

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE CIÊNCIAS ECONÔMICAS
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISAS EM ADMINISTRAÇÃO**

FABIANA FLORIO DOMINGUES

**CARTOGRAFIAS DA DIFERENÇA: “CAUSOS” DE “LOUCOS” NO TRABALHO, O
ASSUJEITAMENTO DE PESSOAS EM SOFRIMENTO MENTAL NO MUNDO DO
TRABALHO**

BELO HORIZONTE

2021

Fabiana Florio Domingues

**CARTOGRAFIAS DA DIFERENÇA: “CAUSOS” DE “LOUCOS” NO TRABALHO, O
ASSUJEITAMENTO DE PESSOAS EM SOFRIMENTO PSÍQUICO NO MUNDO DO
TRABALHO**

Tese apresentada ao Centro de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração da Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para a obtenção do Título de Doutora em Administração.

Linha de pesquisa: Estudos Organizacionais, Trabalho e Pessoas.

Orientador: Prof. Luiz Alex Silva Saraiva, Dr.

BELO HORIZONTE

2021

Ficha catalográfica

D671c Domingues, Fabiana Florio.
2021 Cartografias da diferença [manuscrito]: “causos” de “loucos” no trabalho, o assujeitamento de pessoas em sofrimento psíquico no mundo do trabalho / Fabiana Florio Domingues. – 2021.
201 f.: il.

Orientador: Luiz Alex Silva Saraiva.
Tese (doutorado) – Universidade Federal de Minas Gerais,
Centro de Pós-Graduação e Pesquisas em Administração.
Inclui bibliografia (f. 179-186) anexos.

1. Saúde e trabalho – Teses. 2. Trabalho – Teses.
3. Administração – Teses. I. Saraiva, Luiz Alex Silva. II.
Universidade Federal de Minas Gerais. Centro de Pós-Graduação e
Pesquisas em Administração. III. Título.

CDD: 658



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE CIÊNCIAS ECONÔMICAS
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISAS EM ADMINISTRAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO

ATA DE DEFESA DE TESE

ATA DA DEFESA DE TESE DE DOUTORADO EM ADMINISTRAÇÃO da Senhora **FABIANA FLORIO DOMINGUES**, REGISTRO Nº 282/2021. No dia 13 de dezembro de 2021, às 14:00 horas, reuniu-se remotamente, por videoconferência, a Comissão Examinadora de Tese, indicada pelo Colegiado do Centro de Pós-Graduação e Pesquisas em Administração do CEPEAD, em 26 de novembro de 2021, para julgar o trabalho final intitulado "**Cartografias da diferença: "causos" de "loucos" no trabalho, o assujeitamento de pessoas em sofrimento mental no mundo do trabalho**", requisito para a obtenção do **Grau de Doutora em Administração**, linha de pesquisa: **Estudos Organizacionais e Sociedade**. Abrindo a sessão, o Senhor Presidente da Comissão, Prof. Dr. Luiz Alex Silva Saraiva, após dar conhecimento aos presentes o teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

APROVAÇÃO

REPROVAÇÃO

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pelo Senhor Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, o Senhor Presidente encerrou a reunião e lavrou a presente ATA, que será assinada por todos os membros participantes da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 13 de dezembro de 2021.

Prof. Dr. Luiz Alex Silva Saraiva
ORIENTADOR - CEPEAD/UFMG

Prof. Dr. Alexandre de Pádua Carrieri
CEPEAD/UFMG

Prof. Dr. André Luiz de Freitas Dias
FAFICH/UFMG

Prof^a. Dr^a. Raquel de Oliveira Barreto
DCSA/CEFET-MG

Prof^a. Dr^a. Roberta Carvalho Romagnoli
PPGPSI/PUC Minas



Documento assinado eletronicamente por **Luiz Alex Silva Saraiva, Professor do Magistério Superior**, em 13/12/2021, às 14:24, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Roberta Carvalho Romagnoli, Usuário Externo**, em 14/12/2021, às 09:30, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Raquel de Oliveira Barreto, Usuário Externo**, em 14/12/2021, às 09:35, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Andre Luiz Freitas Dias, Professor do Magistério Superior**, em 14/12/2021, às 23:30, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Alexandre de Padua Carrieri, Professor do Magistério Superior**, em 15/12/2021, às 10:01, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **1130526** e o código CRC **D2E6E2A8**.

Dedico este trabalho aos meus pais Helena e Eliezer (ambos *in memoriam*) e a minha irmã Tatiana que me ensinaram outros modos possíveis de ser no mundo.

Agradecimentos

Escrevo estes agradecimentos já com uma sensação de nostalgia, com saudade de tudo o que (vi)vi. Se me perguntassem se eu faria tudo de novo, a resposta seria sim, mas com algumas diferenças. Simplificaria algumas coisas, viveria mais os encontros, os amigos que fiz e aproveitaria mais a cidade de Belo Horizonte/MG, onde me senti abraçada e acolhida.

Agradeço em primeiro lugar a minha família, que me deu o suporte necessário para que eu fosse em busca dos meus sonhos; a Tatiana, minha irmã, por sua admiração incondicional; a Ana Beatriz, minha sobrinha, por seu apoio e preocupação constantes; a Luis Antonio, meu parceiro de uma vida, por seus cuidados nos meus piores momentos.

Agradeço à vida vivida na FACE, na UFMG, pela oportunidade de experimentar uma universidade pública de excelência, por ter tido o privilégio de ter uma qualificação pessoal de primeira classe, mesmo sabendo que o acesso a isso tudo que a universidade pode oferecer ainda é para poucos neste país.

Agradeço ao professor Luiz Alex por sua confiança e apoio, principalmente quando adoeci, por sua preocupação. Agradeço também por não desistir de mim, mesmo quando parecia que eu não conseguiria chegar até o fim do caminho. Agradeço pelas orientações, pelos ensinamentos que vão além do doutorado, pelas conversas desinteressadas, pelo café e pão de queijo que nos fizeram companhia nas tardes na cantina juntos, claro, com uma boa porção de risadas gostosas.

Agradeço ao professor Carrieri por seu carinho e dedicação, por seus ensinamentos, por ser quem é, um exemplo que levarei por toda a minha vida. Agradeço pelos cafés, pelas balinhas de goma, pelas boas conversas na sala do NEOS.

Agradeço à professora Roberta, cuja potência de suas aulas, sempre acompanhadas de um largo sorriso no rosto, tive o prazer de conhecer e admirar, por sua simplicidade e acolhimento.

Agradeço à professora Raquel, com quem dividi algumas angústias, por sua calma e serenidade no olhar sempre acolhedores.

Agradeço ao professor André, que aceitou o convite para fazer parte da minha banca de qualificação e defesa de tese e por suas orientações e contribuições.

Agradeço a todos os professores do CEPEAD por seus ensinamentos que contribuíram para minha formação não só como discente, mas também como futura docente.

Agradeço à Secretaria de Saúde Mental do município de Cachoeiro de Itapemirim/ES, por permitir a realização de parte desta pesquisa, tornando possível a construção de porção significativa desta cartografia.

Agradeço a Maria, João e José, por dividirem parte de suas histórias de vidas comigo, tornando possível a construção dos “causos de loucos no trabalho”.

Agradeço aos amigos do NEOS Paula, Tito, Marllon, Alê, Gabriel, Marcelo, Gustavo, Fernanda Matos, Fernanda Rocha, Elis e Fabiane, por nossos encontros, risadas, cerveja com torresmo, mas também pelo apoio mútuo nos momentos difíceis.

Agradeço a Mari MST, que se tornou uma espécie de amiga-irmã-filha, que me adotou, me levou para fazer parte da sua família, esteve comigo em muitos momentos, bons e ruins, aguentou minhas lamúrias e deboches.

Agradeço a minha amiga Ana Carolina por seu tempo e dedicação, por suas sugestões e conversas quando mais precisei de suporte para seguir em frente.

Agradeço a minhas amigas Mirta, Marcia Novetti, Marcia Cristina, Telma, Cacau, Consul e Fer que me acalmaram e me deram apoio e força para que eu não desistisse.

Agradeço à secretaria do CEPEAD pelas orientações e serviços prestados sempre que necessário.

Por fim, agradeço ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pela concessão de bolsa de estudos que viabilizaram a realização de meu doutorado.

Resumo

O objetivo desta tese é cartografar em que medida a compreensão da loucura vista como incapacitante para o trabalho formal afeta a vida de pessoas em sofrimento psíquico no mundo do trabalho, evidenciando suas consequências sociais, morais e éticas. O incômodo maior a que se busca responder é a qualificação do humano como útil ou inútil para o trabalho formal, uma vez que entendemos que conceber um modo de vida possível na loucura é aceitar que há mundos distintos e possíveis para além do preconceito e da discriminação. Entendemos assim a loucura como uma construção social que varia no tempo e no espaço de sua produção, como procuramos mostrar aqui, para defender a tese de que, embora os discursos hegemônicos sobre a loucura apresentem-na como incapacitante, ela é apenas mais uma manifestação das diferenças humanas. Buscamos embasar nossa proposição inicial na filosofia da diferença, presente na obra de Gilles Deleuze e Félix Guattari, incluindo-a como possibilidade de compreensão das organizações e das práticas organizativas no campo dos Estudos Organizacionais, Trabalho e Pessoas (EOS), em uma perspectiva que vai além do produtivismo para considerar o fator humano. A cartografia surge assim como possibilidade teórico-metodológica, como forma de produção de um território que se produz ao mesmo tempo que a própria pesquisa é produzida, em uma construção rizomática. O rastreo cartográfico levou a pesquisadora acadêmica à Secretaria de Saúde do Município de Cachoeiro de Itapemirim/ES por um período de 25 dias, nos quais foi possível experimentar diferentes situações abordadas no capítulo: meus dias na SEMUS. Foram realizadas ainda entrevistas em profundidade com três pessoas (usuárias do serviço de saúde mental do município), os chamados pesquisadores iniciantes que participaram ativamente das correções e análise de suas histórias, em uma narração autobiográfica. Os assujeitamentos no mundo do trabalho se fazem presentes nos relatos apresentados em primeira pessoa. A abordagem afetiva e a música surgem como dispositivos para agenciar os afetos presentes no fazer cartográfico: a medicalização e a coragem; o preconceito e a fé; o controle e o tempo.

Palavras-chave: Trabalho; Loucura; Cartografia, Filosofia da diferença; Teoria dos afetos.

Abstract

The objective of this thesis is to cartographier the extent to which the understanding of madness seen as disabling for formal work affects the lives of people in psychological distress in the world of work, highlighting its social, moral and ethical consequences. The biggest discomfort that we seek to answer is the qualification of the human as useful or useless for formal work, since we understand that conceiving a possible way of life in madness is accepting that there are distinct and possible worlds beyond prejudice and discrimination. Thus, we understand madness as a social construction that varies in time and space of its production, so we defend the thesis that although hegemonic discourses on madness present it as disabling, madness is just another manifestation of human differences. We base our initial proposition on the philosophy of difference, present in the work of Gilles Deleuze and Félix Guattari, including it as a possibility of understanding organizations and organizational practices in the field of Organizational Studies, Work and Society (EOS) in a perspective that will beyond productivism to consider the human factor. Cartography thus appears as a theoretical-methodological possibility as a form of production of a territory that is produced at the same time that the research itself is produced, in a rozomatic way. The cartographic tracking took the academic researcher to the Health Department of the City of Cachoeiro de Itapemirim/ES for a period of 25 days in which it was possible to experience different situations covered in the chapter: my days at SEMUS. In additional interviews were also carried out with three people (users of the mental health municipal service), the so-called beginning researchers, who actively participated in the corrections and analysis of their stories, in an autobiographical narrative. Subjections in the world of work are present in the narratives presented in the first person. The affective approach and music emerge as devices of agency the affections present in cartographic work: medicalization and courage; prejudice and faith; control and time.

Keywords: Work; Craziness; Cartography, Philosophy of difference; Affects theory.

DISCURSO PARA TODOS OS HOMENS, EXCETO OS LOUCOS

João Amílcar Salgado

Quando o homem teve consciência de que dominava a agricultura, ele condenou o infanticídio, exceto o assassinato da criança louca.

Quando o homem teve consciência de que era capaz de civilizar-se, ele condenou o homicídio, exceto o assassinato do adulto louco.

Quando o homem teve consciência de que fazia parte do gênero humano, ele inventou a solidariedade, exceto para com o homem louco.

Quando o homem propôs indulgência para quem beijasse uma ferida, ele inventou o hospital, exceto o asilo de loucos.

Quando o homem levou milhares de anos para ter consciência de sua razão, ele ousou declarar universais os direitos de qualquer homem, exceto os dos loucos.

Quando o homem teve consciência de que os agrupamentos humanos dispunham cada vez mais de conforto e lazer, maior foi sua necessidade de se livrar da presença e até da lembrança dos loucos - daí que a segregação dos loucos é intrínseca e não contraditória a modernização da sociedade.

LISTA DE ABREVIATURAS

ACR	Acolhimento com Classificação de Risco
ACS	Agente Comunitária de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPAAC	Centro de Atendimento Psiquiátrico Aristides Alexandre Campos
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS-ad	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CEEJA-CI	Centro Estadual de Educação de Jovens e Adultos, Cachoeiro de Itapemirim
CEFET-MG	Centro Federal de Educação Tecnológica de Minas Gerais
CEREST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CERSAM	Centro de Referência em Saúde Mental
CMS	Centro Municipal de Saúde
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CsO	Corpo sem Órgãos
EOs	Estudos Organizacionais
EPIs	Equipamentos de Proteção Individual
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICEPI	Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde
IFES	Instituto Federal do Espírito Santo
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
OMS	Organização Mundial da Saúde
PcD	Pessoa com Deficiência
PTS	Plano Terapêutico Singular
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RT	Residência Terapêutica
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SEMUS	Secretaria Municipal de Saúde
SRT	Serviço de Residência Terapêutica
SUS	Sistema Único de Saúde
UFES	Universidade Federal do Espírito Santo
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Mapa do Espírito Santo, destaque Cachoeiro de Itapemirim.....	89
Figura 2 – Distritos que compõem o município.....	90
Figura 3 – Cartazes “Janeiro Branco”.....	101
Figura 4 – Fluxograma de atenção em saúde mental CI.....	107
Figura 5 – Trajeto para internação Jefferson.....	116
Figura 6 – Dispositivos de controle e assujeitamento.....	188
Figura 7 – Colagem de fotos do desfile da luta antimanicomial, ano 2018.....	192
Figura 8 – Árvore de afetamentos (ou afecções).....	195

SUMÁRIO

QUANDO ENLOUQUECI.....	13
CONCEPÇÃO DE UM ARGUMENTO DE TESE	21
Um devir-tese	26
(DES)CONSTRUINDO DISCURSOS SOBRE A LOUCURA	35
Ditos sobre a loucura.....	39
Uma história da loucura: do manicômio à desinstitucionalização	47
A loucura no Brasil.....	55
Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).....	59
Preconceito, discriminação e subjetividades	61
UMA PROPOSTA CARTOGRÁFICA.....	67
Apresentando o território de pesquisa.....	73
Um território chamado loucura	76
Em defesa da coprodução na tese.....	82
PERCURSO PERCORRIDO: OS MAPAS	85
Primeiros passos.....	86
A Coordenação de Saúde Mental em Cachoeiro de Itapemirim (SEMUS).....	88
Meus dias na SEMUS.....	93
Trabalhar com o que se tem.....	119
A LOUCURA NOSSA DE CADA DIA.....	123
José	125
A medicalização e a coragem.....	135
Maria.....	138
O preconceito e a fé.....	151
João.....	155
O controle e o tempo	165
O COMEÇO DE UM FIM.....	172
REFERÊNCIAS	179
ANEXOS.....	187
Anexo I – Pré produção do território de pesquisa	187
Um passeio no museu	187
Um bar “diferente”	189
Uma rápida visita na Superintendência de Saúde de Minas Gerais	190
DesConstruções.....	190
Desfile 18 de maio 2018.....	191
Pequenas aproximações em 2019.....	192
Anexo II – Termo de consentimento livre e esclarecido.....	197

Eu estou sempre aqui olhando pela janela
Eu não vejo arranhões no céu nem discos voadores
Os céus estão explorados, mas vazios
Existe um biombo de ossos perto daqui
Eu acho que eu estou meio sangrando
Eu já sei, não precisa me dizer
Eu sou um fragmento gótico
Um castelo projetado num slide no meio do deserto
Eu sempre quis ser isso mesmo
Uma adolescente nua que nunca viu discos voadores
E que acaba capturada por um trovador de fala cinematográfica
Eu sempre quis ser isso mesmo
Armar hieróglifos com restos de tudo
Restos de rua, gravações de rádios, fragmentos de TV
Mas os meus lábios são transmutação de alguma coisa planetária
Quando eu beijo eu improviso mundos molhados, aciono gametas guardados
Eu sou a transmutação de alguma coisa eletrônica
Uma notícia de Saturno esquecida
Uma pulseira de temperaturas
Um manequim mutilado
Uma odalisca androide que tinha uma grande dor
Que improvisou, com restos de cinema e com seu amor, um disco voador

Maria Bethânia

QUANDO ENLOUQUECI

Há momentos em que a mente lida com tamanho golpe que se esconde na insanidade. Há momentos em que a realidade é nada além de dor e para escapar da dor, a mente deve deixar realidade para trás.

