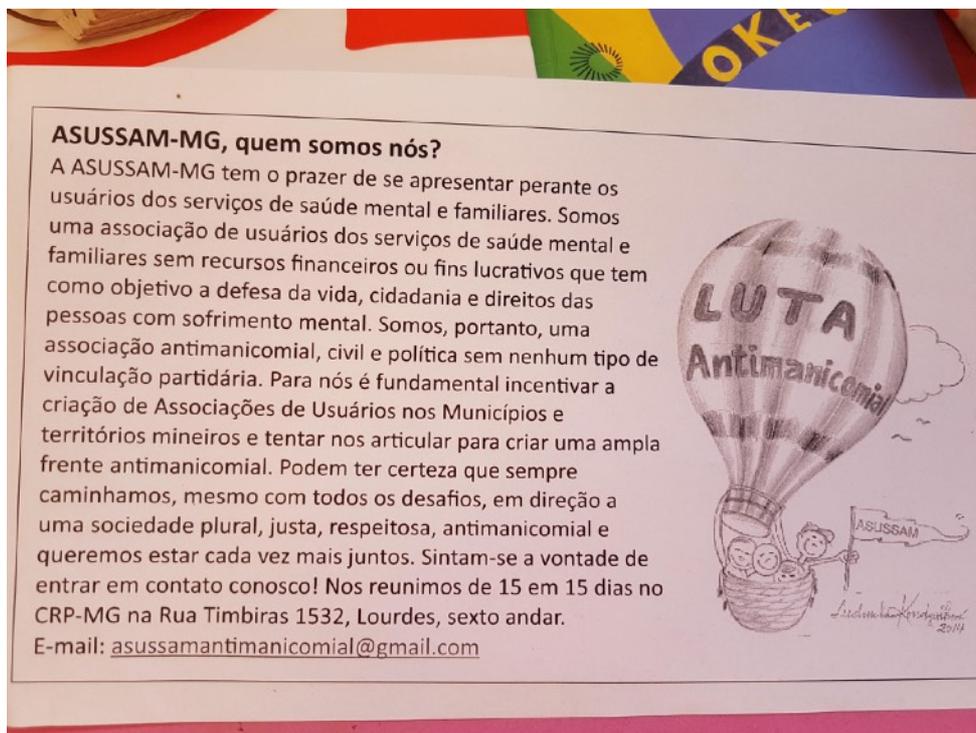
Felizmente, nesse debate ninguém pode ter a palavra final – nem o antropólogo, nem o filósofo, nem o artista, nem o clínico, nem o cientista. Como não reconhecer o direito de cada um de formulá-lo à sua maneira, segundo sua inflexão própria, sendo o equívoco a condição de possibilidade dessa polifonia? (PELBART, 2014, p. 263).

E que assim se constituam as trajetórias e experimentações.

Quanto às demandas de formação realizadas por profissionais e familiares, elas devem contemplar, ao meu ver, discussões políticas, sociais e antropológicas, que contribuam para ampliarmos efeitos terapêuticos e melhorarmos condições de vida da população. Os espaços coletivos de discussão são propícios a tais mobilizações.

Princípios e diretrizes essenciais para a reforma psiquiátrica antimanicomial têm sido formulados pelas estratégias de controle social ao longo do processo; dentre eles está indicado o fortalecimento dos movimentos sociais e das associações de usuários e familiares, conforme consta no relatório da IV Conferência Nacional de Saúde Mental (SUS, 2010). A rede de serviços comunitários é um meio de buscarmos a superação de preconceitos e estigmas, além de estimular o protagonismo das pessoas em tratamento.

Temos, em Belo Horizonte, a atuação da ASUSSAM, Associação de Familiares e Usuários, que tem se organizado para agir também em outros municípios de Minas Gerais e desempenha papel fundamental na implementação da reforma.



Panflete distribuído no Encontro Metropolitano de Usuários da Saúde Mental e Familiares, promovido pela ASUSSAM, em outubro de 2019

Neste encontro pude testemunhar tentativas de articulação entre os segmentos presentes, visando tanto o acolhimento de questões pessoais, trocas de experiências, quanto planejamento para mobilização da função de controle social. Grupos e indivíduos se potencializando através da luta e da militância.

Supostas dificuldades em ser aceita (o) pelos familiares estão relacionadas às pressuposições das atribuições de gênero, aos estereótipos reforçados por diagnósticos psiquiátricos, aos modelos pré-concebidos para o desempenho de papéis entre os próprios familiares. Se os modos de definirmos os impasses das articulações entre equipes e famílias na rede de saúde mental não contemplarem essas questões, continuaremos a buscar soluções por problemas secundários, enquanto perdemos de alcance as relações que podem trazer tanto sofrimento quanto alegria no convívio. Sejam entre pessoas em situação de sofrimento mental

ou não. Tratar da vida, para além do diagnóstico, não significa menosprezar os sintomas psicóticos, as fragilidades psíquicas, as loucuras. Significa apostar na potência das relações humanas: entre nós, com nós mesmos (as), e com quem nos cercam. “Não é fácil a travessia. Talvez a arte e toda a sua didática subjetiva, provocativa, nos ajudem a propor novas ordens para o entendimento das diferenças. Talvez cada um proponha, ao outro, novas formas de compreender o mundo numa sutil fronteira entre o individual e o coletivo” (Ferreira *et al*, 2008, p. 232).

Das singularidades de cada pessoa, dado seu modo de ser e existir, tenho colhido bonitos exemplos de como se posicionar diante do mundo, como se (re)compor entre tantos afetos e sensações. Apresento a seguir, neste sentido, a formulação de um amigo³⁵, usuário da rede de saúde mental de Belo Horizonte, com quem pude conversar sobre o tema e objetivo desta pesquisa. Ele gentilmente me ajudou a recuperar a ocasião de criação da ASUSSAM, da qual participou, destacando como eram realizadas festas pela Associação: quais comidas eram servidas, quem esteve presente - incluindo companheiros (as) já falecidos (as) - as músicas, as danças. Várias forças e elementos sincronizados a favor de um movimento em defesa da anticonvardia.

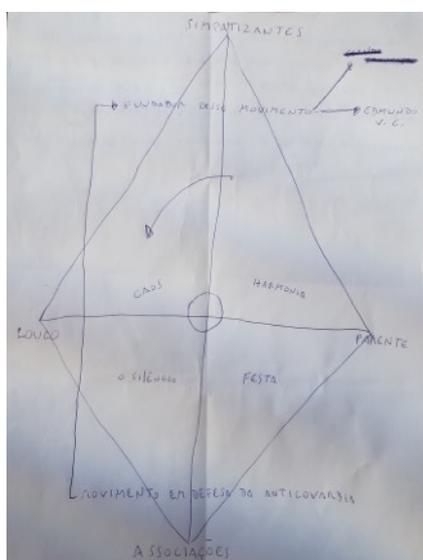


Diagrama elaborado por Edmundo Veloso Caetano em dezembro de 2020

³⁵ Agradeço imensamente ao Edmundo pela disponibilidade em conversar comigo e buscar respostas aos problemas colocados. Ele não só autorizou o uso da imagem, como insistiu para que eu a apresentasse no corpo da tese e citando sua autoria. Seguimos na parceria e na luta.

Em meio aos nossos caos, nossos medos, nossas saudades e desejos de festejar, a vida segue. Mesmo com diagnósticos como o de esquizofrenia nos articulamos em lutas, movimentos e associações. Dançamos com as linhas que ora se endurecem, ora se flexibilizam, fazendo o que nos é possível se queremos uma não conformação à situação em que nos encontramos.

A história é testemunha e atesta os efeitos da luta pela liberdade e pelos direitos de cidadania na vida dos que foram historicamente excluídos e segregados pelo abuso da razão. E as nossas conquistas continuam até os dias de hoje, infelizmente sombrios diante das ameaças à democracia brasileira. Se no escuro o medo nos assombra, fecha e tranca, é nele que podemos encontrar a oportunidade de nos perceber, reconhecendo nossa força e capacidade de resistência, a coragem revolucionária do novo (Fórum Mineiro de Saúde Mental (FMSM), 2017).

E o que não cabe em nós encontra margem de cabimento no coletivo, como atesta a letra de um dos sambas-enredo da escola de samba *Liberdade ainda que tam tam*, “Não me calo nem no pranto”³⁶:

Faz escuro em todo canto
não me calo nem no pranto
depois do golpe eu me levanto
é preciso anoitecer
pra chegar o amanhã
cantarei a liberdade ainda que tam tam
tanta coisa se passou
busquei na história
um motivo pra lembrar
lá em Baurú a utopia começou
sonhos pra realizar
sou criatura sem temer
eu vou criar

³⁶ Samba enredo vencedor do concurso da escola de samba *Liberdade Ainda que Tam-Tam*, em comemoração do 18 de maio 2017, promovido pelo Fórum Mineiro de Saúde Mental. Letra: usuários do Centro de Convivência Barreiro, Raphael Sales e Diego Hemétrio. Música: Raphael Sales. A data marca o dia nacional da luta antimanicomial. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=dokJC63bWiI>.

minha loucura te coloca pra sambar
minha arte não atura
hospital que quer trancar
tempo vai e tempo vem
muitos perigos rodeando a cidade
vão condenando preto pobre de verdade
até quando vão levar
nossas crianças sem direito de sonhar?
e não me tire o que não pode me dar
eu sou cidadão do mundo
e não deixo de cantar
ano passado eu sofri
me golpearam mas ainda estou aqui
o povo luta vai ficar e resistir
o temeroso nunca vai nos iludir.

O projeto de saúde mental executado em Belo Horizonte traz inspirações do campo artístico admiráveis. Acabamos nos sentindo inclinadas a buscar referências que auxiliem a lidar com as distintas manifestações humanas. Analogamente à vontade de mudança que este texto exprime, Didi-Huberman (2014), ao comentar a obra do poeta-cineasta Pasolini, conhecido cineasta de esquerda italiano e assassinado por crime de motivação homofóbica, cita a energia revolucionária própria daqueles que são excluídos do jogo político dominante. Em um cenário de desespero associado a formas de governo fascistas e intolerância cultural, o autor apresenta uma forma de olhar para os movimentos dos vaga-lumes, feitos nas trevas e escuridões, como “uma dança do desejo formando comunidade” (DIDI-HUBERMAN, 2014, p. 55). Eles indicam como alguns lampejos são possíveis, apesar do pessimismo, e justamente em zona de interação de forças mistas. Não é simples, mas, de nossa parte, ousamos sonhar com elas.

Neofascismos, manifestações grandiosas, espetáculos de pretensões totalizadoras, posições subjetivas criadas a partir das demonstrações de poder e de opressão. A artesanaria das

práticas em saúde mental, na rede que temos criado e lutado para manter, se opõe a este modo de funcionamento.

Se estamos “em tempos nos quais a violência de Estado tem se tornado política pública” (PASSOS e MOREIRA, 2017, p. 352), nos mobilizarmos na luta antimanicomial e construirmos mediações entre nossos desejos e ações, coletivizando esperanças políticas, se mostra necessário e realizador... atribuindo um sentido comprometido com o cotidiano para aquilo em que nos tornamos, hoje.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

“A metrópole é o corpo, a colônia é o corpo do outro”

(NOGUERA, 2020, p. 9)

“... e a multiplicação dos instantes implicando em seu próprio desdobramento”

(CANÇADO, 1968, p. 34)

Nascera há duas semanas uma criança; na cozinha as cozinheiras festejavam com os seus largos corpos batendo desastrados contra as mesas, bebendo vinhos em copos pequenos que não bastavam para conter aquela alegria exagerada. Havia a desculpa de um bebé, de um bebé ‘feito na casa’, o primeiro. O exagero dos festejos era, apesar de tudo, escondido, não oficial; as mulheres davam o exemplo de uma resistência à infelicidade e, sendo funcionárias, portanto: portadoras de uma cabeça ‘decente’, como se dizia por ali, tinham direito às pequenas alegrias; o curso regular da existência do Hospício GR fora ‘maltratado’, e tal facto era, para os funcionários com pouca responsabilidade, uma grande alegria (TAVARES, 2006, p. 155).

A tese é como uma criança que nasce. E expressa uma busca por condições de criticar instituições de dentro delas próprias, com uso de diferentes forças que coexistem nelas e nas pessoas que fazem parte das mesmas. Uma demanda de que possamos estar abertas às mudanças temporais e a eventuais surgimentos de elementos novos que não eram antes percebidos nas relações humanas.

O processo de pesquisa e de escrita se baseou também nas lutas contra a violência e a favor do cultivo de desejos que sustentem as políticas presentes na realidade que estudamos. Vamos seguir sustentando análises interseccionais, em prol da “[...] autoridade intelectual de todas as mulheres que um dia foram interrompidas” (AKOTIRENE, 2019, p. 64). Falando e escrevendo com elas.

O tema das relações familiares atravessou nosso percurso de modo transversal. Como algo que expressa valores culturais, foi necessário abordar temas que o tangenciassem, com o intuito de não simplificar o estudo, tampouco as interações sociais reais das quais faço parte. Revendo entrevistas, diários e registros; continuando a análise de artigos e demais fontes bibliográficas, pude notar como o modo de conceituarmos e pretendermos trabalhar com grupos familiares se relaciona com referenciais culturais e sociais normatizadores. Enquanto trabalhadoras (es), usuárias (os), cidadãs (os), temos nossos valores, que tantas vezes nos orientam nas práticas profissionais. É uma tarefa da psicologia e dos campos de conhecimento

apoiadores da reforma psiquiátrica antimanicomial contribuir para formação em tais práticas de modo a garantir resolução das necessidades da população atendida, para além de conceituações morais pessoais. Uma tarefa permanente para os segmentos que compõem as redes de saúde mental: construir condutas éticas que atendam em especial aos usuários e usuárias das políticas públicas. Com definição de prioridades e responsabilidades compartilhadas entre nós, com os recursos que temos e com os que possamos desenvolver.

“Nós somos desertos, mas povoados de tribos, de faunas e floras” (DELEUZE e PARNET, 1998, p. 19). E queremos seguir desenvolvendo nossas identidades mutantes, como modo de potencializar nossas práticas no campo da saúde mental e nossa luta por uma sociedade sem manicômios. São inúmeras as combinações que habitam em nós, inúmeras “[...] vozes dissonantes que nenhum imperador ou prefeito consegue ouvir, nem orquestrar, mas tampouco abafar” (PELBART, 2011, p. 145). Onde quer que estejamos.

Estou no Hospício. O desconhecimento me cerca por todos os lados. Percebo uma barreira em minha frente que não me deixa ir além de mim mesma. Há nisto tudo um grande erro. Um erro? De quem? Não sei. Mas de quem quer que seja, ainda que meu, não poderei perdoar. É terrível, deus. Terrível [...]. Encolhida de frio e perplexidade, procuro entender um pouco. Mas não sei. É hospício, deus — e tenho frio (CANÇADO, 1979, p. 34).

Ao longo da redação desta tese revisitei minha escolha pela psicologia em diversos momentos e com diferentes intensidades afetivas. Eu tinha 17 anos ou menos quando escolhi me candidatar a este curso; e a cena decisiva para essa escolha ocorreu em uma aula de história sobre os africanos escravizados trazidos à força para o Brasil. O professor falava sobre formas diferentes de como morriam. Eu ouvia as causas físicas, pensava que o sofrimento deveria ser terrível. Algo que eu localizava como psiquismo, como identidades partidas, mortes simbólicas. Coisas das quais sempre tive dificuldade de dizer, de dar nomes, definir, mas que de certo modo sentia, à distância. Nunca soube de onde vim, não tive informações sobre meus antepassados (as). Mas sinto que algo me liga a este passado de modo irrefutável e serve de referência para o posicionamento que quero ter no mundo, passando pelos textos que escrevo e pelas pesquisas que proponho.

Vejo vídeos na internet sobre as discussões no campo da saúde mental e da saúde pública; quero me sintonizar com o discurso dos meus pares, a quem não vejo há

tanto tempo. Mais gente está falando sobre o genocídio no Brasil; outros pesquisadores têm publicado sobre o racismo e sua relação com a política de saúde mental. Não falo sozinha. Não tive mais retorno das equipes participantes da pesquisa, tampouco sobre o relatório que enviei há pouco mais de um mês - com exceção do comentário de uma das gerentes, que leu rapidamente e ficou de passar à equipe. Como estão trabalhando? Conseguiram fazer a reunião virtual com os familiares? Vou rever as entrevistas e refazer minhas perguntas ao campo. Esse mundo é outro, não só por causa da pandemia. Eu sou outra. Outra coisa. Coisa que escreve e dança. Coisa que quer ter fome e estar bem em outras companhias. Não tenho medo nem vergonha de chorar - minha alma se expressa assim e se conecta também com as alegrias vividas. Estou cercada de livros e rascunhos, pistas de estudo e diários de bordo. Não desisti de virar doutora em nenhum momento. Descubro outras formas de levar esses preceitos acadêmicos a sério. O que penso e escrevo se conecta com o que diferentes autores e autoras escrevem através de um soluço. Respiro, ouço uma música, vigio o funcionamento da panela de pressão e volto ao texto sobre feminismo. (Foucault também gostaria de comer feijão?)

(Fragmento do diário de bordo).