Patrick Rothfuss

Utilizo este espaço para me colocar, falar do meu ponto de partida ao apresentar este trabalho, em uma tentativa de explicar meu interesse nos temas “loucura” e “trabalho”. Penso que contar a minha história é parte desta entrega, mas é, sobretudo, uma atitude política. Sou uma mulher de meia-idade que resolveu mudar os rumos da carreira depois dos 40 anos de idade e, na medida do possível, resgatar um desejo de criança: o de ser professora. Busquei então trilhar o caminho que me levasse ao encontro do sonho, para isto rompi com um passado produtivo em uma grande empresa do setor privado¹ e recomecei como aprendiz: primeiro em um mestrado acadêmico e em seguida no doutorado; com o desejo de que estas mudanças valessem a pena, que pudessem ter um sentido mais amplo que apenas minha recolocação profissional na área da educação, desejava poder fazer alguma diferença na vida de outras pessoas, ou apenas de pessoas como eu.

Depois da qualificação do doutorado em junho de 2019, tudo mudou. O sonho de me tornar docente se tornara realidade depois da minha aprovação no concurso para professora substituta do Instituto Federal do Espírito Santo (IFES), na cidade de Cachoeiro de Itapemirim/ES. Após minha instalação na cidade era preciso retomar as atividades do doutorado, deixar para trás a proposta de pesquisar a situação de pessoas com diagnóstico psiquiátrico inseridas no mundo do trabalho, participantes de um projeto promovido pela Secretaria de Trabalho do Governo de Minas Gerais e pensar em outra coisa, respeitando o tema escolhido que englobasse diferença, trabalho e loucura.

¹ Trabalhei como gestora por quase 23 anos, primeiramente em uma empresa de processamento de dados e depois em uma automobilística do setor de veículos pesados. À frente de equipes tive a oportunidade de trabalhar com pessoas com deficiência intelectual para compor a cota prevista na Lei 8213/91 que dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência e dá outras providências à contratação de portadores de “necessidades especiais”, deficientes e PcDs nas Empresas.

A saúde mental, ou a falta dela, sempre foi um assunto caro para mim, seja por meu envolvimento familiar e pessoal, seja por ser um tema cercado de preconceitos, estigmas e discriminação que me fazem questionar o direito de uns ao julgamento de outros. Ter uma doença física muitas vezes provoca a compaixão das pessoas, mas ter uma “doença mental” causa o afastamento, o silêncio, o medo, além do que é próprio da doença tanto por parte do sujeito quanto por parte daqueles que estão ao seu redor. A exclusão surge como consequência, assim como o afastamento e o rompimento de vínculos sociais da pessoa em sofrimento psíquico. Ganhar a alcunha de louco pode ser um fardo pesado para quem já vive à margem de uma tal vida considerada como “normal”. Questiono, principalmente, o que seria esta dita normalidade em uma sociedade como a nossa, que transforma o humano em insumo em nome do produtivismo, em nome de uma vida que serve ao capitalismo desenfreado, este sim produtor de pessoas, a meu ver, loucas, mas por produzir e consumir cada vez mais.

Minha busca pelo campo de pesquisa dependeu de muita insistência da minha parte para conseguir um primeiro contato com a coordenadora de saúde mental da Prefeitura de Cachoeiro de Itapemirim, ocasião na qual apresentei uma proposta de trabalho no início do mês de janeiro de 2020. Passados os trâmites legais para a aprovação de minha presença no departamento, consegui o aval para iniciar minha pesquisa de campo que, naquele momento, consistia basicamente em acompanhar o trabalho desenvolvido na Secretaria de Saúde. Entretanto, em março do mesmo ano, veio a pandemia do coronavírus² e todas as atividades extra foram suspensas, com isto se fora minha possibilidade de aproximação com possíveis sujeitos de pesquisa. Na mesma época, as aulas presenciais no IFES foram interrompidas, era chegada a hora do isolamento social para parte dos brasileiros que podiam se beneficiar deste privilégio.

Deixo claro meu posicionamento político e consequente impossibilidade em separar a pesquisadora da pessoa, sinto como se pesquisar a vida social organizada passasse por mim, por meu corpo, como instrumento de mediação entre o que posso ou não contar. Aqui coaduno com as afirmações de Guimarães (2019), segundo as quais a assepsia da ciência enxerga como menor o olhar que vem de “dentro”. O autor vale-se da Teoria dos Afetos, proposta por Jean-Luc Moriceau (2020), para fazer a análise de sua pesquisa sobre os afetos

² Acho interessante destacar que Deleuze e Guattari (2011a) chamam os vírus de mais-valia de código, por sua capacidade de acoplar-se e multiplicar-se, misturando-se entre espécies em procedimentos de comunicação “ao-lado”, fazendo com que o código do rizoma seja afetado em certa margem de descodificação.

religiosos na vida de um pesquisador brasileiro, utilizando como base experiências de si na vida religiosa.

Tomada pelo preconceito e pela vergonha inicial, pensei, por inúmeras vezes, se deveria ou não falar que experimentei a loucura em sua face mais dura durante o período de pesquisa. O medo foi o principal carrasco, mas medo do que exatamente? A resposta é tão difusa quanto a própria confusão causada pela exposição do que me aconteceu. Até que, ouvindo o relato das pessoas que fizeram parte deste trabalho, compreendi que meu medo estava relacionado ao julgamento, uma vez ultrapassada a tênue linha que separa os “sãos” dos loucos.

Começar esta tese assumindo minha posição de “louca” diz sobre mim, sobre meu desarrazoamento perante uma vida que limita o livre pensar, ao mesmo tempo em que me coloca em um lugar de poder falar sobre o que (vi)vi nesta experiência, além de tomar por base toda a dificuldade que um sujeito acometido por uma condição psiquiátrica acaba sofrendo no âmbito social no seu pós-surto. Aliás, para as supostas verdades construídas a partir da loucura, não há um pós-surto, tudo o que acontecer após a internação será considerado como sintoma que, somados, podem levar a uma nova internação e assim por diante, não há cura, não há volta à condição de “normalidade”. O sentimento de rachadura, a tristeza profunda ou a euforia serão considerados como novos sintomas, que somados poderão levar a pessoa a novos surtos.

Resolvi então expor certas situações vividas por mim como quem aceita um desafio; aventuro contar-me, tal qual as mulheres de Margareth Rago (2013), de uma forma que se assemelha a narrativas de histórias transmitidas sem preconceitos ou modulações, um contar que se coloca mais próximo da oralidade que da escrita. Para a autora os relatos de si, vistos sob uma perspectiva afetiva, atuam como ferramentas que não obedecem a uma linha ordenadamente temporal, mas apontam episódios marcantes na trajetória dos sujeitos. Procurei então empreender uma escrita de forma mais “distraída”, procurando seguir os passos de quem conta uma história e observando o dito por Walter Benjamin (1994, p. 203)

A razão é que os fatos já nos chegam acompanhados de explicações. Em outras palavras: quase nada do que acontece está a serviço da narrativa, e quase tudo está a serviço da informação. Metade da arte narrativa está em evitar explicações. [...] O extraordinário e o miraculoso são narrados com a maior exatidão, mas o contexto

psicológico da ação não é imposto ao leitor. Ele é livre para interpretar a história como quiser, e com isso o episódio narrado atinge uma amplitude que não existe na informação.

Neste sentido, contar-se pode ser considerado inoportuno, ao fornecer subsídios para novos julgamentos. Falar com todas as letras “eu surtei” é assumir um lugar menor, o lugar do entre, assumir que não há neutralidade em meus escritos e que não há como separar o pessoal da pesquisadora, o que me leva a perguntar onde fica a suposta neutralidade da pesquisa. Meu surto psicótico misturou o que era real com as coisas que havia lido e escrito, meus maiores medos vieram à tona, misturei realidade com situações que só existiam dentro da minha cabeça. O surto me transformou de pesquisadora a objeto e sujeita de minha pesquisa. Contar esta história é abrir a possibilidade de usar meu corpo para colocar questões que aconteceram comigo, passar a limpo situações que li nos livros e outras das quais até então apenas ouvira falar. Escrevo agora como uma forma de colocar para fora o que ocorreu e também como forma de libertação da minha própria loucura.

Primeiramente vou contar como cheguei até o ponto do surto. Antes de mais nada, cabe dizer que concebi para mim um modo de ser funcionalista-positivista, forjado o longo de anos em uma indústria que adota o modelo taylorista-fordista como modelo de produção. E com uma pretensa crença meritocrática na qual se acredita que com esforço e dedicação pessoal é possível chegar a qualquer lugar, criei uma vida produtivista, pensava que bastava “dizer qual o produto que se precisa que conseguiria entregar”. Transformei tudo em minha vida em produto; transformei esta tese em produto. O surto foi um grito de basta, o rompimento violento com a realidade, a mesma violência acumulada por anos fazendo o que é esperado que se faça, na docilidade e objetificação de uma vida utilitarista; quanto mais coisa eu mostrava ter capacidade de fazer, mais eu acabava fazendo, mais responsabilidades eu assumia.

No meu caso, foi a obrigação de escrever e o medo de não conseguir fazê-lo a contento que me fizeram enlouquecer, pensar que eu não seria capaz de colocar para fora aquilo que só faz sentido dentro da minha cabeça se mostrava um fardo muito pesado de se carregar. Escrever se tornou uma espécie de tortura (auto)imposta, um bloqueio intransponível que me fez travar completamente, me perturbou tanto a ponto de me fazer duvidar do que sou capaz, que me fez acreditar tanto na minha inutilidade como ser vivente como em minha incapacidade de

produzir algo digno de ser lido por outras pessoas. Uma enorme insegurança se instaurou, fazendo-me perder a fé, a esperança, percebi que estava perdida em um caminho difuso, com muitas e variadas possibilidades, mas sem conseguir escolher entre elas uma que parecesse adequada, ou ao menos valesse a pena. O medo estava relacionado ao fato de que assumi um papel de crítica de meus escritos antes mesmo de escrevê-los, que assumi um papel que não me pertence – a mim cabe produzir escritos, aos avaliadores, julgá-los e qualificá-los.

Esta inversão de papéis que promovi internamente me paralisou por meses, praticamente me fazendo chegar ao limite de minha condição mental. Passados mais de cem dias, sozinha e isolada em uma cidade na qual não tive tempo de construir uma rede de amigos, longe de familiares, comecei a apresentar sintomas de ansiedade, não sentia fome, não conseguia dormir e apresentava certa confusão mental. Era o corpo dando sinais de que havia algo de errado. O vírus que se espalhava fora, afetava o dentro de forma silenciosa e devastadora não em sentido literal, mas psicologicamente falando. Comecei a perder o senso de realidade, falando sem parar coisas sem sentido, chorava, sorria, um turbilhão de pensamentos, emoções, uma completa desordem mental foi instaurada. Até que não teve mais como segurar, o inevitável aconteceu: o surto psicótico.

Foi quando explodi, surtei, delirei. Em meus delírios tive a certeza de que já havia feito tudo o que era preciso, que o trabalho estava pronto, que consegui, afinal de contas, “parir um facho de luz para o universo”, dei a minha luz com a minha vida, como quem faz algo grandioso e morre em seguida de exaustão, enfim tudo havia terminado. Mas o que seria um surto psicótico senão essa incapacidade de enxergar o mundo como ele realmente se coloca, essa ruptura com o mundo real, com o mundo dos vivos. Uma morte parcial, morte enquanto rompimento com o mundo dos “normais”, com o mundo concebido para funcionar de uma “certa” e única maneira.

Experimentei a loucura como uma experiência de vida e de morte, a vida de uma mulher louca e a morte social, a desconfiança e o despreparo, mas não só isso, o abandono da razão me faz pensar sobre o quão tênue é o limiar do desarrazoamento. Recorro a Palma, Rodrigues e Moraes (2012, p. 641), ao afirmarem que este “mundo acadêmico – parecido em todas as partes – precisa da potência do delírio que como um vendaval arraste os saberes-verdades, porque queremos inventar nossas próprias verdades, criar nossos próprios problemas, nosso

próprio mundo, vivido na imanência de uma vida”. Para trazer um pequeno relato do que foi a minha imersão no mundo da loucura:

O surto acontece como um rasgar violento do peito, a dor é lancinante. Irrupções recorrentes que cortam o tempo e o espaço, sensações variadas percorrem meu corpo. Sei que morri, nada mais faz sentido, eu gritei e ninguém me ouviu, eu gritei ainda mais alto, mas só agora eu sei o que devo fazer. Tiro a roupa, abro as portas de minha prisão, não preciso de mais nada, está tudo aqui; meu corpo jaz nu na praia pedindo socorro e ao mesmo tempo livre para dançar. Procuo a minha luz, aquela que acabei de parir em milhões de partículas em uma grande explosão de mim mesma. Sinto dor e luz e alegria de viver, enfim estou morta. Encontrei. Carrego minha luz para casa, preciso levá-la, juntos vamos produzir novas luzes para encher novamente meu corpo de luz. A noite está clara, a lua dá seu ar da graça, a orla iluminada denuncia a loucura da bailarina desajeitada na areia, que entra na água e faz sua saída triunfal como Iemanjá, sou ela. Preciso descansar, sinto frio, meu corpo dói, sei que morri, ninguém pode me ver... Estou exausta, não aguento mais viver e morrer tantas vezes.

Abro os olhos e penso: onde estou? Uma voz me pergunta se estou bem. Tento entender o que está acontecendo. Começo a lembrar que estou em uma clínica, cheguei na noite anterior com delírios, sinto fome, sede, meu corpo está dolorido e minha cabeça confusa. Lembro-me das faixas que amarravam meus pulsos à cama do hospital na noite passada. Uma enfermeira chega na porta e diz que é hora de tomar os remédios, recuso-os, não quero, estou confusa. Não sei o que aconteceu, mudou tudo, agora estou em um quarto sozinha vejo uma grade que isola o lugar onde estou das outras pessoas. Grito chamando alguém “preciso sair daqui”. A mesma mulher que me perguntou se estou bem agora se aproxima e diz que preciso me acalmar, para poder sair das grades. Estou agitada, em parte por estar literalmente presa, mas porque me lembro dos livros que li, as ideias sobre os corpos dóceis... Meu corpo não me pertence, outros é que têm o poder de dizer qual a hora de comer, dormir, tomar remédio, o que posso ou não fazer.

A morte experienciada não se trata de uma morte do corpo, mas uma morte social, aquela que atinge sua vítima de forma profunda, que causa dor e sofrimento aos envolvidos em sua produção; que exclui do convívio social o diferente, fora de certo “padrão” socialmente aceito nas formas de agir e pensar. Pessoas assim, “fora de controle”, tornam-se um incômodo, um problema a ser resolvido. Parafraseando Lula Wanderley (2021, p. 19), “o que vivi foi muito mais forte e denso do que consigo narrar”. O pequeno fragmento de delírio exposto acima

demarca uma nova era em minha vida, o conhecimento de meus próprios limites enquanto ser humano para além da pesquisadora que outrora ensejou entrar em campo e construir uma pesquisa que trouxesse o olhar de fora da loucura. Como os delírios de um esquizofrênico, ressoavam dentro da minha cabeça, pareciam vir de fora, mas estavam dentro como em uma dança infinita que misturava realidade e delírio.

O que pode ou não ser considerado ciência traz à tona o trabalho de escrever como algo menor, falar de si como em um confessionário, em primeira pessoa não tem valor acadêmico, não tem valor, ou seja, é inútil. Sei que é preciso contar-se sem se expor, é preciso encontrar um outro – sujeito de pesquisa – que se apresente como um espelho. Encontrar o sujeito “polar” é achar uma representatividade, ainda que pequena, no fora de si, no fora desta pesquisadora. Ao mesmo tempo penso que não contar o que houve transforma este trabalho em mais um, em uma mera reprodução de tantos outros, eis o motivo pelo qual resolvi falar sobre meu internamento³. Entendo que contar o que experienciei é parte de uma construção rizomática da tese na qual assumo uma postura micropolítica de agente, não apenas de observadora.

O delírio traz à tona a criação de um corpo sem órgãos (CsO) no qual o que se faz é permitir a passagem de fluxos esquizos, de intensidades, na formação de corpos desfeitos de organismos – o CsO “não é um corpo morto, mas um corpo vivo, e tão vivo e tão fervilhante que ele expulsou o organismo e sua organização” (DELEUZE, GUATTARI, 2011, p. 56). O CsO “é o que resta quando tudo foi retirado [...] o que se retira é justamente o fantasma, o conjunto das significâncias e subjetivações” (DELEUZE, GUATTARI, 2012, p. 14). No CsO não há interpretações, o que há é a “produção do real como grandeza infinita a partir do zero” (DELEUZE, GUATTARI, 2012, p. 16), que funciona e aparece a partir de intensidades puras. É o próprio campo de imanência, o desejo, mas não o desejo enquanto falta e sim, o desejo depreendido de um plano de consistência.

...

³ Consta no art. 6º da Lei 10.216/01, parágrafo único, item II, a tipificação de “internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro” (BRASIL, 2001), uma vez que suas ações podem incorrer em riscos para si mesmo e/ou para outros.