O direito à literatura (CÂNDIDO, 2011) me guia na vida. Com ela reinvento forças e imagino possíveis formas de ação coletiva relacionadas à saúde mental. Outros modos de expressão para lidar com a situação do nosso povo, em terras brasileiras e nas outras, que merecem igualmente nossa solidariedade quanto às diversas lutas contra formas de violência e opressão em andamento. Outras formas de lidar com a loucura. Não fechar os olhos para o que se passa nas janelas e telas ao nosso redor. Agir, apesar de tudo. “Sofrer, esse sentimento difícil de exprimir e rejeitado por todos, mas que a unia de forma irremediável a todo seu povo” (VIEIRA JUNIOR, 2018, p. 247): sofrimento, sangue oculto a correr em nossas veias, mas que aprendemos a depurar nos coletivos.

Os depoimentos de pessoas em situação de sofrimento mental, sejam ou não usuários e usuárias da nossa rede, mais ou menos distantes no tempo e nos locais geográficos, continuam sendo fontes inesgotáveis de inspiração para seguirmos; fontes de aprendizados conjuntos,

apesar de tantas dificuldades. Representam lampejos intermitentes (DIDI-HUBERMAN, 2014), que resistem apesar da escuridão e apesar do excesso de luz em outros focos. Impasses de caráter individual e expressão coletiva não cessam, mas acabamos encontrando desvios, perfurações, rotas alternativas. Como expressado por Antonin Artaud: “[...] a boa saúde é uma abundância de endemias encurraladas, de um formidável desejo de vida com cem chagas corroídas que, apesar de tudo, é preciso fazer viver” (ARTAUD, s./d. p. 49).

Enquanto isso, no Brasil, muitos colapsos seguem em andamento. Kabengele Munanga (2020) ensina que “[...] o modelo de democracia neoliberal que nós temos é um modelo em crise”. Nada de verdadeiramente novo em termos cronológicos. Carolina já o constatava nos anos de 1950:

A democracia está perdendo os seus adeptos. No nosso paiz tudo está enfraquecendo. O dinheiro é fraco. A democracia é fraca e os políticos fraquíssimos. E tudo que está fraco, morre um dia. [...] Os políticos sabem que eu sou poetisa. E que o poeta enfrenta a morte quando vê o seu povo oprimido (JESUS, 2001, p. 35).

Este enfrentamento poético e decidido é o que propomos, diante da conjuntura brasileira que tem consumido a militância e os (as) trabalhadores (as); diante de formas de governo com aspectos antidemocráticos, facistas, racistas e sexistas, com cortes de direitos e táticas de manipulação da opinião pública baseada em mentiras e notícias falsas.

Os autores e autoras que nos acompanharam neste percurso, no entanto, afirmam que “[...] não há possibilidade de uma transformação das estruturas de governo sem a modificação dos dispositivos micropolíticos de produção de subjetividade” (PRECIADO, 2018, p. 19). Deste modo, abordamos estes e os temas macropolíticos através dos nossos afetos, nossos perceptos e saberes que construímos para além do que formalmente apresentamos, em nossas consciências, dada a imanência destes campos. Para lidarmos com as instituições, com os conceitos, com as famílias, os corpos, pessoas usuárias das políticas públicas, seguiremos buscando metodologias de participação coletiva nas quais possamos desenvolver tramas libidinais que nos potencializem.

A reforma psiquiátrica antimanicomial é um processo que permanece e que depende do engajamento de tantas pessoas e grupalidades quanto for possível se formar nessa amplitude. “Desinstitucionalizar, nessa perspectiva, implica um denso trabalho de crítica e

revisão daquilo que das instituições nos constitui subjetivamente, integra nossos modos de viver e desejar e demanda transformações” (PAULON, 2017, p. 779).

Nos diferentes contextos, em diversos pontos das redes, conhecemos familiares e sujeitos que participam do cuidado das pessoas em situação de sofrimento mental de modo responsável e engajado. Ocorre, porém, por vezes, que tais cuidadoras (es) não se sentem aptos ao acompanhamento que a própria equipe técnica de referência espera que realizem: além do que é considerado como despreparo, há quem sinta medo “[...] e não recebe nenhum apoio e capacitação dos serviços. É nesse sentido que chamamos atenção para a urgência em incorporar os familiares às propostas terapêuticas e de reabilitação de acordo com o paradigma psicossocial, pois sem eles as possibilidades de êxito ficam reduzidas” (DIMENSTEIN *et al*, 2010, p. 1223). Podemos abordar o medo como sintoma cultural e explorar, nos cotidianos, os modos de agirmos, trabalhadoras (es) e familiares, apesar desse sentimento difuso. Refletirmos sobre as inseguranças e aceitarmos o desafio da convivência sem termos garantias exatas, sem pretendermos controle, mas de modo atento e responsável. Modos que os serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos têm ensinado e realizado, em suas particularidades.

Nossas experiências realizadas no contexto da reforma psiquiátrica podem contribuir para a reflexão sobre a participação comunitária na tomada de decisões não só nas políticas de saúde, como também na formulação de políticas relacionadas aos campos da cultura, inclusão social e acesso ao trabalho (AMARANTE e TORRE, 2018). Apesar de essa participação social ser difícil de se concretizar na conjuntura atual brasileira, devido ao momento de ameaça democrática e rupturas institucionais. Na área da saúde, o retorno ao modelo biomédico se coloca de modo evidenciado, em um corporativismo alimentado também pelo modelo neoliberal. E além disso práticas microfascistas têm se tornado frequentes na nossa cultura. Diferenças de concepção moral tornam-se impeditivas de convivência, violências mais ou menos institucionalizadas se tornam banais e sem a devida punição para quem a comete e para uma reparação possível para as vítimas.

Basaglia segue entre nós, assim como Fanon, como uma esperança. Mas que não deve obliterar as ressalvas de determinação social, cultural e econômica quanto à saúde mental. São obras que nos servem como aporte e podem ser usadas como mais uma ferramenta para construirmos práticas éticas de trabalho e investigação.

Na medida em que a ciência é feita por esses senhores, e esses não socializam suas descobertas, é uma ciência que tem como finalidade a criminalização do homem. [...] O problema da pesquisa é criar uma condição onde o homem possa ser finalmente aquele que enfrenta a contradição de sua existência mais além da criminalização das necessidades (BASAGLIA, 1983, p. 103).

Aqueles e aquelas que têm suas necessidades criminalizadas devem participar dos processos de formulação e decisão do que lhes diz respeito. E ter espaço e escuta para suas proposições, para seus pontos de vista, assim legitimados na construção de práticas inventivas e com intuito comprometido para a resolução de seus problemas. Técnicos (as) e operadores (as) os apoiando em correponsabilizações sustentadas. Divisões de tarefas, de poderes, de contratualidades. Como a familiar que comentou, ao final de uma conversa:

Nós jogamos a semente. Vamos ver o que vai dar.

(entrevista coletiva no CERSAM).

E os seguimentos das ações terá seu fluxo, associadas às linhas que são tecidas em conjunto. Importa-me justamente a postura de observar o que brota e buscar novas oportunidades de semeadura. Construir “diferentes graus de contração grupal” (MELO *et al*, 2015, p. 240) relacionados às diversas posições de fala dentre participantes dos grupos, visando promover atitudes que contribuam para a construção de uma autonomia coletiva. E com a certeza de sabermos que “o nosso saber é vivo” (SANTOS, 2019, p.34).

Eu sou dado ao maravilhoso, ao fantástico, ao hipersensível; nunca, por mais que quisesse, pude ter uma concepção mecânica, rígida, do Universo e de nós mesmos. No último, no fim do homem e do mundo, há mistérios e eu creio neles. Todas as prosápias sabichonas, todas as sentenças formais dos materialistas, mesmo dos que não são, sobre as certezas da ciência, me fazem sorrir e creio que este meu sorriso não é falso, nem precipitado, ele me vem de longas meditações e de alanceantes dúvidas (BARRETO, 2017, p. 52).

De minha parte, gostaria de conhecer escritos e registros de usuárias e usuários sobre o tratamento em meio aberto; ver divulgadas experiências de convivência com o fato de ser louca ou louco, sobre opções flexíveis de tratamento, escolhas compartilhadas com equipes e familiares. Durante a cartografia, pelos relatos, algumas vezes tive a impressão de êxito e recuperação rápida de pessoas que sofreram as primeiras crises ainda jovens, mas que passaram por intervenções além da internação, com apoio das redes afetivas, podendo logo

voltar a estudar, buscar experiências de trabalho, retomando muitos aspectos da vida cotidiana, para além do quadro de sofrimento. E para surpresa de quem as acompanhava - em suas próprias redes sócio-afetivas ampliadas - e talvez não esperasse essa reinserção. Algo que pode inaugurar outros modos de testemunho sobre a experiência de sofrimento psíquico e de tratamento psiquiátrico, aliado a tantas práticas que a Rede de atenção psicossocial (RAPS) oferece e auxilia a acessar.

Preocupações inúmeras sobre condições de trabalho e acesso a renda permanecem entre os grupos e pessoas com quem converso sobre o tema pesquisado. São quase constantes no nosso dia a dia e certamente interferem nas condições pelas quais lidamos com relações institucionais. Compõem a substância da qual nos alimentamos, geram segmentos, definem territórios existenciais. Movimenta realizações e vulnerabilidades.

Em tempos de ataque às redes e políticas públicas, carecemos mais do que nunca de materiais que atestem a potência do trabalho coletivo sustentado pelos segmentos diversos e que prezam pela liberdade, terapêutica. Liberdade que não pode ser utópica e que comece pela condição de poder afirmar para si, para quem estiver próximo e tantas vezes quanto for necessário, que podemos ser aquilo que somos. E que podemos deixar de ser o que éramos. E que mudar aspectos subjetivos não é uma ameaça para convívio, mas reflete movimentos vitais e pode ser uma tentativa de cura auto-dirigida. Cuidarmos de nós, entre nós, nas distâncias que forem importantes para lidarmos com jogos de forças - que são múltiplas e nos atravessam e atravessam as situações. E passam.

A história poderia acabar por aqui, mas me interessa pelo momento de transfigurar o mundo da ação sob os auspícios da ficção e mostrar que a história continua, pois, se se é livre para pensar e escrever a própria história, então trata-se de um novo começo (FREIRE, 2014, p. 582).

Ou um novo fim. Rizoma.

6. REFERÊNCIAS

- ABOU-YD, Miriam Nadim (org.). **Hospitais Psiquiátricos: saídas para o fim**. Belo Horizonte: Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais, 2002.
- AKOTIRENE, Carla. **Interseccionalidade**. São Paulo: Sueli Carneiro; Pólen, 2019.
- ALEKSIÉVITCHI, Svetlana. **A guerra não tem rosto de mulher**. São Paulo: Companhia das Letras, 2016.
- ALMEIDA, Anna Laura. **Cuidados no território: as práticas das equipes de Centros de Referência em Saúde Mental – CERSAMs de Belo Horizonte**. Dissertação (Programa de Pós- Graduação em Saúde Coletiva). Instituto René Rachou, Belo Horizonte, 2018.
- ALMEIDA, Bruno Vasconcelos de. **Clínica e beatitude**. Tese (Doutorado em Psicologia clínica) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2010.
- ALMEIDA, Silvio Luiz. **Racismo estrutural**. São Paulo: Sueli Carneiro; Editora Jandaíra, 2020.
- ALVES, Fátima. Racionalidades Leigas sobre a saúde e doença mental - um estudo no norte de Portugal. In: Fontes, Breno. Fonte, Eliane (org.). **Desinstitucionalização, redes sociais e saúde mental: análise de experiências da reforma psiquiátrica em Angola, Brasil e Portugal**. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2010. p. 25-69.
- ALVES, Fátima. **A doença mental nem sempre é doença: racionalidades leigas sobre saúde e doença mental**. Porto: Edições Afrontamento, 2011.
- AMARANTE, Paulo. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2007.
- AMARANTE, Paulo. Algumas observações críticas sobre a formação em saúde mental. In: **Caderno de Saúde Mental**. LOBOSQUE, Ana Marta (org.). Seminário Saúde Mental: Os Desafios da Formação, Belo Horizonte, ESP-MG: 2010. vol. 3, p. 93-105.
- AMARANTE Paulo; NUNES Mônica. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência & saúde coletiva**. 2018 Jun; 23(6): 2067-2074. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000602067&lng=en. Acesso em: 14 jan. 2020.
- AMARANTE, Paulo; TORRE, Eduardo Henrique Guimarães. “De volta à cidade, sr. cidadão!” - reforma psiquiátrica e participação social: do isolamento institucional ao movimento antimanicomial. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 52, n. 6, p. 1090-1107, out. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?>

script=sci_arttext&pid=S0034-76122018000601090&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 18 fev. 2021.

ARTAUD, A. **Van Gogh: o suicidado pela sociedade**. Rio de Janeiro: Achiamé, [19—?].

ASPIS, Renata Lima. Criação de bandos como movimento de resistência. **Cadernos de subjetividade**, São Paulo, v. 1, p. 6-12, 2020.

AZEVEDO, Dulcian Medeiros de; MIRANDA, Francisco Arnoldo Nunes de. Oficinas terapêuticas como instrumento de reabilitação psicossocial: percepção de familiares. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. 2011, 15(2), 339-345. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127719099017>. Acesso em: 18 de janeiro de 2018.

BANDEIRA, Noemi; ONOCKO-CAMPOS, Rosana. Itinerários terapêuticos de usuários que abandonaram o cuidado em Centros de Atenção Psicossocial (Caps-III). **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, Vol. 45, n. 128, p. 91-104, jan-mar 2021. |

BAREMBLITT, Gregório. **Compêndio de análise institucional e outras correntes**. Belo Horizonte: Instituto Félix Guattari, 2002.

BARRETO, Lima. **Diário do Hospício; Cemitério dos vivos**. São Paulo: Companhia das Letras, 2017.

BARRETO, Lima. **Triste fim de Policarpo Quaresma**. São Paulo: Ática, 1983.

BARROS, Marcia; JORGE, Maria Salete; VASCONCELOS, Mardênia. Experiências de famílias com usuários atendidos em dispositivos de atenção psicossocial. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 821-841, Set. 2013.

BASAGLIA, Franco. **A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.

BASAGLIA, Franco. **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Garamond, 2010.

BASAGLIA, Franco. Il lavoro dell'equipe psichiatrica nella comunità. *In: Conferenze brasiliane*. Raffaello Cortina Editore: Milão, 2018. p. 27 - 44.

BERGSTROM, Tomi; SEIKKULA, Jaakko; ALAKARE, Birgitta, *et al.* The family-oriented open dialogue approach in the treatment of first-episode psychosis: Nineteen-year outcomes. **Psychiatry Research** 270 (2018) 168–175. Disponível em: www.elsevier.com/locate/psychres. Acesso em: 25 fev. 2020.

BIELEMANN, Valquíria de Lourdes Machado *et al.* A inserção da família nos centros de atenção psicossocial sob a ótica de seus atores sociais. **Texto contexto -**

enfermagem, Florianópolis, v. 18, n. 1, p.131-139, mar. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072009000100016&lng=en&nrm=iso. Acesso em 23 Fev. 2018.

BONGIOVANNI, Julia; SILVA, Rosane Azevedo. Desafios da desinstitucionalização no contexto dos serviços substitutivos de saúde mental. **Psicologia e Sociedade**, Belo Horizonte, v. 31, e190259, 2019. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822019000100204&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 13 dez. 2020.

BORBA, Letícia; SCHWARTZ, Eda; KANTORSKI, Luciane. A sobrecarga da família que convive com a realidade do transtorno mental. **Acta paulista de Enfermagem**, v. 21, n. 4, 2008, p. 588-94.

BRASIL. **Lei nº 10.216**, Lei da Reforma Psiquiátrica de 06 de abril de 2001. Diário Oficial da União. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. **Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas**. Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria no 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental. **Cadernos de Atenção Básica**, n. 34. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Uso de Medicamentos e Medicalização da Vida: recomendações e estratégias**. Brasília, 2019.

BRITO, Maria Mercedes Merry. Paisagens humanas, paisagens urbanas. *In: NILO, Kelly et al. Política de Saúde Mental de Belo Horizonte: o cotidiano de uma utopia*. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, p. 59 - 66, 2008.

BUENO, Austregésilo Carrano. A denúncia da opressão vivida nos hospitais psiquiátricos convencionais. *In: Reinventando a vida: narrativas de recuperação e convivência com o*

transtorno mental. VASCONCELOS, Eduardo *et al.* (org.). Rio de Janeiro - São Paulo: EncantArte - Hucitec, 2005. p. 25 - 35.

CAMPOS, Gastão. A clínica do sujeito: Por uma clínica reformulada e ampliada. *In*: CAMPOS, Gastão. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Editora Hucitec, 2002.

CAMPOS, Rosana Onocko; PASSOS, Eduardo; PALOMBINI, Analice *et al.* **GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO** – Guia de Apoio a Moderadores. DSC/FCM/UNICAMP; AFLORE; DP/UFF; DPP/UFRGS, 2014. Disponível em: <http://www.fcm.unicamp.br/fcm/laboratorio-saude-coletiva-e-saude-mental-interfaces>. Acesso em: 20 dez 2020.