Diante do exposto até aqui, assumi o compromisso ético-estético-político de desenvolver este trabalho pautada na dúvida, na curiosidade, no rigor com o desafio do conhecer-experimentar o território-loucura como possibilidade de engendrar conhecimento socialmente relevante no campo dos Estudos Organizacionais (EOs). Um compromisso que pressupõe a necessidade de avanço e continuidade, em um dever que tensiona a investigação acadêmica e envolvimento corpóreo da pesquisadora. A título de esclarecimento, recorro às palavras de Liberman e Lima (2015, p. 185): “instalamos-nos no terreno das sensibilidades produzidas nos processos de subjetivação que definem modos de olhar, viver e se relacionar com a intenção de deslocar, problematizar, criar pequenas e potentes possibilidades de aproximação com o campo da corporeidade”.

Meu incômodo maior reside exatamente na qualificação do humano como útil ou inútil quando medido por uma régua que busca homogeneizar as relações deste humano com o capital, como se todas as pessoas fossem obrigadas a desejar a vida de uma mesma e única maneira. Conceber o modo de vida possível na loucura é aceitar que há mundos distintos e possíveis para além do preconceito e discriminação. Acredito, assim como os autores em que me apoio nesta empreitada, que há possibilidade de coexistência de mundos e de modos de ser diversos, ainda que na suposta “loucura”. Portanto, busquei investigar em que medida a compreensão da loucura é vista como incapacitante para o trabalho formal, se suas consequências sociais, morais e éticas são questionáveis, principalmente, quando trata todas as pessoas em sofrimento psíquico de forma homogeneizada, gerando prejuízos e ainda mais sofrimento para esses indivíduos. Para tentar dar conta disso, procurei construir um referencial teórico baseado, principalmente, na Filosofia da Diferença presente na obra de Gilles Deleuze e Félix Guattari.

CONCEPÇÃO DE UM ARGUMENTO DE TESE

O hospício é construído para controlar e reprimir os trabalhadores que perderam a capacidade de responder aos interesses capitalistas de produção.

Basaglia

De acordo com o dicionário Significado (disponível *online*)⁴, a palavra “loucura” está classificada como sinônimo feminino de

Qualidade de louco, desprovido de razão. [Medicina] Distúrbio mental grave que impede alguém de viver em sociedade, definido pela incapacidade mental de agir, de sentir ou de pensar como o suposto; insanidade mental. Ato ou comportamento próprio de louco; insensatez: rasgar dinheiro é uma ação de loucura. Ato de extravagância; imprudência: fazer uma loucura. Ou ainda, paradoxalmente, como “Amor excessivo ou exagerado por...”.

É preciso deixar claro que assumirei, em todo este trabalho, a noção de loucura, a qual tomo emprestada do sentido dado por Foucault (2000, p. 21), como aquilo que está fora dos limites da razão; um saber

tão inacessível e temível [...] (que) enquanto o homem racional só percebe desse saber algumas figuras fragmentárias – e por isso mais inquietantes – o louco o carrega inteiro em uma esfera intacta: essa bola de cristal, que para todos está vazia, a seus olhos está cheia de um saber invisível.

Isto significa dizer que não estou preocupada em qualificar, em termos médicos, o que pode ser ou não caracterizado como doença psíquica, ou doença da mente⁵ (SZASZ, 1974); a escolha pela palavra “loucura” é parte de meu posicionamento político ao retratar o termo em

⁴ Recuperado de <<https://www.dicio.com.br/loucura/>>. Acesso em: 19 out. 2020.

⁵ Szasz (1974, p. 251) problematiza a separação feita pela Medicina entre doenças que afetam o corpo e doenças que, supostamente, afetariam a mente, de modo que “doença mental” não passa de uma metáfora, organizada em rótulos “construídos à semelhança dos diagnósticos médicos e aplicados a pessoas cujo comportamento incomoda e ofende outros”, daí a ênfase no julgamento da conduta social do indivíduo.

seu caráter mais pejorativo, a fim de criar no leitor algum desconforto⁶ de forma que se assemelhe ao real de pessoas loucas. Utilizo ainda os termos “louco”, “insano”, “pessoa em sofrimento psíquico”, “transtorno”, “distúrbio” ou “confusão mental” como sinônimos para indicar sujeitos que vivem fora desses “limites⁷” socialmente impostos em diferentes narrativas, por tudo aquilo, ou por todos aqueles, que se colocam circunscritos naquilo convencionado como razão.

Minha intenção em não amenizar os termos “louco” e “loucura” se faz necessária uma vez que procuro construir dispositivos que agenciem para além do signo ao deslocar a relação linguística significante-significado que se faz “ora como arbitrária, ora como necessária, da mesma forma que o verso e o anverso de uma mesma folha, ora como correspondente termo a termo, ora globalmente, ora como sendo tão ambivalente que não se pode mais distingui-los” (DELEUZE; GUATARRI, 2011a, p.105).

Para além dos interesses e envolvimento explicitados no capítulo anterior, penso que precisamos – enquanto sociedade – discutir a “loucura” em outras instâncias além das áreas da saúde. Como em outras pesquisas, comecei uma busca por artigos em bases de dados oficiais (como Web of Science, Scielo, Spell etc.) que abordassem os temas: loucura, loucos, doença mental, pessoas em sofrimento mental (ou psíquico), distúrbio mental, hospitais psiquiátricos, manicômios, reforma psiquiátrica, desinstitucionalização, entre outros. Sem surpresas, encontrei muitos artigos nas áreas de Saúde e Psicologia, Direito, Artes, Administração Pública, mas praticamente nada na Administração, na área de concentração dos Estudos Organizacionais. A loucura exclui sem fazer distinção, não existe “um louco médio”, ou “mais ou menos louco”, todos os tipos de “loucura” são considerados incapacitantes, como se os graus de sofrimento psíquico fossem homogêneos. Questões que colocadas dessa forma reforçam a concepção de que a pessoa em sofrimento psíquico não pode exercer plenamente sua cidadania de forma plena. Ser considerado louco é o começo da perda de autonomia, de liberdade, de credibilidade.

⁶ Buscar no leitor a reflexividade, o incômodo faz parte de uma escrita performativa que transforma o texto não em uma síntese do percurso, mas sua própria interpretação, preservando o movimento dos afetos e convocando o leitor a participar do processo de pesquisa (MORICEAU, 2020).

⁷ As aspas neste e em outros casos representam uma contestação pessoal quanto à cristalização de termos amplamente naturalizados e utilizados em senso comum, mas que remetem a pseudojustificativas usadas com a finalidade de legitimar a segregação e a discriminação do diferente.

A cidadania enquanto um exercício é uma tarefa que depende do indivíduo de forma independente, pois desenvolve a liberdade humana em um contexto de compromisso compartilhado com o bem comum, um esforço este que nada tem de natural ou espontâneo, uma vez que depende de ultrapassar as condições de individualidade para um pensar coletivo, rompendo a tensão entre cidadão e indivíduo (HUNT, 2009; REIS, 2012). Ao ultrapassar o individual chega-se ao coletivo, com o surgimento de um novo ser. Os indivíduos associados formam um corpo coletivo, no qual as vontades, desejos e interesses passam a ser soberanos, pois tendem à utilidade pública.

Nesse sentido, a vontade geral associada a um corpo político, representa as necessidades coletivas, uma vez que estas são maiores que as individuais. Entretanto, não se trata de aniquilar as singularidades presentes nesse corpo coletivo, mas de evitar que o os membros do corpo político façam de seus interesses pessoais prioridades, e, conseqüentemente, deliberem sobrepujando ações direcionadas ao bem comum.

A transformação do indivíduo em cidadão se processa por meio da integração de cada um com cada um dos demais e, ao mesmo tempo, da integração de cada um ao todo, a fim de que os indivíduos possam reconhecer a si mesmos e a todos demais como cidadãos responsáveis pela determinação do bem comum (REIS, 2012, p. 88).

Assim, para a superação do individualismo e a integração entre os cidadãos e o coletivo, torna-se fundamental a cada pessoa livrar-se de preconceitos, informando-se e esclarecendo-se para enfim compreender que o bem maior reside na satisfação das necessidades da coletividade. Nesse sentido, romper a dicotomia singular-coletivo é o que transforma os indivíduos em cidadãos (REIS, 2012).

Avançando um pouco mais nos temas que envolvem cidadania, pude perceber a formação de uma nova categoria social: “subgente”, uma produção de “subcidadãos” e, conseqüentemente, uma hierarquização na construção social do “povo brasileiro”, como afirma Demo (1995, p. 99), “coisa de pobre para pobre”. É como se o sistema de valoração meritocrático dos indivíduos dividisse as pessoas em classificados e desclassificados sociais, constituindo

cidadãos de primeira e segunda classe⁸. Percebi que os “loucos” figuram na categoria dos “desclassificados sociais”, haja vista que, uma das primeiras coisas que perdem, após o diagnóstico, é a liberdade e responsabilidade sobre suas próprias vidas, passando a viver uma vida tutelada.

A naturalização das desigualdades, com a valorização do capital cultural e a não observância da hierarquização das relações pessoais, cria uma espécie de “ideologia espontânea” do capitalismo que faz parecer universal e neutro o que é contingente e particular. Nesse contexto, as diferenças são ignoradas e os ideais de igualdade e liberdade se tornam cada vez mais distantes, pois não são efetivamente internalizados na vida cotidiana das pessoas. Há a presença de uma dominação simbólica subpolítica incrustada no cotidiano que impede a construção da possibilidade de formação de um corpo coletivo (REIS, 2012) detentor de igualdade de direitos.

Apesar de a cidadania estar inserida nos Direitos Humanos, nem toda “pessoa” é considerada nos princípios de cidadania. A pessoa diagnosticada como “doente mental” não é considerada cidadã plena de direitos, conforme esclarece Soares (2013, p. 4):

Cidadania e direitos da cidadania dizem respeito a uma determinada ordem jurídico-política de um país, de um Estado, no qual uma Constituição define e garante quem é cidadão, que direitos e deveres ele terá em função de uma série de variáveis tais como a idade, o estado civil, a condição de sanidade física e mental, o fato de estar ou não em dívida com a justiça penal etc. [...] direitos de cidadania não são direitos universais, são direitos específicos dos membros de um determinado Estado, de uma determinada ordem jurídico-política. No entanto, em muitos casos, os direitos do cidadão coincidem com os direitos humanos, que são os mais amplos e abrangentes.

A autora levanta ainda outras questões a que tiram do plano da cidadania, mas que ainda permitem a esse sujeito ser protegido pelos Direitos Humanos:

⁸ Demo (1995) discute três tipos possíveis de cidadania: (a) Cidadania tutelada – democracia voltada para o capital, presença do clientelismo para a sociedade e da concessão de direitos humano; (b) Cidadania assistida – democracia voltada para o centro do sistema, socialdemocracia com assistência e proteção dos direitos humanos; (c) Cidadania emancipada – exercício de uma democrática popular com equalização de oportunidades; conquista de direitos humanos.

Um doente mental não é um cidadão pleno, no sentido de que ele não é responsável pelos seus atos, portanto ele não pode ter direitos, como, por ex., o direito ao voto, o direito pleno à propriedade e muito menos os deveres, mas ele continua integralmente credor dos Direitos Humanos⁹ (SOARES, 2013, p. 6).

Ao considerar o que mais há por trás dos medos, mitos e preconceitos, é possível pensar nos discursos entorno, sobre e para a loucura. Atentei que em uma visão pós-estruturalista, quando se colocam os temas na perspectiva do discurso, coloca-se de lado a questão de que só a ciência pode falar da loucura. Vi então a possibilidade de tentar apreender o que se fala sobre a loucura, os discursos da loucura, e não exatamente sobre o que a loucura é. Ademais, é no pós-estruturalismo que as obras possibilitam variadas interpretações, sem fixar significados últimos comunicáveis universalmente. Permite ainda que seus pensadores façam “experimentações com estilo em termos de escrita e de métodos” (WILLIAMS, 2012, p. 31) em obras que “*convocam variedades de interpretações diferentes e resistem a significados últimos e comunicáveis universalmente*” (WILLIAMS, 2012, p. 32, *grifos do autor*) na

⁹ Recordei-me de um artigo de Débora Diniz, parte do falatório Vozes da Igualdade. Recuperado de: <<http://www.justificando.com/2015/12/22/por-uma-sociedade-sem-manicomios/>>. Acesso: 20 agosto 2016.

“Houve um tempo em que acreditávamos nos manicômios como lugares bons para tratar os loucos. Você pode dar o nome que preferir — pode ser hospício, sanatório ou hospital de tratamento psiquiátrico. Só não vale clínica de repouso ou casa de saúde. Eu gosto de manicômio, uma palavra de horror. Até me dói pronunciar-la: o dicionário diz “*hospital para o tratamento de psicopatas*”. Nos manicômios, trancavam-se os loucos, acorrentavam-se os mais agitados, não havia preocupação com as formas de cuidar ou exibir os corpos. Os loucos andavam nus, sujos como cachorros abandonados pelas ruas. Comiam o que lhes davam, dormiam onde caíssem. Muito se comparou os manicômios aos campos de concentração. Essa é uma alegoria que nos atemoriza pelo exagero, mas aqui ela é justa. Assim como nos campos nazistas, os loucos dos manicômios não podiam ir e vir, eram esquecidos, viviam como os quase mortos descritos por Primo Levi em “É isto um homem?” Quando vejo imagens do Hospital de Barbacena ou da Clínica Planalto, a única da capital do país, desativada há pouco mais de década, me lembro, sim, dos campos concentracionários. E repito a surpresa, porém de jeito um pouco diferente: “*o que é isso que fizeram*”?

Já sabemos o que um manicômio faz aos loucos. Não há tratamento, não há cuidado, não há cura. Há abandono, esquecimento e maus-tratos. Mente quem diz que houve avanço do tempo de Pinel para cá, que não há mais isso de corrente ou nudez. Hoje, além das contenções físicas, há os remédios, a impregnação, o controle silencioso do jaleco branco que acredita no diagnóstico da loucura pelo medicamento oferecido pela indústria farmacêutica. Por isso, mente mais ainda quem diz ser o manicômio uma possibilidade de uma nova psiquiatria, agora científica.

Bubu é um poeta. Vive há quase duas décadas entre idas e vindas no manicômio judiciário de Salvador. Ele diz ser a psiquiatria “*a mais atrasada das ciências*”. Como desconheço a escala de julgamento do poeta, faço citação como provocação para aqueles que defendem mudanças na política de saúde mental pela volta dos manicômios. O recém-empossado coordenador da área técnica de saúde mental do Ministério da Saúde, Valencius W. Duarte Filho, foi diretor de manicômio de horror, a Casa de Saúde Dr. Eiras. Roberto Tykanori, ex-coordenador da pasta, lembra, “*este lugar era realmente um dos piores que eu já vi. Havia uma pessoa que estava há 15 anos trancada, sem sair por mais de 15 anos. Ela era mantida como um verdadeiro animal, como numa jaula em que a comida passava por baixo da porta, e ninguém se importava com isso*”. Eu não acredito em manicômios, e mais: quero viver em um tempo em que os manicômios sejam uma vergonha do passado. Por isso, repito: por uma sociedade livre dos manicômios”.

intenção de “mostrar que há verdades diferentes dos fatos científicos” (WILLIAMS, 2012, p. 35), criticando principalmente abordagens hegemônicas de concepção de mundo.

Deslocar a loucura enquanto fato (médico-jurídico-social) para o campo do discurso possibilita a relativização do caráter factual da loucura, demonstrando que ela resulta de uma produção social, possibilitando, na mesma medida, outras produções sociais sobre a loucura do ponto de vista discursivo. Incluir a loucura como tema de interesse na área de Estudos Organizacionais (EOs) é vislumbrar uma perspectiva no campo das interações sociais e uma inclusão das diferenças no mundo do trabalho, cada vez mais asséptico e restrito ao diferente, uma vez que vai para além do produtivismo ao considerar o fator humano; considerando ainda que as práticas organizativas – (não)ditos e (não)feitos – e as organizações são igualmente produtoras de certa loucura no mundo do trabalho.

Um devir-tese

Neste devir-tese procurei empreender uma escrita rizomática, o que em si representa um antagonismo. Em parte, pelas próprias amarras da escrita científica¹⁰ que prima pelo rigor para que algo possa ser considerado “verdadeiramente” Ciência; mas, principalmente, pelo fato do aprisionamento que a linguagem promove ao trazer à tona o decalque¹¹, limitando a possibilidade da construção do mapa calcado na proposição deleuziana ao contrapor os enunciados, os desejos e o inconsciente: “para os enunciados como para os desejos, a questão não é nunca reduzir o inconsciente, interpretá-lo ou fazê-lo significar segundo uma árvore. A questão é produzir inconsciente e, com ele, novos enunciados, outros desejos: o rizoma é esta produção de inconsciente mesmo” (DELEUZE; GUATTARI, 2011a, p. 38).

¹⁰ Recorro a Deleuze (2018, p. 16) para endossar minha argumentação: “suprir a ignorância é deixar a escrita para depois, ou melhor, torná-la impossível. Talvez tenhamos aí, entre a escrita e a ignorância, uma relação ainda mais ameaçadora do que a relação geralmente apontada entre a escrita e a morte, entre a escrita e o silêncio. Falamos, pois, de ciência de uma maneira que, infelizmente, sentimos não ser ciência”.

¹¹ O decalque é a repetição, a representação do idêntico, o simulacro da identidade preso na estrutura da árvore e reproduzível ao infinito. Ao decalque carece o movimento, a *performance* concedida ao mapa que se apoia na experiência ancorada no real (DELEUZE, 2018; DELEUZE; GUATTARI, 2012).