CAMUS, Albert. O artista e seu tempo. *In*: Lettres françaises n. 14 (2), 2013, pp. 339-354. Disponível em: <http://seer.fclar.unesp.br/lettres/article/view/6240/5173>. Acesso em: 28 out. 2020.

CANAL CES. Conversa entre Boaventura de Sousa Santos e Jessé de Souza. Coimbra: Centro de Estudos Sociais, 04 nov. 2020. 1 vídeo (61 min). Publicado por Canal CES. Disponível em: <https://saladeimprensa.ces.uc.pt/index.php?col=canalces&id=31496#.YF4YUWRKijA>. Acesso em: 31 mar. 2021.

CANÇADO, Maura Lopes. **O sofredor do ver**. Rio de Janeiro: José Alvaro Editor, 1968.

CANÇADO, Maura Lopes. **Hospício é Deus**: diário I. Rio de Janeiro: Record, 1979.

CÂNDIDO, Antonio. O socialismo é uma doutrina triunfante. [Entrevista cedida a Joana Tavares]. **Brasil de Fato**, Rio de Janeiro, n. 435, 8 ago. 2011. Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/node/6819/>. Acesso em: 27 nov. 2019.

CARVALHO, Paulo Roberto; MANSANO, Sonia Regina Vargas. Família e biopolítica: a destruição da intimidade nas sociedades contemporâneas. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 22, n. 2, p. 265-276, abr./jun. 2017

CASTIEL, Luis David. **A Saúde Persecutória**: os limites da responsabilidade. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007.

CENTRO DE ESTUDOS SOCIAIS DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA. O marxismo do século XXI. Boaventura de Sousa Santos. Aula magistral #3 2020 a. Coimbra: Centro de Estudos Sociais, 04 maio 2020. 1 vídeo (76 min). Publicado por Canal CES. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=Y8al2RIZIGw>. Acesso em 07 maio 2020.

CENTRO DE ESTUDOS SOCIAIS DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA. Direitos humanos no século XXI. Boaventura de Sousa Santos. Aula magistral #4 2020 b. Coimbra: Centro de Estudos Sociais, 11 maio 2020. 1 vídeo (79 min). Publicado por Canal CES. Disponível em: <https://saladeimprensa.ces.uc.pt/index.php?col=canalces&id=29479#.YNn3w5NKirc>. Acesso em 11 maio 2020.

CENTRO DE ESTUDOS SOCIAIS DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA. O tempo e as metodologias pós-abissais. Aula magistral #5 2020 c. Coimbra, 25 maio 2020. 1 vídeo (83 min). Publicado por CES - UC. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=n49Ho2ImFgw>. Acesso em 26 maio 2020.

CHAGAS, Luciana *et al.* Aspectos relacionados à promoção da justiça social, a redução de iniquidades e o combate a todas as formas de discriminação nas estratégias de ampliação do acesso a serviços de saúde em áreas remotas e/ou de vulnerabilidade. **APS em revista**, v. 2, n. 3, p. 260-266, 4 set. 2020.

CHAUÍ, Marilena. Breve história da democracia. *In: A democracia pode ser assim - história, formas e possibilidades*. São Paulo: Boitempo, 2019. p. 9-13.

COIMBRA, Cecília; NASCIMENTO, Maria Lívia. Análise de implicações: desafiando nossas práticas de saber/poder. *In: GEISLER, Adriana; ABRAHÃO, Ana Lúcia; COIMBRA, Cecília. (orgs.). Subjetividades, violência e direitos humanos: produzindo novos dispositivos em saúde* (pp. 143-153). Niterói: EdUFF, 2008.

COLVERO, Luciana; IDE, Cilene; ROLIM, Marli. Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v. 38 n. 2, 2004, p. 197-205.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (Brasil). **Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas - 2017**. Brasília: CFP, 2018.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (Brasil). **Hospitais Psiquiátricos no Brasil: relatório de inspeção nacional**. 2018. Brasília: CFP, 2019.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **4 de fevereiro é dia de lembrar Marcus Vinícius Matranga**. Brasília, 04 fev. 2020. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/4-de-fevereiro-e-dia-de-lembrar-marcus-vinicius-matraga/>. Acesso em: 27 abr. 2021.

COSTA, Anna Gabriela; ROSA, André. Terceiro mês mais letal da pandemia no Brasil, maio tem 59.010 mortes por Covid. CNN Brasil. São Paulo, 31 maio 2021. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/saude/2021/05/31/terceiro-mes-mais-letal-da-pandemia-no-brasil-maio-tem-59010-mortes-por-covid>. Acesso em 02 jun. 2021.

COSTA, Jurandir Freire. **Ordem Médica e Norma Familiar**. RJ: Graal, 1999.

COSTA-ROSA, Abílio. **Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica: contribuições a uma Clínica Crítica dos processos de subjetivação na Saúde Coletiva**. São Paulo: Unesp, 2013.

DASSOLER, Volnei Antonio; PALOMBINI, Analice de Lima. Atenção à crise na contemporaneidade: desafios à Reforma Psiquiátrica Brasileira. **Saúde em Debate**. Vol. 44, número especial 3. RJ: out 2020. p. 278-291.

DAVID, Emiliano Camargo; VICENTIN, Maria Cristina G. Nem crioulo doido nem negra maluca: por um aquilombamento da Reforma Psiquiátrica Brasileira. **Saúde em Debate**. Vol. 44, número especial 3. RJ: out 2020. p. 264-277.

DELEUZE, Gilles. A literatura e a vida. *In: Crítica e clínica*. São Paulo: Editora 34, 1997. p. 11-16.

DELEUZE, Gilles. **Conversações**, Rio de Janeiro: Editora 34, 1992, p. 219-226.

DELEUZE, Gilles. **Foucault**. São Paulo: Brasiliense, 2005.

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. **Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia**, vol. 1. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1995.

DELEUZE, G. e GUATTARI, F. **O que é a filosofia?**. São Paulo: Ed. 34, 2010.

DELEUZE, Gilles e GUATTARI, Félix. **O anti-édipo: capitalismo e esquizofrenia**. São Paulo: Ed. 34, 2011.

DELEUZE, Gilles e GUATTARI, Félix. **Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia 2**, vol. 3. São Paulo: Ed. 34, 2012.

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

DELGADO, Pedro Gabriel. Saúde Mental e Direitos Humanos: 10 Anos da Lei 10.216/2001. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 63, n. 2, p. 114-121, 2011.

DELGADO, Pedro Gabriel. Sobrecarga do cuidado, solidariedade e estratégia de lida na experiência de familiares de Centros de Atenção Psicossocial. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p.1103-1126, dez. 2014.

DELGADO, Pedro Gabriel. Reforma psiquiátrica: estratégias para resistir ao desmonte. **Trabalho Educação e Saúde**. 2019; 17(2):1-4. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462019000200200&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 15 dez. 2019.

DEL RIO, Fernando Pérez. Márgenes de la psiquiatría. Desigualdad económica y enfermedad mental. **Norte de salud mental**, Logroño, vol. XI, no 45: 66-74, 2013.

DEMOCRACIA EM VERTIGEM. Petra Costa. Brasil: Netflix, 2019. Disponível em transmissão online.

DESVIAT, Manuel. 2016. Cohabitar la diferencia. *In: Cohabitar la diferencia: de la reforma psiquiátrica a la salud mental colectiva*. Madrid: Editorial Grupo 5. 2016. p. 155 - 185.

DIAS, Marcelo. FERIGATO, Sabrina. FERNANDES, Amanda. Atenção à crise em saúde mental: centralização e descentralização das práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2020, v. 25, n. 2, pp. 595-602. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020252.09182018>. Acesso em: 03 fev. 2020.

DIDI-HUBERMAN, Georges. **Sobrevivência dos vaga-lumes**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2014.

DIMENSTEIN, Magda. O desafio da política de saúde mental: a (re)inserção social dos portadores de transtornos mentais. **Mental** - ano IV - n. 6 - Barbacena - jun. 2006 - p. 69-83.

DIMENSTEIN, Magda *et al.* Estratégia da Atenção Psicossocial e participação da família no cuidado em saúde mental. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1209-1226, Dez. 2010.

DIMENSTEIN, Magda; SIMONI, Ana Carolina Rios; LONDERO, Mario Francis. Encruzilhadas da Democracia e da Saúde Mental em Tempos de Pandemia. **Psicologia: ciência e profissão**, Brasília, v. 40, e242817, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932020000100650&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 14 maio 2021.

FANON, Frantz. **Pele negra, máscaras brancas**. Porto: Paisagem Editora, 1975.

FANON, Frantz. **Alienação e liberdade: escritos psiquiátricos**. São Paulo: Ubu Editora, 2020.

FEDERICI, Silvia. O capitalismo tenta destruir as nossas memórias. **Revista CULT**: São Paulo, edição 217, out. 2016. Disponível em: <https://revistacult.uol.com.br/home/silvia-federici-o-capitalismo-tenta-destruir-memorias/>. Acesso em: 20 fev. 2021.