Desejei ainda praticar uma escrita provocativa¹² em um texto que quis desobedecer – quiçá assumir o risco de ser considerada uma escrita de segunda ordem, uma escrita menor¹³, o gaguejar na própria língua ao trazer as falas de louco – tentar acessar o real da loucura a partir das decifrações de mundo e das experiências de sujeitos “loucos”. Penso no “louco” enquanto o ser que consegue ver aquilo que o “normal” não consegue, uma vez que está imerso no campo de forças da razão, tomado e obscurecido por agenciamentos capitalísticos.

Outro ponto que me chama a atenção é que não existe apenas “a” loucura, mas sim loucuras, no plural: (a) aquela que interessa, produzindo neuróticos, “loucos pelo trabalho”, pessoas socialmente insensíveis, capazes de agir sem questionar, de não se sensibilizar com o sofrimento alheio, incapazes de criar empatia por seus semelhantes que é fruto de uma sociedade capitalística¹⁴; (b) e a loucura improdutiva, que comporta pessoas que fogem da norma, que não cumprem o socialmente estabelecido, ou como afirma Foucault (2012), que estão fora dos limites da razão. Penso ainda que os “loucos”, por desafiarem certas regras sociais, não podem ter seu comportamento completamente controlado – consequentemente, têm ao mesmo tempo liberdade e pesar – não figuram como pessoas interessantes em uma sociedade de controle (FOUCAULT, 2014) e de consumo.

No livro *A História da Loucura na Idade Clássica*, no qual Foucault (2012) descreve o quadro histórico das representações da loucura que já foi vista como castigo de Deus; redenção; objeto poético; manifestação da natureza humana; ora ligada ao cósmico, ao divino, ora relacionada ao poético. Todas as mudanças de perspectiva em torno da loucura

¹² Na tentativa de alcançar essa escrita argumentativa e provocativa que desejo, faço uso de signos assignificantes, não com o objetivo de limitar minha explicação ao uso de exemplos, mas na intenção de aproximar as imagens que formulei na mente, ao ler as obras aqui referenciadas de Deleuze e Guattari, com as imagens suscitadas pela leitura do meu texto. Essas imagens são relacionadas com base na minha experiência de vida entre máquinas e pessoas. Apesar do uso de metáforas ser há muito criticado e não recomendado nos Estudos Organizacionais (MAC-ALLISTER, 1998), o seu uso me parece coerente com a obra dos autores: Deleuze e a utilização de sua formação em Botânica na formulação de conceitos, e Guattari com sua pesquisa na clínica La Borde e experiência na militância política. Juntos constituíram parceria, amizade e trabalhos considerados relevantes para a Filosofia Contemporânea (DOSSE, 2010). Em Deleuze e Guattari (2014) a metáfora não é figura de linguagem, mas produção de sentido no intuito de provocar uma transformação nas maneiras de ver e sentir. “A produção do desejo, produção de realidade, é ao mesmo tempo (e indissociavelmente), *material, semiótica e social*” (ROLNIK, 1989. p 44, *grifos da autora*).

¹³ Alusão a uma escrita política na qual “a questão individual, ampliada ao microscópio, torna-se muito mais necessária, indispensável, porque uma outra história se agita no seu interior” (DELEUZE; GUATTARI, 2002, p. 39).

¹⁴ Guattari (1995) utiliza o termo capitalístico para classificar o capitalismo pós-industrial que desloca seu foco das estruturas de poder da produção de bens e serviços para a produção de signos e de subjetividade, principalmente, a partir do controle que exerce sobre a grande mídia.

demonstram que suas representações se constituem numa construção que passa por saberes, práticas sociais, discursos e experiências diferentes em cada época histórica.

Começo contextualizando meu local de fala como ponto de partida, mas, principalmente, para mostrar como o assunto me toca de forma que me faz querer não apenas discutir o tema “loucura”, como também desmistificar certas “verdades” construídas que invisibilizam as pessoas em sofrimento psíquico, obrigando-as a encontrar outros possíveis modos de existência em nossa sociedade. Reafirmo minha proposição inicial, bem como as questões que entendo direcionar¹⁵ esta pesquisa: que embora os discursos hegemônicos sobre a loucura apresentem-na como incapacitante, a tese que defendo é de que a loucura é apenas mais uma manifestação das diferenças humanas.

O que busquei nesta tese foi cartografar em que medida a compreensão da loucura vista como incapacitante para o trabalho formal afeta a vida de pessoas em sofrimento psíquico no mundo do trabalho, evidenciando suas consequências sociais, morais e éticas. Surgem então perguntas tais quais: **Como se processa a singularização do sujeito representado como louco, em nossa sociedade e que atuam no mercado formal de trabalho? Em quais territórios a loucura se mostra incapacitante ao trabalho formal? Em quais territórios a loucura se mostra inventiva em relação a este trabalho?**

A busca por respostas às questões que impulsionam esta pesquisa faz-me pensar em objetivos específicos que sirvam de orientadores na construção deste devir-tese:

(1) apresentar discursos sobre a loucura e como eles se enlaçam na inserção do louco no mercado de trabalho para desterritorializar narrativas que qualificam a loucura como incapacitante, por meio de pesquisa bibliográfica e documental;

(2) acompanhar-experimentar o cotidiano de trabalho de uma secretaria municipal de saúde mental para conhecer o trabalho desenvolvido na rede de atendimento local, por meio de entrevistas, observação não participante e diário de bordo;

¹⁵ Entendo que o Norte geográfico evidencia a existência de outros caminhos que podem ser percorridos, não uma limitação, ou a existência de um modo certo e único, coloca-se como uma das alternativas possíveis. A filosofia da diferença parte da premissa que só há diferenças, um pensamento que desloca as identidades para o plano das convenções sociais, ou seja, que estão no real, mas que não são o real.

(3) mapear os processos de assujeitamento no trabalho de pessoas em sofrimento psíquico inseridas no mercado formal de trabalho, com o objetivo de perceber contextos e relações na complexidade da vida do “louco”, em uma abordagem cartográfica.

Neste contexto, a primeira tentativa deste trabalho é promover a desterritorialização do termo loucura como categoria de valorização do ser no mercado (capitalista), para sua reterritorialização no respeito às diferenças, por meio do mapeamento das linhas de força que concorrem no campo de forças da vida do “louco” no trabalho. A segunda é fazer do devir-tese a própria cartografia, não a limitando a um método, mas a um reconhecimento de um modo de existência rizomático. Cabe deixar claro que a loucura que se busca problematizar tem cor e classe social específicas uma vez que se está falando do sistema público de saúde e seus usuários.

Enquanto pesquisadora, procurei adentrar o território-loucura de corpo e alma, sem preconceitos e disposta a dar ao meu corpo vibrátil a oportunidade de sofrer afetações nos encontros possíveis nesse território. Essa intenção encontra respaldo nas palavras de Rodrigues (2007, n.p.), que afirma que se trata de “um processo de evitar o silêncio dos problemas reais, de evitar uso de consensos forjados em nome de algo melhor”. Ainda assim, não significa criar um mundo novo, idealizado e deslocado do real, mas universalizar o mundo existente; em outras palavras, não um mundo que deveria, mas que pode ser. Ou seja, lugar de lutas onde “cada conquista, por menor que seja, abre novos campos, novas escalas de articulação de uma sociedade sempre em movimento” (RODRIGUES, 2007, n.p.).

Não tenho a tola pretensão de compreender a loucura, apenas luto para demonstrar o quanto aqueles que tentaram e, persistem em fazê-lo, apenas constroem novas narrativas. O desafio inquietante trazido pelo desconhecido faz com que a humanidade se mova de alguma forma para desvendá-lo. Em muitas dessas tentativas a compreensão traz inovações, desenvolvimentos, saberes antes encobertos, desconhecidos, em outras, apenas mais construções tão insólitas quanto aquelas que ocupavam seu lugar anteriormente. Apoio-me em Deleuze (1992, p. 218):

Acreditar no mundo significa principalmente suscitar acontecimentos, mesmo pequenos, que escapem ao controle, ou engendrar novos espaços-tempos, mesmo de superfície ou volume reduzidos. É ao nível de cada tentativa que se avaliam a

capacidade de resistência ou, ao contrário, a submissão a um controle. Necessita-se ao mesmo tempo de criação e povo.

Acredito que compreender a loucura seja apenas mais um desses desafios, os quais muitos, em diferentes campos do conhecimento humano, assumiram o compromisso de desvendar. Será a loucura uma doença, uma maldição, uma bênção, ou apenas mais um dos desdobramentos possíveis da mente humana em busca de respostas sobre sua própria existência? Nesse contexto, pensar na loucura como um fenômeno discursivo, possibilita discutir como as narrativas constroem as mais variadas versões de mundo, que não dão conta de explicar a complexidade da vida humana em suas diferenças, tampouco elucidar caminhos e descaminhos da loucura.

Busco apresentar relações e aproximações teórico-metodológicas que possibilitaram o desenvolvimento deste trabalho, propondo também seus objetivos geral e específicos. Entretanto, cabe dizer que se trata de um devir-tese que não tem a pretensão de tornar-se um produto acabado, mas que apenas tenta direcionar seu campo de forças para arranjos, o $n-1$ ¹⁶ possibilidades de mapas em seu devir-traçado, no qual a loucura é apenas mais um desses territórios com seus respectivos caminhos.

É preciso fazer o múltiplo, não acrescentando sempre uma dimensão superior, mas ao contrário, da maneira simples, com força de sobriedade, no nível das dimensões de que se dispõe, sempre $n-1$ (é somente assim que o uno faz parte do múltiplo, estando sempre subtraído dele). Subtrair o único da multiplicidade a ser construída, escrever a $n-1$. Um tal sistema poderia ser chamado de rizoma (DELEUZE; GUATTARI, 2011a, p. 21).

A base conceitual que utilizo para dar conta do referencial desenvolvido é a filosofia deleuziana do acontecimento (ZOURABICHVILI, 2016), ou da multiplicidade (MACHADO, 1990), que faz erigir uma compreensão que se propõe a enxergar a loucura como mais uma das facetas de diferenciação humana; nem melhor, nem pior, mas, sobretudo diferente, que

¹⁶ Fazer referência ao termo deleuziano $n-1$ significa dizer que a cada nova leitura deste trabalho ele se transforma, é atualizado, deixando de ser uma possibilidade para ser aprisionado nas palavras utilizadas para descrever minhas descobertas e explicar minhas compreensões. A busca é por um movimento contínuo de aprender e “desaprender” sem a preocupação com o certo ou errado, mas atenta ao princípio extramoral do cartógrafo – limiar entre os limites do pesquisador e os limites dos pesquisados. Princípio extramoral em Ronilk (2006).

acontece “acontecendo¹⁷” em um infinito devir, sem o interesse em explicar ou dar sentido ao vivido; como um pulsar da própria vida. Minha escolha por este caminho encontra ressonância nas palavras de Mairesse (2003, p. 261):

O acontecimento, segundo estes autores [referindo-se a Nietzsche e Deleuze], corresponde ao inusitado absoluto, àquilo que inesperadamente se impõe sobre todas as outras formas e que transforma toda uma ecologia social e cognitiva dos modos de subjetivação e apreensão dos objetos/ mundo. O acontecimento fala por si e rompe com todas as certezas e evidências do que nos parece mais sagrado. Neste sentido, o acontecimento rompe com a linearidade do tempo, funda um tempo outro no qual presente, passado e futuro coexistem. Desafia as lógicas cartesianas de progresso e evolução, e inventa outros caminhos nunca imaginados. É somente a favor do acontecimento, que se trabalha com a subjetivação, que se produz conhecimento, que se busca engendrar formas mais criativas de vida.

Defendo que a loucura não é uma doença incapacitante – ainda que também possa servir de elemento decisivo para determinar se alguém é ou não capaz para determinadas atividades – deslocando a concepção de loucura enquanto doença incapacitante para outra forma de ser no mundo. Um pensamento que afasta a crença sobre a existência de um modo de vida-padrão, de um ser humano-padrão, de normalidade ou anormalidade, de uma loucura ou uma sanidade padrão, levando à ideia de que a diferença é o que se pode esperar. Penso que a construção de modelos se dá pelas vias das representações do que é “o ser”, não pelas vias do reconhecimento das diferenças humanas.

Minha escolha por autores como Gilles Deleuze, Félix Guattari, Michel Foucault, Suely Ronilk, entre outros, se dá justamente por acreditar – assim como eles propõem – que não há verdade absoluta capaz de apontar para um caminho único, para a possibilidade una e objetiva de compreensão de mundo e, menos ainda, para uma forma padronizada de viver em um mundo tão complexo quanto o nosso. Uma escolha que se dá também por se tratar de pessoas que em suas obras buscaram formular novos entendimentos sobre diferença, deslocando os pressupostos de uma filosofia da representação para uma filosofia da diferença, e não da repetição. Sendo este um modo de pensar que nega a existência de um estado de coisas

¹⁷ O acontecimento pertence ao tempo presente, divisível ao infinito, “é sempre *os dois ao mesmo tempo*, eternamente o que acaba de se passar e o que vai se passar, mas nunca o que se passa” (DELEUZE, 2015, p. 9, *grifos do autor*).

previamente estabelecidas por “um observador neutro” que se impõe contra uma ontologia da multiplicidade.

Parto da compreensão de que a complexidade da vida humana, em seus mais diversos modos de existência, se dá na experimentação, no enfrentamento cotidiano da própria vida em suas variadas dimensões. Trazer a loucura como tema a ser discutido nos Estudos Organizacionais parte de um desejo que tenho de que tantas pessoas consideradas/diagnosticadas/marcadas como “loucas” possam ser vistas de outro modo, que possam, ao menos, ser consideradas, respeitadas muito além da obrigatoriedade da Lei 8.213/91 (BRASIL, 1991) para contratação de pessoas com deficiência (PcD) nas empresas. Essas pessoas, antes de tudo, são seres humanos portadores de direitos como quaisquer outras, presentes nas cidades, nos bairros, na vizinhança, nas organizações e que desejam o mesmo que muitos outros: viver com dignidade, respeito e, sobretudo, liberdade.

De antemão, enxergo na loucura ao menos dois caminhos que se afastam da noção de doença. O primeiro enquanto linha de fuga e intensidade que possibilita se distanciar de territórios já pertencentes aos diferentes agenciamentos maquínicos e suas máquinas abstratas. Em termos de agenciamento, refiro-me aos agenciamentos da “normalidade”, que servem para a manutenção do neoliberalismo e do capitalismo desenfreado, nos quais se faz necessário controlar a sociedade, as pessoas, capturá-las em múltiplos agenciamentos, transformá-las em corpos cancerosos¹⁸ capazes de produzir e consumir cada vez mais.

Os corpos sem órgãos constituem o caos primitivo e são também “o improdutivo, o estéril, o inengendrado, o inconsumível [...] no entanto é produzido em seu lugar próprio, a seu tempo, na sua síntese conectiva, com a identidade do produzir e do produto” (DELEUZE; GUATTARI, 2010, p. 20). Como se relaciona com o processo de produção e o próprio produto é amorfo, não tem forma, pode facilmente ser afetado por diferentes agenciamentos. Apesar de não ter forma, o corpo sem órgãos se expressa, por exemplo, nas artimanhas do capitalismo. Erich Fromm (1961, p. 89) não fala do corpo sem órgãos, mas denuncia tipos de corpos dóceis interessantes ao capitalismo

¹⁸ Os corpos cancerosos são os corpos sem órgãos que tiveram seus estratos capturados pelo desejo nos modelos totalitários e fascistas (DELEUZE; GUATTARI, 2012).

O capitalismo moderno necessita de homens que cooperem sem atrito e em amplo número; que queiram consumir cada vez mais; e cujos gostos sejam padronizados e possam ser facilmente influenciados e previstos. Necessita de homens que se sintam livres e independentes, não submissos a qualquer autoridade, ou princípio, ou consciência – e, contudo desejos de ser mandados, de fazer o que se espera deles, de adequar-se sem força, dirigidos sem líderes, impulsionados sem alvos – exceto o de produzir bem, estar em movimento, funcionar, ir adiante.

O modelo padrão denunciado por Fromm está relacionado a uma produção de subjetividade industrial, fabricada para manter sistemas tradicionais que chegam a partir da linguagem e da família, em relação direta com grandes máquinas de controle social e instâncias psíquicas que buscam definir nossa percepção do mundo. É neste sentido que Guattari e Rolnik (2013) vão optar por utilizar processos de subjetivação ao invés de subjetividade, a fim de diferenciar o que seria a construção do bom operário e a invenção de subjetividades delirantes no combate à subjetividade capitalística a fim de fazê-la desmoronar.

Esses processos de subjetivação estão presentes “quando se considera as diversas maneiras pelas quais os indivíduos ou as coletividades se constituem como sujeitos” escapando de saberes-poderes dominantes (DELEUZE, 2013, p. 221). Os processos de singularização dos sujeitos se dão a partir da formação dinâmica de territórios existenciais, ampliando a vida para fora dos limites de uma subjetividade homogeneizante e de ordem capitalística, fugindo assim dos dois extremos formados pela relação entre alienação e opressão (GUATTARI, 2016).

O segundo caminho está relacionado ao sujeito em sofrimento psíquico, que surge como possibilidade de existência do “ser rizomorfo” em uma dupla articulação no território-loucura¹⁹: ora como forma, ora como expressão. A loucura vista como diferença de visão de mundo, como um sonho desatinado em vigília – a loucura já foi considerada como sonho delirante em pessoas acordadas (FOUCAULT, 2012) – sobre um “erro” no julgamento sobre o que “todos” sabem, enquanto confronto a uma razão estabelecida, que não pretende responder como agenciar o louco, mas que procura enxergar rizomas, traçar mapas; um trabalho que deseja perceber caminhos traçados no território-loucura.

¹⁹ No capítulo 4 deste trabalho apresento em detalhes o que chamei de território-loucura.

Relato ainda o que considero uma preocupação, também uma frustração pessoal, que assumo como limitação deste trabalho: o de não expandir o território que busco pesquisar a “terras” mais longínquas como o “lugar” daqueles que estão mais afastados de mim. Frustração esta que justifico (a mim mesma principalmente) com a ênfase no foco de interesse do campo de conhecimento em que me insiro. Em outras palavras, as escolhas que faço ao delimitar o território, e, conseqüentemente, seus habitantes na pesquisa, reproduzo, em grau diferente, a segregação que desejaria não existir. Entendo isto como ônus por escolher a ciência em detrimento da militância, mas também como um engendramento entre as duas coisas, a possibilidade de fazer da ciência minha militância e transformar uma luta em conhecimento sobre o que me proponho. O preço que pago por converter em linha dura meu trabalho não impede que eu transite entre os planos de organização e de imanência, construindo novos platôs.

Vejo que no platô a possibilidade de construir com este devir-tese ainda não estão as mulheres loucas mais pobres, ou aqueles que, desterritorializados socialmente, se viram nômades como as pessoas em situação de rua, ou aqueles que vivem (ou sobrevivem) entre as drogas, o álcool e a loucura – ainda que eles figurem, de forma superficial, nos relatos de meus dias na coordenadoria de saúde mental de Cachoeiro de Itapemirim/ES. Proponho este trabalho como um ritornelo²⁰, um pequeno ritornelo dentro de outros ritornelos, que pode compor uma nova melodia, contribuir para que se conte outra história sobre a loucura. Que este devir-tese, junto com outras histórias, tenha força para instituir novas dúvidas em terrenos endurecidos por certezas que, a cada nova história, mostra sua fraqueza, expõe que não são territórios consolidados, pelo contrário, que são igualmente movediços. Uma nova configuração possível que expõe a fragilidade de sua antecessora. Então o que busco é contribuir para o debate trazendo à tona outras histórias de “louco”.

Meu maior desafio neste trabalho foi romper (primeiro dentro de mim) o binarismo, quebrar os modelos e transformar-me em outra coisa, não criar regras e, simultaneamente, manter meus posicionamentos políticos e éticos ativados.

²⁰ Os ritornelos são sempre territoriais, sendo possível saltar de um ritornelo a outro dentro do rizoma, enquanto o território é um ato que afeta meios e ritmos (DELEUZE; GUATTARI, 2012).

(DES)CONSTRUINDO DISCURSOS SOBRE A LOUCURA

Uma sociedade insana é aquela que cria hostilidade mútua e desconfiança, que transforma o homem em instrumento de uso e exploração para outros, que o priva do sentimento de si mesmo, salvo na medida em que se submete a outros ou se converte em um autômato (FROMM, 1984, p. 24-25).

O discurso conduz a formulações de fora para dentro, advindas do corpo social na direção do corpo do indivíduo. Atua como representação do pensamento, porque, ao afirmar que algo “é”, produz verdades significantes e significações relacionadas em profunda conjunção. A ênfase do discurso reside no que se mostra e no que se esconde. Verdades produzidas por saberes reconhecidos e legitimados que estão presentes nas relações de poder de determinada sociedade. A Ciência, em seu saber-poder (FOUCAULT, 1979), encontra sua legitimação enquanto saber constituído e autorizado a “falar” do e pelo outro.

O que a ciência fornece é um tipo de verdade, um recorte aceito e legitimado em certos grupos sociais, em discursos que se entrecruzam. Movimentos infinitos que formam domínios de saber formadores de enunciados.

Nisso [a linguagem] é diferente de todos os signos que podem ser conformes, fiéis, ajustados ou não ao que eles designam, mas que jamais são verdadeiros ou falsos. A linguagem é toda ela discurso, em virtude desse singular poder de uma palavra que passa por sobre o sistema dos signos em direção ao ser daquilo que é significado (FOUCAULT, 1981, p. 111).

Um sistema de signos codificados, signos estes que, segundo Deleuze (2006), objetos de um saber atemporal, reproduzidos continuamente até atingirem a sobrecodificação na produção do real; “só existe uma produção, que é a do real” (DELEUZE; GUATTARI, 2010, p. 50). Se a produção é de um real, a cristalização de verdades ditas absolutas decorre não somente de relações históricas que se estabelecem entre os enunciados, mas também dos múltiplos embates entre os modos de existência e as práticas de si (FOUCAULT, 1981).

Mas há ainda o desejo de se reconhecer no outro para conseguir lidar com o corpo social. Deleuze e Guattari (2011b, p. 13), no platô “postulados da linguística”, contestam toda a formação discursiva produzida, pois acreditam que a narrativa não consiste “em comunicar o que se viu, mas em transmitir o que se ouviu, o que o outro disse”, com o objetivo de criar o que denominaram “coletivos de enunciação”. Estes coletivos têm por função produzir axiomáticas na formação de verdades legitimadas por saberes instituídos, em significações dominantes de agenciamentos coletivos de enunciação.

A natureza desse tipo de agenciamento “comporta dois segmentos: um de conteúdo, o outro de expressão” (DELEUZE; GUATTARI, 2011b, p. 31). Instaurados na interferência das relações entre atos e enunciações, estes agenciamentos estão na relação e interferência das coisas sobre outras coisas, em transformações incorpóreas sob um regime de signos e de enunciações que converte “o conteúdo, em expressão; o processo social em sistema significante” (DELEUZE; GUATTARI, 2011b, p. 33). Assim,

A linguagem nunca é o único fluxo de expressão; e um fluxo de expressão nunca está sozinho, mas sempre em relação com fluxos de conteúdo determinados pelo regime de signos. Quando se considera a linguagem sozinha, não se faz uma verdadeira abstração, fica-se privado, ao contrário, das condições que tornam possível a assinalação de uma máquina abstrata (DELEUZE; PARNET, 1998 p. 134)

Deleuze e Guattari (2010), bastante afetados pelos acontecimentos do movimento Maio de 1968 na França, constatam que aquilo que não passava de um devir que se tornou real: o homem-máquina se materializa, seu corpo dócil pode ser manipulado a serviço do capitalismo, pois se transformara em seu subproduto. Compreendem ainda o que diz Espinosa, segundo o qual “os afetos são devires: ora eles nos enfraquecem, quando diminuem nossa potência de agir e decompõem nossas relações (tristezas), ora nos tornam mais fortes, quando aumentam nossa potência e nos fazem entrar em um indivíduo mais vasto ou superior (alegria)” (DELEUZE; PARNET, 1998, p. 73-74). E tomam todo o *socius* como máquinas, máquinas desejanças, que tal qual outras máquinas (inorgânicas), são constituídas de fluxos que são cortados a partir do acoplamento com outras máquinas e outros fluxos. Conforme afirmam Deleuze e Guattari (2010, p. 11), há “tão somente máquinas em toda parte, e sem metáfora: máquinas de máquinas, com seus acoplamentos, suas conexões”.

Cada máquina funciona de acordo com seu próprio fluxo em regimes diferentes umas das outras. O desejo²¹ é o produto final, mas não acabado, dessas máquinas. Digo não acabado, pois a produção de desejo é ela própria um eterno devir em desejos que produzem ainda mais desejos, nos quais produto e produtor, sujeito e objeto, se misturam e se confundem.

O desejo é um exílio, o desejo é um deserto que atravessa o corpo sem órgãos, e nos faz passar de uma das suas faces à outra. Ele nunca é um exílio individual, ele nunca é um deserto pessoal, mas um exílio e um deserto coletivos. É muito evidente que a sorte da revolução está unicamente ligada ao interesse das massas exploradas e dominadas. Mas o problema está na natureza desse liame: como liame causal determinado ou como ligação de um outro tipo. Trata-se de saber como se realiza um potencial revolucionário em sua própria relação com as massas exploradas ou com os “elos mais frágeis” de um dado sistema. Aquelas ou estes agirão em seu devido lugar, na ordem das causas e das metas que promovem um novo *socius* ou, ao contrário, serão o lugar e o agente de uma irrupção súbita e inesperada, irrupção de desejo que rompe com as causas e as metas e que leva o *socius* a voltar-se sobre sua outra face? (DELEUZE; GUATTARI, 2010, p. 500).

Em virtude das inúmeras possibilidades de acoplamento, ainda que sejam máquinas de máquinas, emerge o desejo de organizar aquilo que se assemelha ao caos. As palavras são de ordem, buscam significação dominante nas comunicações estabelecendo uma “relação entre o enunciado e o ato interior, imanente, mas não existe identidade. A relação é, antes, de *redundância*. A palavra de ordem é, em si mesma, redundância do ato e do enunciado” (DELEUZE; GUATTARI, 2011b, p. 17, *grifo do autor*).

Fuganti (1990, p. 34) explica que esta redundância seria espécie de herança, predominante nas culturas ocidentais, pois “Platão gostaria de ver tanto todos os seres como todos os atos deles limitados e disciplinados sob a regência dos modelos correspondentes”. Platão condenava ainda o que considerava diferença pura

²¹ Deleuze e Guattari (1994, p. 3) falam juntos em agenciamentos do desejo “de minha parte, diria que o desejo circula nesse agenciamento de heterogêneos, nessa espécie de “simbiose”: o desejo une-se a um agenciamento determinado; há um co-funcionamento”. Para eles, estes agenciamentos nada têm de natural ou espontâneo e, ainda, comportam diferentes dispositivos de poder em variados componentes de agenciamentos nos quais se pode “descobrir nos agenciamentos de desejo os estados de coisas e as enunciações”. O desejo é o princípio imanente da produção que “faz correr, flui e corta [...] todo objeto supõe a continuidade de um fluxo, e todo fluxo supõe a fragmentação do objeto” (DELEUZE; GUATTARI, 2010, p. 16).

Se a diferença pura é maldita, é porque, além de negar tanto o modelo como a cópia, produz um efeito simulado de semelhança, isto é, uma semelhança exterior construída sob a ilusão das distâncias entre o simulador e o observador, capaz de parecer sem ser, capaz de enganar. Eis a fonte do erro e do falso. Eis todo o mal que ameaça o trono da verdade e a ordem cósmica e humana (FUGANTI, 1990, p. 34).

A ordem cósmica à qual Fuganti (1990) se refere é a imanência, a potência dos devires. A transcendência em Platão gera um ciclo de pura repetição, em um sistema hierarquizado, que opera como despontecializador de devires ao “sobrecodificar os agenciamentos para submeter os desejos a cadeias significantes, os enunciados a instâncias subjetivas, que os acordam com exigências de uma ordem estabelecida” (DELEUZE; PARNET, 1998, p. 72). Um movimento no qual “não existe enunciação individual, nem mesmo sujeito de enunciação” (DELEUZE; GUATTARI, 2011b, p. 18), em seu lugar, o que há são agenciamentos coletivos que devem “dar conta do caráter social” (DELEUZE; GUATTARI, 2011b, p. 19).

O que predomina são os elementos presentes em um dado contexto e o desejo de identificá-los. Não há tampouco relação direta de causa e efeito, ao contrário, o que se estabelece é um jogo de diferenças entre certo e errado que tem, discursivamente, grande peso social (FOUCAULT, 1981). Tensionamentos que operam em sucessivos agenciamentos coletivos de enunciação. Ou seja, um “agenciamento, objeto por excelência do romance, tem dois lados: é agenciamento coletivo de enunciação, é agenciamento maquínico de desejo” (DELEUZE; GUATTARI, 2014, p. 147). “Não há agenciamento maquínico que não seja agenciamento social de desejo; não há agenciamento social de desejo que não seja agenciamento coletivo de enunciação” (DELEUZE; GUATTARI, 2014, p. 149).

A ideia de agenciamento é fundamental para compreender a singularidade dos diferentes dispositivos (DELEUZE; GUATTARI, 2011b). Foucault (1990, p. 244) apresenta o dispositivo como:

um conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas. Em suma, o dito e o não dito são os elementos do dispositivo. O dispositivo é a rede que se pode estabelecer entre esses elementos.

Uma rede contingencial que consegue se readaptar de acordo com a função dominante ou estratégica. Deleuze (1990, p. 155) passa a utilizar a noção de dispositivo como:

uma espécie de novelo ou meada, um conjunto multilinear. É composto por linhas de natureza diferente e essas linhas do dispositivo não abarcam nem delimitam sistemas homogêneos por sua própria conta (o objeto, o sujeito, a linguagem), mas seguem direções diferentes, formam processos sempre em desequilíbrio, e essas linhas tanto se aproximam como se afastam uma das outras.

Máquinas “de fazer ver e de fazer falar” (DELEUZE, 1990, p. 155), os dispositivos operam como ferramentas que têm por função promover agenciamentos. A compreensão sobre a doença mental passa por agenciamentos em discursos sobre a loucura e demonstra não haver consenso nem mesmo entre as ciências que fizeram dela seu objeto. O mesmo acontece com formas de tratamento e cuidados, já que algumas correntes de pensamento nem mesmo a reconhecem como doença. Ainda que não se negue que pessoas em sofrimento psíquico são sujeitos de direitos, a prática sugere contradições importantes no cotidiano da loucura, como procuro apresentar a seguir.

Ditos sobre a loucura

Éramos adestrados e condicionados a agir de modo a conservar a ordem social na qual estávamos inseridos. Era-nos delegado o exercício da violência e a incorporar no doente a nossa conduta. O paciente vinha à clínica universitária, espécie de antessala do manicômio, incorporava a punição implícita no diagnóstico, era usado como objeto de estudo e depois mandado de volta ao manicômio onde estava sendo destruído.

Franco Basaglia

O relato de Basaglia (1961) reforça a noção do corpo dócil, manipulável pelo médico psiquiatra na prática de seu saber. Foucault (2012) evidencia a produção de saberes – médicos, sociais, governamentais, psicológicos – sobre a loucura em seu sentido “verdadeiro” e devidamente outorgado, legitimado por estas “autoridades”. Foucault (1975, p. 14) explica o ordenamento feito pela patologia mental

dá-se o mesmo privilégio a noção de totalidade psicológica; a doença seria alteração intrínseca da personalidade, desorganização interna de suas estruturas, desvio progressivo de seu desenvolvimento: só teria realidade e sentido no interior de uma personalidade estruturada. Neste sentido tentou-se definir as doenças mentais, segundo a amplitude das perturbações da personalidade, e daí chegou-se a distribuir as perturbações psíquicas em duas grandes categorias: as neuroses e as psicoses.

Nesse contexto, penso os discursos sobre a loucura enquanto “palavras de ordem” firmemente criticadas por Deleuze e Guattari (2011, p. 17) “não uma categoria particular de enunciados explícitos [...], mas a relação de qualquer palavra ou qualquer enunciado com pressupostos implícitos, ou seja, com atos de fala que se realizam no enunciado, e que podem se realizar apenas neles”.

Enunciados que muitas vezes carregam em si o medo do diferente, impossibilitando outro significado para além daquele muito bem conhecido, supostamente naturalizado e “devidamente” estigmatizado, carregado de preconceitos que impedem de ver no desconhecido sua lógica particular, outra lógica que só se pode acessar a partir da própria loucura. A condição “factual” que a Medicina, o Direito e as práticas sociais impuseram à loucura é intrinsicamente desqualificante, aviltante, o que faz dos “loucos” pessoas automaticamente desacreditadas somente por serem quem são. Motivos estes que justificam a necessidade de serem conduzidos, tratados, acalmados, para que possam retornar ao convívio social, dito “normal”.

Esses discursos que se apresentam como palavras legitimadas, com significados bem estabelecidos e socialmente compreendidos, de modo que não importa o que o sujeito “louco” possa fazer ou dizer para mudar esse entendimento coletivo, são palavras de ordem, produção de verdades que o “tornam” incapaz de falar sobre e por si mesmo. Palavras que em 1920 justificaram a inauguração uma nova categoria jurídica apresentada por Karl Binding (jurista) e Alfred Hocke (médico), ao categorizar as pessoas em transtorno mental como indivíduos “incuravelmente perdidos” e “suas vidas sem valor”; vidas que poderiam ser aniquiladas sem prejuízos morais e sociais (AGAMBEM, 2007, p. 145).

Atualmente é certo pensar que categorizações como essa são absurdas de se pronunciar em voz alta, mas que se escondem no silêncio do retrocesso de políticas públicas, instauradas no estado brasileiro a partir de 2016, com a reabertura de novos leitos psiquiátricos. Retrocessos

políticos que contradizem a própria lei de desinstitucionalização da loucura, instaurada no Brasil em 2001 – Lei 10.216/01²² (BRASIL, 2001). E neste sentido, recorro aos conceitos de Orlandi (2011) sobre o silêncio fundante enquanto condição de significação. Uma significação que, no caso da loucura, está diretamente ligada à totalidade de um real produzido por uma sociedade que deseja manter longe dos olhos aquilo que é feio e sujo. O silêncio é o que reinstaura e, em certa medida, impõe aquilo que desde o Século XIII a sociedade capitalista deseja esconder: a loucura dos despossuídos da razão (FOUCAULT, 2012).