FERIGATO, Sabrina Helena; CARVALHO, Sérgio Resende; TEIXEIRA, Ricardo Rodrigues. Os centros de convivência: dispositivos híbridos para a produção de redes que extrapolam as fronteiras sanitárias. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v.8, n.20, p.79-100, 2016.

FERREIRA, Sílvia Maria *et al.* Loucura e cidadania. *In: Nilo, Kelly et al. Política de Saúde Mental de Belo Horizonte: o cotidiano de uma utopia*. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, 2008. p. 229 - 234.

FIRMINO, Hiram. **Nos porões da loucura**. Belo Horizonte: Ecológico, 2014.

FÓRUM MINEIRO DE SAÚDE MENTAL. 18 de maio de 2017: Dia nacional da luta antimanicomial. Não me calo nem no pranto - luta antimanicomial 2017 - MG. Belo Horizonte: Fórum Mineiro de Saúde Mental. 1 vídeo (3 min). Publicado por Fórum Mineiro de Saúde Mental. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=IyZHAOF4FIs>. Acesso em: 05 de fevereiro de 2020.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. Petrópolis: Vozes, 1987.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1999.

FOUCAULT, Michel. Poder e saber. *In*: FOUCAULT, Michel. **Ditos & escritos IV – Estratégia, poder, saber**. Rio de Janeiro: Forense Universitária: 2003a. p. 223 - 240.

FOUCAULT, Michel. A governamentalidade. *In*: FOUCAULT, Michel. **Ética, Sexualidade e Política**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003b, p. 281-305.

FRANCO, Renato Ferreira. **A família no contexto da reforma psiquiátrica: a experiência de familiares nos cuidados e na convivência com parentes portadores de transtornos mentais**. 2002. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Belo Horizonte, 2002.

FREIRE, Ida Mara. Tecelãs da existência. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 22, n.2, maio-agosto/2014. p. 565 - 584.

GELEDÉS. **Esquecer? Jamais**. São Paulo, 21 out. 2009. Disponível em: https://www.geledes.org.br/navio-negroiro/?gclid=Cj0KCQjw_dWGBhDAARIsAMcYuJwIQpdobWQPKd9GTb7LowWq5zpgb5Mb4rnCH6DdqZKGcZtxQIXaSu8aAj0EEALw_wcB. Acesso em: 05 jan. 2021.

GIACOIA JUNIOR, Oswaldo. Reforma Psiquiátrica e Universidade: Uma passagem por Foucault. *In*: **Caderno de Saúde Mental**. LOBOSQUE, Ana Marta (org.). Seminário Universidade e Reforma Psiquiátrica: Interrogando a Distância, Belo Horizonte, ESP- MG: 2009. vol. 2, p. 75-86.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 2013.

GONZALES, Lélia. Racismo e sexismo na cultura brasileira. *In*: Revista **Ciências Sociais Hoje**, Anpocs, 1984, p. 223-244.

GUATTARI, Félix. Linguagem, consciência e sociedade. *In*: LANCETTI, Antônio. **Saúde Loucura 2** (p. 3-17). São Paulo: Hucitec, 1991.

GUATTARI, Félix. **Caosmose: um novo paradigma estético**. São Paulo: Ed. 34, 1992.

GUATTARI, Félix; ROLNIK, Suely. **Micropolítica**: cartografias do desejo. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013.

HESPANHA, Pedro *et al.* **Doença mental, Instituições e Famílias**: os desafios da desinstitucionalização em Portugal. Almedina: Coimbra, 2012.

HUR, Domenico Uhng. O dispositivo de grupo na Esquizoanálise: tetralvência e esquizodrama. **Vínculo**, São Paulo, v. 9, n. 1, p.18-26, jun. 2012. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-24902012000100004&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 01 fev. 2020.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). **Retrato das desigualdades de gênero e raça**. Brasília: Ipea, 2011.

JESUS, Carolina Maria de. **Quarto de despejo**: diário de uma favelada. São Paulo, SP: Ática, 2001.

JESUS, Kaike Costa; SANTANA, Hellen Maciel; CASTELAR, Marilda. Psicologia e racismo institucional na saúde pública de Salvador- Bahia. **Fractal**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 2, p. 142-153, ago. 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-02922020000200142&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 04 mar. 2021.

KANTORSKI, Luciane Prado; CARDANO, Mario. Diálogo Aberto: a experiência finlandesa e suas contribuições. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 112, p. 23-32, Mar. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000100023&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 14 out. 2019.

L'ABBATE, Solange; MOURAO, Lúcia; PEZZATO, Luciane. (org.). **Análise institucional e saúde coletiva**. São Paulo: HUCITEC, 2013.

LANCETTI, Antonio. Loucura metódica. **SaúdeLoucura** n. 2. São Paulo: Hucitec, 1991.

LANCETTI, Antonio. Cuidado e território no trabalho afetivo. 2010. **Cadernos de Subjetividade**. n. 12. Disponível em <http://revistas.pucsp.br/cadernossubjetividade/article/view/38450>. Acesso em: 02 de julho de 2020.

LANCETTI, Antonio. Síntese metodológica. *In*: LANCETTI, Antonio *et al.* **Saúde Loucura 7**: saúde mental e saúde da família. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 117-120.

LIBERMAN, Flavia; LIMA, Elizabeth. Um corpo de cartógrafo. **Interface**: Comunicação, saúde, educação, 19 (52), 183-93, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0284>. Acesso em: 19 mar. 2018.

LIMA, Tuliola Almeida de Souza. **A atuação de Agentes Comunitários de Saúde com portadores de sofrimento mental**: a experiência de uma Unidade Básica de Saúde em Betim. 2014. Monografia (Residência Multiprofissional em Saúde Mental) - Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2014.

LOBO, Lilia Ferreira. **Os infames da história**: pobres, escravos e deficientes no Brasil. Rio de Janeiro: Lamparina, 2015.

LOBOSQUE, Ana Marta e ABOUYD, Míriam (1998). A cidade e a loucura: entrelaces. *In*: CAMPOS, César Rodrigues (org.). **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte**: reescrevendo o público. São Paulo, Xamã, p. 243-264.

MACEDO, João Paulo *et al.* A regionalização da saúde mental e os novos desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. **Saúde e sociedade**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 155-170, Mar. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902017000100155&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 05 fev. 2021.

MACHADO, Leila Domingues; LAVRADOR, Maria Cristina C. Loucura e subjetividade. *In*: MACHADO, Leila Domingues; LAVRADOR; Maria Cristina C., BARROS, Maria Elizabeth B. de. (orgs.) **Texturas da Psicologia**: subjetividade e política no contemporâneo. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001, p. 45-58.

MARQUES, Emíilha Maria de Oliveira. Depoimentos. *In*: **Cadernos da Segunda Mostra de Arte Insensata**: a travessia rumo a cidadania. SUS: Prefeitura de Belo Horizonte. Ano 1 - Número 1 - junho 2012. p. 36.

MARQUES, Tiago; OLIVEIRA, Angela; OLIVEIRA, Miguel. Dia a dia big bang: construções de si na pesquisa e ativismo em saúde mental. *In*: NUNES, Mônica; MARQUES, Tiago. **Legitimidades da loucura**: sofrimento, luta, criatividade e pertença. Salvador: EDUFBA, 2018. p. 367-408.

MARZANO, Maria Cristina. **Do trem dos doidos ao memorial de rosas: representações da loucura em Barbacena**. 2008. Orientador: Guilherme Jorge de Rezende. Dissertação (Mestrado em Letras) - Universidade Federal de São João del-Rei, São João Del Rei, 2008.

MATOS-DE-SOUZA, Rodrigo. MEDRADO, Ana Carolina. Dos corpos como objeto: uma leitura pós-colonial do 'Holocausto Brasileiro'. **Saúde em Debate**. Vol. 45, número 128. RJ: jan-mar 2021. p. 164-177.

MELMAN, Jonas. **Família e Doença Mental**: Repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares. Escrituras: São Paulo, 2001.

MELO, Jorge. J. *et al.* Acesso e compartilhamento da experiência na gestão autônoma da medicação: o manejo cogestivo. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos HumanizaSUS**. Brasília, 2015. v. 5. p. 233-247.

MERHY, Emerson Elias. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2014.

MEZZINA, Roberto. Saúde mental em Trieste está sob ameaças. **Mad in Brasil**: 31 maio 2021. Disponível em: <https://madinbrasil.org/2021/05/saude-mental-em-trieste-esta-sob-ameacas/>. Acesso em: 05 jun. 2021.

MINAS GERAIS. **Atenção em Saúde Mental**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2006.