Loucura essa que já foi vista ainda que de diferentes formas em cada época histórica, ora como inspiração divina nas artes, ora como castigo e sinal de impureza de um pecador. Foucault (1975, p. 87) afirma que “será preciso um dia tentar fazer um estudo da loucura como estrutura global – da loucura liberada e desalienada, restituída de certo modo a sua linguagem de origem” para que se possa ultrapassar compreensões de mundo repletas de verdades institucionalizadas e alteradas no espaço-tempo, em segmentos produzidos entre relações de poder assimétricas.

Esses segmentos são descritos por Foucault (2012) ao descrever o quadro histórico das representações da loucura entre os Séculos XIII e XIX, evidenciando de que maneira seu significado foi alterado ao longo do tempo. É no processo de institucionalização da loucura que emerge a figura do louco – e a produção do alienado, sujeitos que estão fora dos limites da razão – e transformada em instrumento de preocupação social. Uma mudança de perspectiva que legitima a segregação do indivíduo que passa a ser considerado um problema de ordem moral. “Nos meados do século XVII, brusca mudança; o mundo da loucura vai tornar-se o mundo da exclusão” (FOUCAULT, 1975, p. 78).

A produção de representações da loucura são elementos constituintes de construções que passam por saberes, práticas sociais, discursos e diferentes experiências em cada contexto histórico. No Século XIX surgem a Psiquiatria, a Psicologia e a Psicanálise que têm o louco

²² A Lei 10.216/01 promulgou a reforma sanitária no Brasil e o redirecionamento no tratamento assistencial em saúde mental e trata dos direitos da pessoa acometida por transtornos mentais. A partir da aprovação da lei iniciou-se o movimento de fechamento dos antigos manicômios, passando-se para modelos de tratamento comunitários.

como objeto de estudo, deslocando a loucura da categoria de “problema moral” para se tornar um “problema médico” (FOUCAULT, 2012). Entretanto,

neste mundo da moral que castiga, a loucura tornou-se um fato que concerne essencialmente a alma humana, sua culpa e liberdade; ela inscreve-se doravante na dimensão da interioridade; e por isso, pela primeira vez, no mundo ocidental, a loucura vai receber status, estrutura e significação psicológicos. Mas esta psicologização é apenas a consequência superficial de uma operação mais surda e situada num nível mais profundo — uma operação através da qual a loucura encontra-se inserida no sistema dos valores e das repressões morais. Ela está encerrada num sistema punitivo onde o louco, minorizado, encontra-se incontestavelmente aparentado com a criança, e onde a loucura, culpabilizada, acha-se originariamente ligada ao erro (FOUCAULT, 1975, p. 80).

Foucault (1975) chega à conclusão de que, no contexto histórico da humanidade, o mundo exterior está em constante conflito com o mundo interior²³. Szasz (1974) fala da diferença entre a perda de alguma funcionalidade do cérebro, ou seja, um problema físico que pode provocar, como consequência, desvios e inadequações sociais, dor e sofrimento ao indivíduo. Outra questão é o uso do termo “normalidade”, que remete ao oposto da loucura, mas que em si não apresenta consenso no que pode ser considerado normal, ou anormal. O que comumente é considerado “normal” está mais relacionado com padrões de comportamento socialmente aceitos e “comuns” para uma vida em sociedade. Frayze (1984, p. 19) trata como engano, tanto uma visão organicista que se preocupa com o funcionamento fisiológico do corpo, quanto a abordagem psicofuncional que busca uma “harmonia natural das relações entre as funções psíquicas”, isto porque “é tão difícil definir a saúde ou esse estado normal da matéria orgânica cuja alteração objetiva gera a loucura como determinar *a priori* a personalidade ideal”.

Para Frayze (1984, p. 30), o peso social da “personalidade ideal” é refletido em um comportamento social esquizofrênico enquanto desejo de dar respostas esperadas por uma sociedade demente, associado ao modo de vida das sociedades quando os comportamentos conduzem o humano à

²³ Não é foco desta construção discursiva problematizar diferenças entre consciente e inconsciente, tampouco adentrar saberes concernentes ao campo da Psicologia ou da Psicanálise.

impessoalidade das relações humanas; a indiferença afetiva e o isolamento [...]; a vida sexual destituída de afetividade e reduzida ao coito; a fragmentação da coerência de nossa conduta cotidiana devida ao fato de pertencermos e atuarmos em diversos grupos que nos impõem papéis contraditórios; a invasão de nossa vida rotineira pelo ideal científico da objetividade, criador de um pseudo-racionalismo, pretensamente oposto ao nosso imaginário; a perda do sentimento de engajamento no mundo social, isto é, a presença do sentimento de sermos cada vez mais possuídos e manipulados por forças poderosas das quais dependemos e contra as quais nada podemos; a confrontação com uma violência tecnológica ilimitada e com a morte desritualizada, absurda, etc.

Szasz (1974, p. 39) explica que “o fato de o cérebro ser usado no comportamento humano não faz com que conflitos morais e pessoais sejam problemas da Medicina”, uma vez que a diferenciação entre normal e patológico baseia-se em observações empíricas e termina em julgamentos. De fato, Foucault (2012) demonstra como o comportamento humano se torna problema com a chegada do capitalismo, na figura daqueles que não “se encaixam” em modos de vida produtivos (entendem-se por produtivos modos de vida a serviço dos meios de produção capitalista). Adiante, exploro um pouco mais a relação pobreza-loucura-segregação.

Se os pensamentos podem ser diferentes, as visões de mundo e condutas sociais também o são, o que me faz concluir que deve ser algum grau de insensatez imaginar que o pensamento pode ser apenas uma repetição. Isto me fez pensar na noção de diferença em Deleuze (2018), que tende à multiplicidade, a diferença é o movimento, não em seu sentido negativo, uma vez que contrapõe a dialética, no intento de romper com o dualismo e a simplificação do binarismo causa e efeito. Ao criticar o pensamento filosófico clássico Deleuze (2018, p. 62) centra sua ideia na proposição do Ser Uno que tem sua essência na diferença, enquanto o fenômeno reporta-se a outra essência, de forma que “o Ser é o mesmo para todas estas modalidades, mas estas modalidades não são as mesmas”, ou seja, trata-se de uma diferença ontológica.

Negar a repetição significa dizer que a complexidade da vida não pode ser aprisionada em uma representação de um modelo do tipo árvore – estático, sendo o tronco sua estrutura central e a copa sua resultante – pois esta tende à multiplicidade de um rizoma – imagem retirada da Botânica que contempla inúmeras possibilidades de ligação, sendo sua principal característica não haver hierarquia entre os elementos que o compõe, permitindo que sua constituição possa ser constantemente modificada (DELEUZE; GUATTARI, 2011a).

O rizoma por sua vez contém dois tipos de funcionamento, um que opera no plano de organização, associado às linhas duras, aos estratos, aos segmentos, à reprodução e à homogeneidade; e outro que se realiza no plano da imanência, em que são possíveis os agenciamentos, as linhas de fuga, o intensivo, o corpo sem órgãos (afastado da funcionalidade), a criação e a diferença. A imagem do rizoma contempla então a multiplicidade, a exterioridade em inúmeras possibilidades de conexão, sendo sua principal característica não haver hierarquia entre os elementos que o compõe, uma vez que todas estão em linha umas em relação às outras (DELEUZE; GUATTARI, 2011a).

Colocar as três formas de pensamento e criação de conceitos em linha é o que permite que sua constituição seja constantemente modificada, a partir de diversos agenciamentos. Os afetamentos são as linhas flexíveis que transitam no “entre” (os planos da imanência-intensivo e da organização-extensivo), são condutoras das relações, dos encontros, das conexões com o não-eu (DELEUZE; GUATTARI, 2011a). Os autores enumeram ainda seis princípios aproximativos que caracterizam um rizoma: o primeiro e o segundo são os princípios de conexão e heterogeneidade – a conexão das linhas deve ser feita a partir das diferenças, podendo uma linha ser conectada a qualquer outra; a preocupação centrada em toda uma micropolítica do campo social.

O terceiro é o princípio da multiplicidade – “uma multiplicidade não tem sujeito nem objeto, mas somente determinações, grandezas, dimensões que não podem crescer sem que mude de natureza” (DELEUZE; GUATTARI, 2011a, p. 23). Esta natureza muda de acordo com as conexões possíveis de serem realizadas, configurando o quarto princípio, o da ruptura assignificante – “todo rizoma compreende linhas de segmentaridade segundo as quais ele é estratificado, territorializado, organizado, atribuído, etc. mas compreende também linhas pelas quais ele foge sem parar” (DELEUZE; GUATTARI, 2011a, p. 25). “O rizoma é uma antigenealogia” (DELEUZE; GUATTARI, 2011a, p. 28). É como dizer que o rizoma rompe com os significados das palavras, uma vez que não há um compromisso com o posto, mas sim com a multiplicidade, com as mais variadas possibilidades de conexões do pensamento e dos modos de existência.

O quinto e o sexto são o princípio da cartografia e da decalcomania – “um rizoma não pode ser justificado por nenhum modelo estrutural ou gerativo” (DELEUZE; GUATTARI, 2011a,

p. 29), ou seja, **cartografar é identificar as linhas que compõem o rizoma**. O decalque é a repetição, é a cristalização das linhas estruturantes (DELEUZE, 2018). Em outras palavras “se o mapa se opõe ao decalque é por estar inteiramente voltado para uma experimentação ancorada no real. **O mapa não reproduz um inconsciente fechado sobre ele mesmo, ele o constrói**” (DELEUZE; GUATTARI, 2011a, p. 30, *grifos nosso*). Nessa perspectiva, o mapa é movimento na medida em que está em constante mutação.

Penso se seria possível desenhar um mapa da “normalidade”, mas talvez a normalidade tenda ao decalque. Em outras palavras, quando ouço dizer que alguém é normal, creio não se estar dizendo senão que esta ou aquela pessoa se comporta socialmente de acordo com o esperado, isto é, que está seguindo as regras estabelecidas de comportamento. Friso a questão do comportamento, porque não há como afirmar que o pensamento segue os mesmos padrões de conduta social, ética e moral. Esse entendimento de normalidade me leva a considerar questões relacionadas a padrões de conduta social, sua importância enquanto elementos organizadores do tecido social.

Recorro a Szasz (1974), quando ele lança dúvidas a respeito da inobservância da conduta social e de que esta possa ser considerada como doença (mental). Foucault (1975, p. 8) também discute a inadequação social do ser ao dizer que “gostaríamos de mostrar que a raiz da patologia mental não deve ser procurada em uma “metapatologia” qualquer, mas numa certa relação, historicamente situada, entre o homem e o homem louco e o homem verdadeiro”. Essa relação corrobora a compreensão de uma realidade socialmente construída, a qual é possível se pensar em um constante processo de apropriação de conhecimento no qual os sujeitos vivem em uma realidade que se modifica ao longo do tempo, a partir de intervenções dos indivíduos no curso das trocas. Em outras palavras, na intersubjetividade.

É possível afirmar que o desenvolvimento de determinada ordem social se confunde com o regime de apropriação do conhecimento pela sociedade, o que torna o indivíduo principal elemento do processo de conhecimento individual e social. Esta apropriação, uma vez inserida no senso comum, simula modelos que são parte integrante de uma suposta “natureza humana”. Entretanto, o que parece ser creditado a certa “natureza humana” pode ser facilmente contestado quando a repetição de comportamentos e pensamentos, apoiada no Ser Uno, é contestada (DELEUZE, 2018).

Em mesmo sentido, Ronilk (2013, p. 33) propõe, ao invés de usar-se “natureza humana”, “a ideia de uma subjetividade de natureza industrial, maquínica, ou seja, essencialmente fabricada, modelada, recebida, consumida”. De fato, o que é chamado de natureza humana no senso comum, vira a subjetividade em circulação que é “essencialmente social, e assumida e vivida por indivíduos em suas existências particulares” (GUATTARI; RONILK, 2013, p. 42). Uma subjetividade produtora e reprodutora de signos sociais e de singularidades.

Uma maneira de compreender a subjetividade é enquanto espaço interior, uma experiência vivida individualmente, particular e intransferível, composta de vozes na mente, no corpo e nos sentimentos, produzida em contextos históricos, políticos e culturais. Ou ainda na ação decorrente de escolhas integradas a práticas e significados pessoais e culturais. O pensar, o sentir e o agir se integram em complexas redes que dão significados diversos aos objetos e aos acontecimentos, segundo a vontade e a interpretação do ser. Esse ser, ou sujeito “não é uma qualidade, mas a qualificação de uma coleção de ideias [...] por e como um movimento, movimento de desenvolver-se a si mesmo” (DELEUZE, 2001, p. 49).

A noção de subjetividade remete à ideia de mediação e de transcendência, isto é, o que faz do sujeito “sujeito” são suas capacidades de crer e inventar “o sujeito se ultrapassa, o sujeito se reflete” (DELEUZE, 2001, p. 76). Um sujeito que afirma mais do que sabe, que, porque crê, infere a partir de um dado, cria artifícios e invenções, abstrai, cria normas e regras gerais, criando também totalidades que não são dadas na natureza de modo que “a construção do dado cede lugar à constituição do sujeito” (DELEUZE, 2001, p. 78).

Devido a toda essa possibilidade de criação do ser, Deleuze e Guattari (2010, p. 45) não separam a produção social de realidade da “produção desejanse de fantasma”. Fantasmas estes resultantes do desejo enquanto falta – falta de tudo aquilo que o desejo não cessa em produzir – reproduzida nas práticas sociais e duplicadas em práticas mentais, “ou como se as práticas mentais se projetassem nos sistemas sociais, sem que nunca chegassem a penetrar umas nas outras” (DELEUZE; GUATTARI, 2010, p. 46).

A loucura, o devaneio, ou como preferem esses autores, o esquizo é a possibilidade e não a falta, o rompimento de um paralelo sem sentido de forças convergentes: de produção e de relações de produção. “Na verdade, a *produção social é unicamente a própria produção desejanse em condições determinadas*” (DELEUZE; GUATTARI, 2010, p. 46, *grifos dos*

autores). Como em uma dança coordenada em um par de projeções inseparáveis, que estão dentro e fora ao mesmo tempo, como que no reflexo de uma vida que acontece do e no movimento.

Uma história da loucura: do manicômio à desinstitucionalização

Quando se investiga a Medicina do século passado em seus textos teóricos, regulamentos e instituições se delineia, cada vez com mais clareza, um projeto de medicalização da sociedade (MACHADO, 1978, p. 18).

A loucura, segundo Foucault (1972), foi e é tratada de acordo com os costumes de cada povo, de diferentes culturas e de diferentes formas; sendo que o sofrimento mental sempre esteve presente na humanidade (PINTO; SILVA, 2001). A loucura na história já foi comparada à lepra por aspectos morais-religiosos, pois os leprosos deveriam ser segregados da sociedade a fim de não contaminarem outras pessoas. Com o passar dos anos, a lepra foi sendo substituída pelas doenças venéreas, como as IST's, que também foram objeto de estudos religioso-moral em seu contexto, pois os doentes se infiltravam nos hospitais demonstrando resistências em sair, o que fez surgir a necessidade da construção de casas específicas para seu tratamento.

Destaca-se, no entanto, a diferença entre a doença moral (doenças venéreas) e as doenças médicas (doenças gerais), onde há o tratamento medicamentoso. Conforme Pires et al (2013), pode-se dizer que a Psiquiatria surge como um anseio do mundo do século XVIII para a cura ou para a “medicalização” da loucura. Havia um requerimento de espaço para tratamento dos doentes – as “grandes casas” – o que se estruturou com a abrangência de um ramo médico que “solucionasse” o problema, a fim de que este não ficasse apenas no campo do desconhecimento, da ignorância ou da desrazão. O próprio termo “desrazão” foi por muitos anos considerado pela sociedade como a total falta de razão, isso porque não se considerava a patologia, mas sim, a falta de entendimento, em detrimento da ignorância e da falta de razão e virtude.

Segundo Pinto e Silva (2001), apesar de entendida como motivo de exclusão na Grécia antiga, a desrazão já foi considerada como algo não negativo, um privilégio, como se a própria loucura se relacionasse a algo divino ou delirante, pelo fato de as pessoas loucas conseguirem acessar “verdades divinas”. Porém, na antiguidade clássica, ela foi considerada algo ruim ou mal. A sociedade ocidental concebe e produz a visão do sofrimento psíquico como objeto de intervenção da ciência médica ou psicológica, recebendo rótulo de doença mental; tudo bem limitado à noção de adaptação ao mundo de que a pessoa não faz parte.

Assim, na Era Clássica, a loucura vai se distanciando do papel de ser portadora da “verdade” para se tornar o oposto disso, havendo uma relação entre o místico versus a razão (PINTO; SILVA, 2001). As pinturas e os registros de gravuras encaram a loucura em forma de tentação, de algo impossível e inumano. No século XV essas imagens são carregadas de fantasmas. No contexto histórico anterior ao século XVIII, a loucura não era algo “internado” na sociedade e não era vista de forma sistematizada (PIRES et al., 2013). Isso porque a loucura foi enraizada como se fosse um erro ou uma ilusão, não sendo designada, portanto, como uma patologia. Daí surgiram os hospícios, que abrangiam pessoas tidas como loucas, além de ladrões e vagabundos; já que tudo aquilo que representasse uma ameaça à sociedade e à ordem era incluído dentro desses locais.