MOURA, Rubia. **Desfile do 18 de maio em Belo Horizonte: a busca do elemento cultural como possibilidade de transformação nos significados sociais da loucura**. Dissertação (Mestrado em Psicologia), Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011.

MUNANGA, Kabengele. Mudar as coisas. [Entrevista cedida a Gabriel Rocha Gaspar]. **ECO A uol**. São Paulo, 17 maio 2020. Disponível em: <https://www.uol.com.br/ecoa/reportagens-especiais/intelectual-deve-influenciar-na-mudanca-diz-antropologo-kabengele-munanga/>. Acesso em: 29 out. 2020.

NASCIMENTO, Abdias. O quilombismo. In: NASCIMENTO, Abdias. O quilombismo: documentos de uma militância pan-africanista. São Paulo: Perspectiva; Rio de Janeiro: Ipeafro, 2019.

NETO, Antônio Sales. Maturana: sem cooperação e alteridade, não há futuro. **Outras palavras**, 07 maio 2021. Disponível em: <https://outraspalavras.net/crise-civilizatoria/maturana-sem-cooperacao-e-alteridade-nao-ha-futuro/>. Acesso em: 11 maio 2021.

NILO, Kelly. Saúde mental e PSF: testemunho de um trabalho conjunto. In: NILO, Kelly *et al.* **Política de Saúde Mental de Belo Horizonte**: o cotidiano de uma utopia. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, p. 27 - 30, 2008.

NOGUEIRA, Maria Tereza Granha. Novos caminhos. In: NILO, Kelly *et al.* **Política de Saúde Mental de Belo Horizonte**: o cotidiano de uma utopia. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, p. 103-110, 2008.

NOGUERA, Renato. Fanon: uma filosofia para reexistir. In: FANON, Frantz. **Alienação e liberdade**: escritos psiquiátricos. São Paulo: Ubu Editora, 2020. p. 8-14.

NORONHA, Patrícia Ayer de. Micropolíticas da alegria na clínica coletiva na saúde mental pública. In: I CONGRESSO LATINO-AMERICANO DA PSICOLOGIA. **Anais** [...] São Paulo: ULAPSI, 2005.

NOVAES, Ana Paula *et al.* Centros de convivência: novos contornos na cidade. *In:* NILO, Kelly *et al.* **Política de Saúde Mental de Belo Horizonte**: o cotidiano de uma utopia. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, p. 161-166, 2008.

NUNES, João Arriscado. 'Um ser que não foi feito para sofrer': da diferença do humano e das diferenças dos humanos, *In:* SANTOS, Boaventura de Sousa e MARTINS, Bruno Sena (orgs.), **O pluriverso dos Direitos Humanos**: A diversidade das lutas pela dignidade. Lisboa: Edições 70, 2019, pp. 67-92.

OCCUPY BELLY DANCE. Caminhando e dançando e seguindo a canção... Belo Horizonte, 04 jun. 2019. Instagram: #occupybellydance. Disponível em: https://www.instagram.com/p/BySwA-Gnyiz/utm_source=ig_web_copy_link.

OLIVEIRA, Carla Luiza. **“Basaglia” e as práticas reabilitativas no Centro de Convivência**. 2016. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2016.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana. Saúde mental no Brasil: avanços, retrocessos e desafios. **Cadernos de Saúde Pública**. 2019; 35 (11): e00156119. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019001300501&lng=en. Acesso em: 27 fev. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAUDE (OMS). **Relatório mundial da saúde**. Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Lisboa: Climepsi, 2002. Disponível em: https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_po.pdf?ua=1. Acesso em: 28 jun 2020.

PASSOS, Eduardo; BARROS, Regina. Por uma política da narratividade. *In:* PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia; ESCÓSSIA, Liliana. (orgs.). **Pistas do método da cartografia**: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2009. p.150-71.

PASSOS, Izabel. **Reforma psiquiátrica**: as experiências francesa e italiana. RJ: Fiocruz, 2009.

PASSOS, Rachel Gouveia. **Trabalho, gênero e saúde mental**: contribuições para a profissionalização do cuidado feminino. São Paulo: Cortez, 2018.

PASSOS, Rachel Gouveia. “Holocausto ou Navio Negreiro?”: inquietações para a Reforma Psiquiátrica brasileira. **Argumentum**, Vitória, v. 10, n. 3, p. 10-22, set./dez. 2018 b. ISSN 2176-9575. Disponível em: <http://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/21483>.

PATROCINIO, Stela do. **Reino dos bichos e dos animais é o meu nome**. Rio de Janeiro: Azougue Editorial, 2001.

PAULON, Simone. A Análise de Implicação como Ferramenta na Pesquisa-intervenção. **Psicologia e Sociedade**, Porto Alegre, v. 17, n. 3, p. 18-25, dez. 2005.

PAULON, Simone Mainieri; ROMAGNOLI, Roberta Carvalho. Pesquisa-intervenção e cartografia: melindres e meandros metodológicos. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**. Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, 2010, p. 85-102. Disponível em: <http://www.revispsi.uerj.br/v10n1/artigos/pdf/v10n1a07.pdf>. Acesso em: 09 abr. 2018.

PAULON, Simone Mainieri. Quando a cidade “escuta vozes”: o que a democracia tem a aprender com a loucura. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, 21(63), 775-786, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0845>. Acesso em: 24 nov. 2020.

PEGORARO, Renata F.; CALDANA, Regina L. Sobrecarga de familiares de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 11, n. 3, p. 569-577, set./dez. 2006.

PEGORARO, Renata; CALDANA, Regina. Mulheres, loucura e cuidado: a condição da mulher na provisão e demanda por cuidados em saúde mental. **Saúde e Sociedade**. v. 17, n. 2, pp. 82-94. 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902008000200009>. Acesso em: 22 jun. 2019.

PELBART, Peter Pál. Manicômio mental - a outra face da clausura. *In*: LANCETTI, Antonio. Loucura metódica. **SaúdeLoucura** n. 2. São Paulo: Hucitec, 1991. pp. 131-138.

PELBART, Peter Pál. **Vida capital**: ensaios de biopolítica. São Paulo: Iluminuras, 2011.

PELBART, Peter Pál. Por uma arte de instaurar modos de existência que “não existem”. *In*: MAYO, Nuria Enguita e BELTRÁN, Erick (orgs.). Catálogo da 31ª Bienal de São Paulo. São Paulo: Fundação Bienal de São Paulo, 2014, pp. 250-251. Disponível em: <http://www.bienal.org.br/exposicoes/31bienal>. Acesso em 21 jun. 2020.

PELBART, Peter Pál. Políticas da vida, produção do comum e a vida em jogo... **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.24, supl.1, p.19-26, 2015.

PELBART, Peter Pál. **O avesso do niilismo**: cartografias do esgotamento. São Paulo: n-1 edições, 2016.

PENIDO, Cláudia Filgueiras. A análise da implicação como dispositivo de transformação do processo de trabalho. **Gerais**: 8 (2), Edição Especial, dezembro, 2015, 248 - 257.

PENIDO, Claudia Filgueiras; ROMAGNOLI, Roberta Carvalho. Apontamentos sobre a clínica da autonomia na promoção da saúde. **Psicologia & Sociedade**. 2018, 30, 1-10. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309358414047>. Acesso em: 3 maio 2019.

PEREIRA, Maria Alice. Representação da doença mental pela família do paciente. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 7, n. 12, p.71-82, fev/2003.

PINHO, Leandro; HERNANDEZ, Antonio; KANTORSKI, Luciane. Reforma psiquiátrica, trabalhadores de saúde mental e a "parceria" da família: o discurso do distanciamento. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 14, n. 32, p. 103-113, Mar. 2010.

PRECIADO, Paul. *La izquierda bajo la piel*: um prólogo para Suely Rolnik. In: **Esferas da insurreição**: notas para uma vida não cafetinada. São Paulo: n-1 edições, 2018. p. 11-22.

PRECIADO, Paul. **Um apartamento em Urano**: crônicas da travessia. Rio de Janeiro: Zahar, 2020.

PRESOTTO, Rodrigo Fernando *et al.* Experiências brasileiras sobre participação de usuários e familiares na pesquisa em saúde mental. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n.10, p. 2837-2845, out. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001000008&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 19 jan. 2019.

PSICANALISTAS QUE FALAM. Episódio Lancetti Brasileiro. São Paulo, 2016. 1 vídeo (80 min). Publicado por Psicanalistas que falam. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=XT3iHX7GZro&t=12s>. Acesso em: 05 fev. 2021.

REIS, Thaíssa Lima dos *et al.* Sobrecarga e participação de familiares no cuidado de usuários de Centros de Atenção Psicossocial. **Saúde em Debate**. 2016, v. 40, n. 109, pp. 70-85. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201610906>. Acesso em: 02 fev. 2021.