No contexto da Revolução Francesa, a criação de asilos²⁴ foi concebida com a finalidade de excluir aqueles considerados alienados do convívio social. O asilo psiquiátrico torna-se, então, mandatário para todos aqueles considerados loucos, delirantes, alucinados ou despossuídos da razão. O asilo era ainda o lugar da cura, onde se deveria alcançar a razão, responsável por libertar o sujeito de sua condição de alienado. O manicômio “transformou-se no maior e mais violento espaço da exclusão, de sonegação e mortificação das subjetividades” (AMARANTE, 1995, p. 491). Esses espaços, ao invés de tratar, compreender e favorecer o indivíduo, promoviam a exclusão e a mortificação do “eu” (GOFFMAN, 1996).

Eram as práticas de internamento e isolamento que caracterizavam o hospital psiquiátrico, material e simbolicamente, como o espaço no qual a loucura podia ser revelada, sendo tratada

²⁴ No passado os asilos foram concebidos como lugares que abrigavam todo o tipo de gente que não “merecia” viver em sociedade, com o objetivo de limpar das ruas os desvalidos. Atualmente o conceito de asilo está ligado às instituições que constituem a modalidade mais antiga e universal de atenção aos idosos. A palavra asilo do grego *ásylos*, do latim *asylu*, pode ser entendida como casa de assistência social na qual são abrigadas pessoas pobres e desamparadas, crianças abandonadas, mendigos, velhos e órfãos.

até que se transformasse o “perturbado” em “normal” (FOUCAULT, 1992). O caráter total da instituição pressupõe que o indivíduo passe por transformações que alterem sua existência de forma permanente, tanto do ponto de vista pessoal, quanto no de seu papel social. Era um lugar onde os indivíduos compartilhavam situações semelhantes de isolamento da sociedade, levando “uma vida fechada e formalmente administrada” (GOFFMAN, 1996, p. 11).

Os processos de mudança na conduta do sujeito se iniciam logo em sua chegada, em ações que buscam suprimir a cultura – o seu ‘eu’ e as concepções de si mesmo – advinda da formação familiar e civil, que em dado momento se tornou incompatível à manutenção de sua vida em sociedade (GOFFMAN, 1996). Os procedimentos impostos nas instituições totais servem de controle de atitudes, hábitos, comportamentos e discursos. Práticas que podem ser entendidas como exercício de poder sobre o corpo, ora como forma de reprimir o indesejado, ora como exclusão ou censura (FOUCAULT, 1992).

Espaços nos quais se busca a formalização do comportamento, semelhante às estratégias de adestramento, com o propósito de disciplinar o sujeito (FOUCAULT, 2014). A disciplina organizadora da instituição cria assim espaços complexos, funcionais e hierárquicos, com objetivo de garantir a obediência do indivíduo. O corpo torna-se objeto que pode ser normatizado, dominado pelas normas de disciplina das instituições (FOUCAULT, 2012).

Nas instituições psiquiátricas, essa ação sobre as pessoas é legitimada e aceita socialmente, seja pela tentativa de não lidar com o “louco”, seja como uma alternativa de negar a exposição – e, por que não dizer, o convívio – do sujeito considerado privado da razão. Práticas que buscavam transformar as queixas e reclamações dos “internos” em sintomas da “doença”, fazendo do isolamento e do controle dispositivos compulsórios e parte necessária do tratamento da loucura (GOFFMAN, 1996).

Nessas instituições, os serviços são orientados em torno de esforços para conter e controlar as pessoas, ao invés de se concentrar em aspectos mais amplos de cuidado. O resultado disso é a pouca mudança em termos de bem-estar geral do indivíduo (RANDALL; MUNRO, 2010). Diante da própria necessidade de reorganização de uma vida em isolamento, o interno tende a recorrer a “diferentes táticas de adaptação em diferentes fases de sua carreira moral, e pode alterar entre diferentes táticas ao mesmo tempo” (GOFFMAN, 1996, p. 59).

O indivíduo louco, desterritorializado do “mundo da razão”, busca encontrar novas formas de vida para além daquela concebida para ele, mas esbarra em outros saberes produtores de verdades sobre a loucura. Foucault (1975, p. 85) inverte a lógica do senso comum ao afirmar que “nunca a psicologia poderá dizer a verdade sobre a loucura, já que é esta que detém a verdade da psicologia”. Szasz (1974, p. 58), por sua vez, questiona a concepção médica ao declarar que a Psiquiatria lida com a comunicação e não com a doença mental, enquanto a Neurologia com partes do corpo humano e suas funcionalidades, em diferentes ramos da Medicina.

Em suma, tanto a Psicologia como a Medicina partem de saberes parciais que buscam instituir procedimentos de tratamentos universais para uma organização social dependente da normalização de subjetivações hegemônicas. Contudo, são as subjetivações heterogêneas, por seu caráter instável, formadas na intersubjetividade em interrelações coletivas e polifônicas, que oferecem múltiplos ângulos para se olhar o mesmo território, os atravessamentos em uma abordagem ético-estético-política.

O imbricamento dessa abordagem pode ser visto em Didi-Huberman (2015, p. 29), ao examinar os registros fotográficos produzidos por Charcot em seus estudos

o saber psiquiátrico do século XIX deve ser interrogado muito além de suas afirmações, designações e descobertas, porque ele é também como a prodigiosa difração de seu próprio discurso em condutas amiúde contraditórias; organiza-se de acordo com clivagens incompatibilidades, transgressões desconhecidas pela bela alma.

Ao citar a “bela alma”, Didi-Huberman (2015) faz referência à estética das fotos que consagraram o psiquiatra e neurologista francês Jean-Martin Charcot – professor de Freud e grande influência em seus estudos sobre a Psicologia. As mulheres fotografadas e estudadas

por Charcot em Salpêtrière²⁵ não tinham mais a “bela alma”, estavam marcadas moral e fisicamente, signos e significantes da “doença” que as acometia: a histeria²⁶.

Com o advento da psiquiatria no contexto do século XVIII, a loucura, antes considerada como desrazão, vai aos poucos perdendo espaço na sociedade, chegando então a ser considerada e vivenciada como uma alienação, que se entende por uma série de fatores pré-estabelecidos que só reforçavam a loucura. É nesse sentido que surge a psiquiatria.

No final do século XVIII, os hospícios tinham como uma de suas funções isolar o doente mental, a fim de que os médicos pudessem tratar a “loucura” daquelas pessoas. Conforme Pires et al (2013), os hospícios segregavam as pessoas a fim de classificá-las e trazer um diagnóstico e, por consequência, o médico era tido como o detentor do saber, ou seja, aquele que tinha o poder para tratar, saber a verdade sobre a doença e fazer o indivíduo acreditar que ele era doente; reproduzindo o modelo psiquiátrico, para que assim outros profissionais e outros grupos sociais mantivessem esse poderio, a fim de institucionalizar a doença.

Segundo Pinel, considerado o “Pai da Psiquiatria”, foi nesse período que o Hospital Psiquiátrico deixou de ser um representante da instituição filantrópica e social, para se tornar uma instituição médica, domada pela Medicina. Pinel coloca a Medicina como uma das principais aliadas na institucionalização da loucura, e a Psiquiatria como sua a solução. A Medicina alimenta o contexto de uma ciência positivista.

Assim, no século XIX o médico se torna cientista social, integrando seu saber à lógica, à estatística, à geografia, à demografia, à história e ao planejamento urbano; transforma-se em “máquina de curar” e cria o hospício para o enclausuramento disciplinar do louco (MACHADO, 1978, p. 155).

²⁵ Um território projetado para deter pobres, mendigos, desocupados e marginais para que não perturbasse a ordem na cidade de Paris. Serviu também de prisão para prostitutas doentes mentais, criminosos, epiléticos e outros desvalidos. Após a Revolução Francesa, tornou-se asilo e hospital psiquiátrico para mulheres (DIDI-HUBERMAN, 2015).

²⁶ Ao final do Século XIX, o hospital Salpêtrière se tornou um “inferno” feminino, abrigando cerca de quatro mil mulheres consideradas loucas ou incuráveis. A histeria foi inventada – “um evento dos significantes” – como forma de expressão de mulheres loucas, que se davam ao desejo e ao “espetáculo da dor” como imagem (DIDI-HUBERMAN, 2015, p. 21). Segundo o compêndio de psiquiatria (2017) a histeria é um termo era usado para se referir a um conjunto de transtornos psiquiátricos que, atualmente, passaram a ser chamados de transtornos de somatização, desordem de conversão, transtorno dissociativo e personalidade múltipla, normalmente manifestados em situações de ansiedade extrema, na qual a pessoa tem dificuldade para controlar suas emoções.

Com os avanços da Medicina e o desenvolvimento de diferentes correntes da Psicanálise no século XX, começam também movimentos que questionam determinados saberes médicos, colocando em dúvida seus métodos de tratamento e supostas curas. Em decorrência disso, as políticas e noções de tratamento em saúde mental mudam rapidamente. Entretanto, o mesmo não acontece com as práticas reais, abrindo espaço para uma autorregulação das práticas e proliferação de alternativas de tratamento (FELTON; SHINN, 1981).

Denúncias – feitas por parentes, médicos e trabalhadores da área – sobre as práticas realizadas em instituições psiquiátricas levam ao surgimento de movimentos antipsiquiatria e antimanicomial (AMARANTE, 1995). O primeiro questiona se a Psiquiatria seria capaz de reintegrar a pessoa à sociedade ou se estaria apenas justificando a ação confinatória do sujeito, colocando dúvidas sobre as metodologias de tratamento utilizadas (FOUCAULT, 1992). Para o movimento, a origem do sofrimento psíquico seria social, responsabilizando a sociedade pela construção da loucura. Seu objetivo é desenvolver uma prática manicomial humanizada, que respeite o ser humano (BASIGLIA, 1985).

A luta antimanicomial, por sua vez, ligada a movimentos de Direitos Humanos, busca o resgate da cidadania e dignidade do sujeito, seu objetivo principal é a denúncia de tratamentos abusivos e desumanos dados aos internados (LIMA; HOLANDA, 2010). Somente a partir da década de 1970 a desinstitucionalização dos hospitais psiquiátricos ganha força em vários países, vista como resultado do ativismo social promovido por esses movimentos (AVIRAM, 1981; DAIN, 1989; FELTON; SHINN, 1981; NILES, 2013; SALISBURY; KILLASPY; KING, 2016). No Brasil, a reforma psiquiátrica teve início na década de 1980, inicialmente, sem muitas mudanças nos tratamentos dos doentes, sendo, ainda, um assunto controverso entre os participantes e tema de debates acirrados até os dias de hoje.

As lutas antipsiquiatria e antimanicomial ganham força principalmente com a atuação de Franco Basaglia nos hospitais psiquiátricos de Gorizia e Trieste, no norte da Itália,²⁷ ao chegar à conclusão de que o objetivo destes lugares não era de tratamento das pessoas, mas de violência, exclusão e segregação, saindo de um campo específico para agir nas contradições

²⁷ Cito em especial este trabalho que serviu de modelo para a reforma psiquiátrica no Brasil, após a visita de Basaglia ao hospital Colônia de Barbacena/MG em 1979.

sociais (BASAGLIA, 1985). Basaglia muda o tipo de lógica instituída tornando seu objetivo maior a desconstrução do modelo psiquiátrico e buscando o sentido da emancipação do “louco”, para quem a liberdade é terapêutica.

Mas foi somente após a Segunda Guerra Mundial que o cenário de uma reforma psiquiátrica contemporânea tomou grande espaço, pontuando críticas, questionamentos e reflexões quanto à instituição asilar dos hospitais psiquiátricos. Outrora se tinha apenas uma forma de fazer Psiquiatria, o que abrangia apenas o tratamento da doença, porém, com o passar dos anos e com as novas experiências logo após a Segunda Guerra Mundial, constatou-se que também poderiam se abrir ideias para uma promoção de saúde mental, em vez de apenas o tratamento da doença.

Num primeiro momento, o modelo de atenção em saúde mental considerava manter o manicômio, ou seja, precisava-se de uma instituição de “cura” que recebesse “os loucos”, porém com uma reforma interna da organização psiquiátrica (ESLABÃO et al., 2017). Já num segundo período, há uma abrangência na promoção de saúde mental e da Psiquiatria ao espaço público, ao espaço social, promovendo também a prevenção. Um dos grandes avanços para que houvesse uma reforma psiquiátrica foi a psicoterapia institucional, movimento este fortemente traçado pelas teorias introduzidas na análise institucional de Guattari (1930) e Deleuze (1925), que observaram a precariedade dos serviços, dos asilos, da estrutura, das funções atribuídas, assim como a falta de ética e de liberdade humana dos pacientes (SERAPIONI, 2018).

A psicoterapia institucional trouxe uma reformulação, questionando as próprias instituições, que precisam ser curadas e tratadas; já que o problema não se encontra no doente, na pessoa que está lá, mas sim, na própria instituição. Assim, no século XX estabeleceram-se diversos acontecimentos que antecederam fenômenos sociais e históricos e que culminaram em mudanças e transformações na cultura, na política e, sobretudo, na sociedade. A partir da Reforma Sanitária, surgiram também movimentos que denunciavam as calamidades advindas dos maus-tratos e do desrespeito no cuidado a pacientes psiquiátricos, alicerçando movimentos de grupos sociais que mais tarde repercutiriam o advento da reforma psiquiátrica.

Houve movimentos da Psiquiatria comunitária nos EUA e as reformas asilares representadas pela Psiquiatria Institucional e pelas comunidades terapêuticas. Nesse período ocorre o anseio

da Psiquiatria tradicional pelas terapêuticas à saúde mental, partindo do tratamento individual para a prevenção e a promoção deste à comunidade, ou seja, as intervenções saem de um parâmetro assistencialista para ações de caráter coletivo e preventivo. Essas duas reformas dizem respeito à reforma do modelo psiquiátrico, fazendo retornar ao objetivo que se “desviara”. De acordo com Serapioni (2018), surge em meados do século XX as experiências de Franco Basaglia com a conhecida “Psiquiatria Basagliana”, na qual surge uma ruptura desta nova experiência com os movimentos iniciados anteriormente, colocando em “cheque” muitas questões que dizem respeito à manutenção do predomínio da atuação do médico e da própria instituição.

Essa antipsiquiatria tira o cerne “predominantemente científico” relacionado à própria Psiquiatria e a seus manejos “redutores da complexidade”. Basaglia institui um novo movimento, de caráter político, por associar os direitos dos pacientes e a busca por suas cidadanias. No paradigma psiquiátrico clássico, a loucura é vista como doença, seus métodos são o tratamento da doença e o assistencialismo; no contexto social há o distanciamento social para produção de saber e discursos sobre a loucura. Por consequência, a loucura é tida como mero objeto na sociedade, visto que a prática psiquiátrica produz o lócus manicomial, que promove a exclusão dos pacientes psiquiátricos como justificativa das diferenças.

O movimento instaurado por Franco Basaglia é continuado na medida em que surge outro movimento social a partir deste, conhecido como o movimento da “Psiquiatria Democrática Italiana”. Estes são alguns dos pontos da Reforma Psiquiátrica por Franco Basaglia: a existência da necessidade da análise histórico-crítica na sociedade ao enxergar o sofrimento e a diferença; a urgência de revisão das relações médicas e suas práticas; e a transfiguração da política que abrange o movimento social em detrimento do capitalismo. Em 1960, com o trabalho de humanização por Franco Basaglia, estabelece-se no Manicômio Gorizia, na Itália, a criação de estratégias do modelo das comunidades terapêuticas de Mawell Jones na Inglaterra, usado como dispositivo institucional para romper barreiras da gestão psiquiátrica e das contradições sociais e políticas para fora da instituição (AMARANTE, 1995).

Com essa experiência, faz-se a crítica ao modelo das comunidades terapêuticas, pois, ainda havia elementos constituintes do mecanismo psiquiátrico. Nessa gestão comunitária humanizada, os manicômios são, portanto, um apetrecho superficial da real estrutura necessária para uma reforma que dispunha de movimentos sociais e de críticas à psiquiatria

tradicional. O grande problema das instituições psiquiátricas está relacionado ao método de tratamento, ao modo de se enxergar o diferente e a diferença, havendo uma impossibilidade, por meio das instituições psiquiátricas de se tratar as diferenças existentes e de lidar com o diferente (SERAPIONI, 2018).

A antipsiquiatria culminou com a ruptura desse contexto psiquiátrico em que o saber maior estava voltado ao saber médico-jurídico e em que a diferença era o mesmo que a necessidade de exclusão, usada como uma justificativa social para a segregação de grupos de pessoas com transtornos mentais. Foi nesse contexto que, segundo Paulo Amarante (1995), surgiu uma nova psiquiatria. Ela traz um dispositivo da saúde mental, enquanto o modelo tradicional da psiquiatria trazia consigo os dispositivos de alienação, ou seja, havia uma linha social por parte do modelo psiquiátrico tradicional que gerava a alienação na sociedade. O modelo do dispositivo da nova psiquiatria vem com fundamentos da antipsiquiatria e causa toda uma desinstitucionalização; faz com que o aparecimento da saúde mental tome um aprofundamento dos seus estudos no campo do saber relacionado diretamente com a vivência do “louco” no mundo (ALMEIDA, 2019).