REVADAM, Rafael; SCARTEZINI, Tainá. 50 anos em 5: como o Brasil está regredindo décadas na luta antimanicomial. **Com Ciência**. 2020 Fev. 07. Disponível em: http://www.comciencia.br/50-anos-em-5-como-o-brasil-esta-regredindo-decadas-na-luta-antimanicomial/?fbclid=IwAR1ALaEIBm777UUH2G104sMDYV9uXhQjkFW8AV1kTmBfORNm6WLB_ALDs. Acesso em: 17 fev. 2020.

ROLNIK, Suely. **Cartografia sentimental**: transformações contemporâneas do desejo. São Paulo: Estação Liberdade, 1989.

ROLNIK, Suely. Pensamento, corpo e devir: uma perspectiva ético/estético/política no trabalho acadêmico. **Cadernos de Subjetividade**, v.1 n.2: 241-251. São Paulo, set./fev. 1993.

ROLNIK, Suely. Uma insólita viagem à subjetividade, fronteiras com a ética e a cultura. In: LINS, Daniel (org.). **Cultura e subjetividade**: saberes nômades. Campinas, 1997, p. 25-34.

RADIO FRAGOLA GORIZIA: I sistemi di salute nella complessità attuale. Gorizia, 02 mai. 2020. 1 vídeo (155 min). Publicado por Radio Fragola. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=Qxp0AujVwmE&t=7s>. Acesso em: 08 maio 2020.

ROMAGNOLI, Roberta. Trabalhando com famílias na rede de saúde mental: dificuldades e desafios. **Pulsional**. São Paulo, v. XVII, n. 180, p. 71-80, dez. 2004.

ROMAGNOLI, Roberta. Famílias na rede de Saúde Mental: um breve estudo esquizoanalítico. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 11, n. 2, p. 305-314, mai/ago. 2006.

ROMAGNOLI, Roberta. O conceito de implicação e a pesquisa-intervenção institucionalista. **Psicologia e Sociedade**, Belo Horizonte, 26 (1), 44-52, 2014.

ROMAGNOLI, Roberta Carvalho. Pesquisar/intervir na educação básica: o grupo como resistência. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 26, n. 1, p. 441-459, abr. 2020.

ROMERO, Manuela L.; ZAMORA, Maria Helena. Pesquisando cidade e subjetividade: corpos e errâncias de um *flâneur*-cartógrafo. **Psicologia em Estudo**. 2016, 21(3), 451-461. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=287148579009>. Acesso em: 19 mar. 2019.

ROSA, Lúcia. **Transtorno mental e o cuidado na família**. São Paulo: Cortez, 2011.

ROSA, Lucia; ONOCKO-CAMPOS, Rosana. Saúde mental e classe social: CAPS, um serviço de classes e interclasses. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 114, p. 311-331, abr./jun. 2013.

ROTELLI, Franco; DE LEONARDIS, Ota & MAURI, Diana. Desinstitucionalização, uma outra via: a reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa Ocidental e dos “países avançados”. In: NICÁCIO, Fernanda (org.). **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, p.17-59, 1990.

SALES, Raphael. Não me calo nem no pranto - luta antimanicomial 2017 - MG. Belo Horizonte: Raphael Sales, 18 maio 2017. 1 vídeo (3 min). Publicado por Raphael Sales. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=dokJC63bWiI>. Acesso em: 06 abr. 2021.

SAMUDIO, Jania Lurdes Pires *et al.* Cartografia do cuidado em saúde mental no encontro entre agente comunitário de saúde e usuário. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 277-295, jun 2017. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312017000200277&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 mar. 2021.

SANTOS, Antônio Bispo dos. **Colonização, Quilombos, Modos e Significações**. Brasília: INCTI/UnB, 2015.

SANTOS, Antônio Bispo dos. As fronteiras entre o saber orgânico e o saber sintético. In: **Tecendo redes antirracistas: Áfricas, Brasis, Portugal**. Oliva, Anderson Ribeiro *et al* (org). Belo Horizonte: Autêntica, 2019. p. 23-36.

SANTOS, Boaventura de Sousa. **Pela mão de Alice**: o social e o político na pós-modernidade. Almedina: Coimbra, 2013.

SANTOS, Boaventura de Sousa. **O fim do império cognitivo**: a afirmação das epistemologias do Sul. Almedina, 2018.

SANTOS, Carolyne; SANTOS, Manoel Antônio. Sofrimento psíquico e racismo: repercussões em um filho de família interracial. *In*: MORTARI, Claudia; WITTMANN, Luisa (org.). **Narrativas Insurgentes**: decolonizando conhecimentos e entrelaçando mundos. Florianópolis: Rocha, 2020. p. 155-180.

SARACENO, Benedetto. A cidadania como forma de tolerância. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 22, n. 2, p. 93-101, 2011. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rto/article/view/14126>. Acesso em: 19 maio 2021.

SENHOR CIDADÃO. [Compositor e intérprete]: Tom Zé. *In*: SE o caso é chorar. Intérprete: Tom Zé. São Paulo: Continental, 1972. 1 CD, faixa, faixa 6.

SILVA, Alice Aparecida *et al.* “Estão usando drogas lá atrás”: impasses do cotidiano de um serviço substitutivo. *In*: ALMEIDA, Daniela Tonizza; NOGUEIRA, Maria Tereza Granha (orgs.). **ATTRAVERSIAMO**: saberes e experiências sobre o trabalho em saúde mental. Belo Horizonte: Editora Instituto DH, 2018. p. 63 - 69.

Silva, Cíntia Vieira da. **Corpo e pensamento**: Alianças conceituais entre Deleuze e Espinosa. Campinas, SP: Editora da Unicamp, 2013.

SILVA, Liziane Guedes. Racismo tem dessas coisas: construção de posicionalidade e postura descolonizadas. *In*: Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul. **Núcleo de Relações Raciais**: percursos, histórias e movimentos. Porto Alegre: Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul, 2019. p. 16-22.

SILVEIRA, Renato; VIANNA, Paula. O ensino das disciplinas em Saúde Mental: os desafios de formar novos trabalhadores. *In*: **Caderno de Saúde Mental**. LOBOSQUE, Ana Marta (org.). Seminário Saúde Mental: Os Desafios da Formação, Belo Horizonte, ESP- MG: vol. 3, p. 127-132, 2010.

SIMONINI, Eduardo; ROMAGNOLI, Roberta. Transversalidade e esquizoanálise. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 24, n. 3, p. 915-929, dez. 2018.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, (SUS). CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. **Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

SOUZA, Políbio José de Campos. Resposta à crise: a experiência de Belo Horizonte. *In*: CAMPOS, Florianita Braga; LANCETTI, Antonio (orgs.). **Saúde Loucura 9**: experiências da Reforma Psiquiátrica. São Paulo: Hucitec, 2010, p. 101-123.

TAVARES, António Amaral. Doutor eu tenho uma guerra tremenda dentro da minha cabeça. *In*: SANTOS, Nuno Costa. **Observador**. Lisboa, 21 mar. 2016. Disponível em: <https://observador.pt/especiais/21-poemas-dia-mundial-da-poesia/>. Acesso em: 08 jun. 2020.

TAVARES, Gonçalo M. **Jerusalém**. São Paulo: Companhia das Letras, 2006.

TEDESCO, Silvia; SADE, Christian; CALIMAN, Luciana. A entrevista na pesquisa cartográfica: a experiência do dizer. *In*: PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia; TEDESCO, Silvia. (org). **Pistas do método da cartografia**: a experiência da pesquisa e o plano comum. Porto Alegre: Sulina, 2016. p. 92-127.

VANZELA, Cíntia; PEGORARO, Renata. Avaliação de centros de atenção psicossocial segundo familiares: revisão integrativa de literatura. **Psicologia e Saúde**, Campo Grande, v. 10, n. 2, p. 53-66, ago. 2018.

VASCONCELOS, Michele; PAULON, Simone. Instituição militância em análise: a (sobre)implicação de trabalhadores na Reforma Psiquiátrica brasileira. **Psicologia & Sociedade**, 26 (n. spe.), 222-234, 2014.

VIEIRA JUNIOR, Itamar. **Torto arado**. São Paulo: Todavia, 2019.

WADI, Yonissa; ZARA, Telma. CORDEIRO, Solange. A loucura e as mulheres: diálogos entre uma escritora, uma faladora e três curiosas. *In*: NUNES, Mônica; MARQUES, Tiago. **Legitimidades da loucura**: sofrimento, luta, criatividade e pertença. Salvador: EDUFBA, 2018. p. 203-246.

WHITAKER, Robert. **Anatomy of an Epidemic**: Magic Bullets, Psychiatric Drugs, and the Astonishing Rise of Mental Illness in America. Broadway Books: Nova York, 2015.