A loucura no Brasil

No Brasil colônia, conforme presente em um regimento de 1521, a estrutura médica trazida pelos portugueses se instaura a partir do físico-mor e do cirurgião-mor, concedendo à Fisicatura o poder de julgamento dos corpos, no sentido de organizar a sociedade. Integrada à esfera do poder real, a Medicina adquire um caráter político. Assim, a prática médica se torna objeto de regulamentação e inspeção, o que sustenta dispositivos jurídicos no atributo das formalidades legais. Com o passar do tempo, a Medicina amplia ainda mais o seu caráter doutrinário do comportamento humano, tendo a fiscalização como “forma privilegiada de articular a atividade médica ao poder soberano” (MACHADO, 1978, p. 27).

A Fisicatura logo se transforma em Medicina Social, tendo como objetivo a higiene pública, limpeza das ruas, retirando tudo o que é considerado responsável por doenças, assim como a realização do controle social da população em nome de uma certa organização urbana. Aumentar a saúde da população é considerado condição para se atingir o tão esperado “desenvolvimento”. Entretanto, a assistência aos enfermos era feita pelas instituições de caridade e Santas Casas, na presença do capelão (MACHADO, 1978).

Durante os séculos XVII e XVIII o aspecto assistencial é o que melhor caracteriza a atividade hospitalar ligada a instituições privadas ou eclesiásticas²⁸, que sobreviviam de esmolas, doações e dízimos pagos pelo Rei. O poder médico ainda era o de julgamento entre certo e errado. Nesse contexto, inicia-se no Brasil um projeto de reorganização urbana que tem por estratégia o controle do comportamento das pessoas nas áreas públicas, que visa conter o comportamento selvagem e atesta a noção de cidade como objeto social. Este novo ordenamento social exige uma “limpeza das ruas” a fim de deixá-las livres dos indesejados sociais – pobres, mendigos, doentes, prostitutas, vagabundos etc. – e assim evitar o descontrole e a desordem (MACHADO, 1978).

No mundo, o modelo manicomial instaurado tem raízes europeias; o que, por sua vez, também influenciou o Brasil a adotar um modelo historicamente caracterizado pela desumanização, segregação e alienação, ocupando, por muitos anos, espaço nos hospitais psiquiátricos e asilos. Isso se fundamentou na ideia de que pessoas, por apresentarem distúrbios e psicopatologias, eram “portadoras” dos transtornos mentais. Exemplos de violências, maus-tratos e quebra de direitos alimentaram o modelo de manicômios e hospícios ao longo de muitos anos (ALMEIDA, 2019).

O Hospital de Pedro II, no Rio de Janeiro, foi a primeira conquista da Psiquiatria no Brasil, fundado em 18 de julho de 1841, pelo decreto n. 82, era destinado especificamente ao tratamento de pessoas com problemas mentais. A justificativa para a construção do hospício e isolamento do dito “louco” era a de que a “loucura se trata não com liberdade, nem com repressão, mas com disciplina” (MACHADO, 1978, p. 379).

Em 1926, é criada a Liga Brasileira de Higiene Mental – importante testemunho do pensamento psiquiátrico brasileiro. Finalmente, em 1934, o Decreto 24.559 promulgava a segunda Lei Federal de Assistências aos Doentes Mentais [...] determinando o hospital psiquiátrico como única alternativa de tratamento. (RAMMINGER, 2002, p. 114).

²⁸ “Se é dever da misericórdia assistir aos enfermos, principalmente os pobres, é porque neles se manifesta mais claramente a fragilidade da condição humana, decorrente do pecado e o pecado - corrupção e podridão de costumes - a principal causa da própria peste, castigo divino que desencadeia perniciosos fluxos de forças cósmicas e telúricas” (MACHADO, 1978, p. 100). A loucura enquanto castigo de Deus também deixava mais longe o humano acometido por ela, sendo a cura nestes casos um sinal de redenção, de purificação e perdão divino (FOUCAULT, 2012)

Em 1903 o decreto n. 1.579 cria na cidade de Barbacena/MG o Hospital de Assistência aos Alienados, que, por sua área de oito alqueires, aproximadamente 40 mil m², composto de mata virgem, árvores frutíferas e pedreiras, ficou conhecido como hospital colônia (KYRILLOS; DUNKER, 2017). A partir da década de 1930 a instituição passa a receber cada vez mais pessoas, transformando-se em um dos maiores hospícios do país, mas foi no período da Ditadura Militar que os critérios médicos para os internamentos se tornaram menos importantes, conforme reportagem veiculada no jornal *Tribuna de Minas*, de Juiz de Fora (ARBEX, 2011).

A rotina de maus tratos e horrores praticados no Hospital Colônia foi contada a primeira vez na revista *O Cruzeiro*, vista pelas lentes do fotógrafo Luiz Alfredo e descrita pelas palavras do repórter José Franco com o título “*A sucursal do inferno*”. Em 1979, Hiram Firmino, repórter e a também fotógrafa Jane Faria, publicavam uma reportagem intitulada “*Os porões da loucura*”, no *Estado de Minas*. Helvécio Ratton em 1979 filmou o documentário “*Em nome da razão*” que, posteriormente, viria a se tornar o símbolo da luta antimanicomial (ARBEX, 2011).

A partir da década de 1980/1990 pode ser observada uma maior estruturação de um novo olhar pela saúde mental, no mundo e principalmente no Brasil. Assim, somente há cerca de 30/40 anos o Brasil vivencia o processo conhecido hoje, da luta pela liberdade em cuidado (VARGAS, 2017; CAMPOS, 2019); designado assim pela proposta de uma atenção em saúde mental que se insere na prática da humanização, na ressignificação do cuidado e na liberdade que fora extirpada dos indivíduos que, por muitos anos, foram excluídos e segregados da sociedade (BONGIOVANNI; SILVA, 2019). Foi necessária uma ruptura com o modelo hegemônico, a fim de romper barreiras com a precarização no cuidado ao paciente; com a violação de direitos e, acima de tudo, com a institucionalização da loucura (BONGIOVANNI; SILVA, 2019).

Em 1989, inicia-se a proposta de lei do deputado Paulo Delgado, que pretendia a extinção dos manicômios e a criação de serviços substitutivos, bem como a proibição da criação de novos hospitais psiquiátricos e novos convênios com clínicas particulares em todo território nacional (VARGAS; CAMPOS, 2017).

Inicia-se assim o processo da reforma psiquiátrica, que propõe uma reestruturação das políticas e práticas de assistência aos doentes, recomendando diferentes formas de cuidado no âmbito familiar, social e cultural (LIMA; HOLANDA, 2010). A Política Nacional de Saúde Mental, apoiada na lei 10.216/02, busca consolidar um modelo de atenção aberto e de base comunitária, que garanta às pessoas com transtornos mentais a livre circulação pelos serviços, comunidade e cidade (BRASIL, 2001). O cumprimento à lei pressupõe uma reestruturação das políticas e práticas de assistência aos doentes, recomendando diferentes formas de cuidado no âmbito familiar, social e cultural (LIMA; HOLANDA, 2010).

São criados os Centros de Assistência Psicossocial (CAPs) e o Serviço de Residência Terapêutica (SRT), Residências Terapêuticas (RT), ou simplesmente “moradias”. Os CAPs atuam em sistemas de hospital-dia, no qual o paciente recebe medicação, assistência médica e pratica diferentes atividades vinculadas à terapia ocupacional, retornando a sua casa ao final do dia. As RTs são casas nos espaços urbanos que buscam substituir a antiga forma asilar de isolamento, possibilitando a reinserção social do sujeito em tratamento. Esses espaços abrigam de seis a oito pessoas, geralmente egressos de longas hospitalizações e sem vínculos familiares (RIBEIRO NETO; AVELLAR; BONOMO, 2016).

Entretanto, em certas regiões do país, o conceito de desinstitucionalização foi substituído pela ação de desospitalização do indivíduo, “sem a necessária construção de uma nova rede de serviços e cuidados” (AMARANTE, 1995, p. 493). A desinstitucionalização é um conceito que amplia a ação de retirada da pessoa do hospital, uma vez que passa a oferecer possibilidades concretas para sociabilidades das subjetividades do indivíduo que precisa de tratamento, “um processo ético, de reconhecimento de uma prática que introduz novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos” (AMARANTE, 1995, p. 494).

Fora dos hospitais, uma ampla gama de instalações de tratamento de base comunitária também precisa ser desenvolvida, incluindo equipes multidisciplinares, serviços domiciliares e apoio de assistência social (AMARANTE, 1995). Contudo, muitas entidades interessadas em tratamentos mais humanitários para as pessoas em sofrimento psíquico questionam o verdadeiro objetivo por trás dessas ações. A dúvida está centrada na desconfiança (e percepção) de que o interesse primário do Estado estaria na redução dos custos de tratamento no sistema asilar, enquanto o interesse declarado é a reintegração do paciente na vida em sociedade (FENTRON; SHINN, 1981; NILES, 2013).

Outro ponto de dúvida são os crescentes ganhos financeiros das indústrias farmacêuticas que administram drogas psiquiátricas de poder altamente controlador (NILES, 2013). Para Foucault (1992, p. 125), a desinstitucionalização trata apenas de “uma retirada para fora do espaço do asilo a fim de apagar os efeitos paradoxais do saber-poder psiquiátrico”, transferindo-o para outro espaço, igualmente produtor de verdades, adequado à manutenção das relações de poder estabelecidas na prática psiquiátrica. Questões que envolvem somas cada vez maiores de capital que merecem ser discutidas e não relativizadas, o que pretendo explorar mais ao longo desta tese.

Outro participante importante no contexto da loucura é a própria sociedade. A iniciativa de reinserção da pessoa com transtorno mental na sociedade promulgada na lei 10.216/01 altera as práticas de tratamento e acolhimento nas instituições, sejam elas asilares ou temporárias. Entretanto, ainda falta muito para que se mude a cultura de exclusão do louco há séculos institucionalizada e que desde 2016 vem sofrendo sucessivos retrocessos, desmontes e impasses no âmbito das internações compulsórias, com retorno de práticas não condizentes com tratamentos humanizados e políticas que visam à privatização da saúde (PEREIRA; AMARANTE, 2018).

Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)

Com o advento da Reforma Sanitária em 1970 houve, por meio do apoio das classes profissionais e da sociedade, um movimento que clamava por transformações políticas e institucionais na área da saúde e de todo o contexto em prol de acesso, igualdade e participação social à saúde, o que posteriormente designaria os primeiros capítulos do SUS (ESLABÃO et al, 2017).

A partir da década de 1970, o modelo da Previdência Social entra em crise, apontando uma necessidade de reformulação. Com o fim do conhecido “milagre econômico”, surgem questionamentos relacionados a questões políticas, econômicas e sociais por diversos setores da sociedade civil, inclusive denunciando as precárias assistências quanto aos pacientes em sofrimento mental, por parte de trabalhadores da saúde mental, das famílias dos “doentes” e/ou de toda classe relacionada a essa categoria.

Conferências nacionais de saúde mental aconteceram, e, a partir destas conferências, houve a viabilização para alcançar os objetivos da reforma psiquiátrica brasileira atual e a posição por um serviço substitutivo ao modelo hospitalar nesses marcos (BONGIOVANNI; SILVA, 2019). A luta antimanicomial surge com a reivindicação, principalmente, da defesa dos direitos humanos e do resgate da Cidadania dos pacientes em sofrimento mental. Difundido a partir da Itália, nasce o movimento da reforma psiquiátrica no Brasil. Os objetivos eram os de denunciar manicômios e sua violência; propor a construção de uma rede de serviços com características de estratégias territoriais e comunitárias, solidários, inclusivos e libertários, tudo isso no final dos anos 1970 (PIRES et al., 2013).

Alguns acontecimentos impulsionaram a reforma psiquiátrica, como as intervenções de fechamento da Clínica Anchieta em São Paulo e a revisão legislativa da proposta de Paulo Delgado no Projeto de Lei 3.157 de 1989/1990, por exemplo. Além disso, o Brasil segue a declaração de Caracas, declaração esta que propõe a reestruturação da assistência psiquiátrica. Em 2001, foi aprovada a Lei Federal 10.216 que dispõe sobre a Lei da Saúde Mental por meio da lei do 10.216/2001 (VARGAS; CAMPOS, 2017).

Cria-se então a política de saúde mental, que visa garantir o cuidado ao paciente em serviços hospitalares psiquiátricos superando o raciocínio das longas internações, em prol do convívio diário na sociedade e no território. Essa política promove a redução de leitos psiquiátricos de longa permanência, fazendo com que as internações se deem no âmbito dos hospitais gerais, sendo de curta duração segundo visa a própria Constituição. Cria-se também uma rede de dispositivos diferenciada, que permite a atenção ao portador de sofrimento mental no seu território; além da desinstitucionalização de pacientes de longa permanência em hospitais psiquiátricos por meio de ações de reabilitação psicossocial, cultural e laboral, pois a população que sofre de transtornos mentais além de ser excluída da sociedade, enfrenta o drama da segregação não apenas física, mas também a barreira dos velhos paradigmas, a barreira ideológica.

Com o avançar dos estudos, entende-se que as pessoas com transtornos mentais severos e persistentes quando inseridas em redes de trocas e de suporte, apresentam resultados maiores no tratamento, além da possibilidade do uso da rede de atenção psicossocial por parte da Lei federal 8.080/1990 e 8.142/90, fundada na ideia de um sistema baseado no atendimento e no sistema comunitário (PIRES et al., 2013).

Os principais elementos da Reforma Sanitária destacam-se pela mudança dos modelos de atenção e gestão na prática de saúde; pela defesa da saúde coletiva; pela equidade, pela oferta de serviços e pela participação dos usuários. Há a luta pelos direitos dos pacientes psiquiátricos no Brasil, neste período. Com esse movimento que se dá a denúncia da violência dos manicômios e da “Mercantilização da loucura”, a crítica ao saber psiquiátrico como um modelo hospitalocêntrico. Em 1986 foi inaugurado o primeiro CAPS no Brasil, em 1987 aconteceu em São Paulo o 2º Congresso Nacional do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental, que abordava o seguinte tema: “Por uma sociedade sem manicômios”. Em 1987, houve a primeira Conferência de Saúde Mental no Rio de Janeiro e, em 1989, a Secretaria Municipal de Saúde de Santos deu início à intervenção no Hospital Psiquiátrico, local conhecido pelos maus-tratos e pelas mortes de pacientes; houve, por isso, uma repercussão nacional, demonstrando a necessidade de uma rede que substituísse o modelo do hospital psiquiátrico.

Em 1992, os movimentos sociais inspirados pelo projeto de lei de Paulo Delgado, conseguem aprovar em vários estados as primeiras leis que determinam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental. Ainda na década de 1990, é realizada a 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental, surgem as primeiras normas federais, baseando-se na implementação do serviço de atenção diária e nas experiências dos primeiros CAPS e hospitais-dia, além das primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos (PIRES et al., 2013). Entretanto, os avanços nos tratamentos e a inserção de dispositivos de inclusão da pessoa em sofrimento psíquico não alteraram de maneira significativa as formas como a sociedade enxergam o “louco”, persistindo diferentes formas de preconceito e discriminação.

Preconceito, discriminação e subjetividades

A ordenação social de reprodução de parâmetros fortemente arraigados em preconceitos presentes na sociedade estabelece uma relação tênue entre luz e sombra. (CARRIERI, 2018).²⁹

²⁹ CARRIERI, A. P. Frase pronunciada durante uma aula proferida na UFMG, durante o segundo semestre de 2018, em uma turma de pós-graduação do curso de Administração.

O isolamento social acaba sendo um remédio amargo experimentado por uma parcela significativa da população mundial. É no cruzamento de preconceitos e discriminações que se evidenciam divisões e classificações de mundo que justificam e, em certa medida, legitimam a exclusão. Para Rodrigues (2007), questões que envolvem diferenças culturais constituem ações discriminatórias inscritas na ordem da razão e das paixões, envolvendo igualmente crenças e preconceitos, bem como o “medo pelo diferente”. Desse modo, quanto mais convencido da verdade, mais difícil se torna aceitar opiniões e argumentos diferentes, pois “a discriminação, ou a escolha de um caminho em detrimento de outros, é levada ao extremo, a um ponto de não retorno e ali certamente encontramos o sectarismo, o dogmatismo, a prepotência, entre outras atitudes e sentimentos de intolerância” (RODRIGUES, 2007, p. 56).

Apesar do tão falado comportamento “politicamente correto”, Oliveira (2011) demonstra como a presença de discursos aparentemente neutros inibem, mas não impedem a verbalização e propagação do preconceito. Muitas vezes colocado de forma velada, o preconceito é claramente percebido e sentido em práticas discriminatórias em forma de piadas, brincadeiras, que por não parecerem sérias, supostamente não deveriam ser condenadas – Irigaray, Saraiva e Carrieri (2010) investigam a relação entre o humor e a discriminação nas organizações. Situações tão corriqueiras que são facilmente reproduzidas e propagadas com velocidade espantosa, reafirmando que estar fora de certo “padrão” socialmente aceitável faz da pessoa um alvo passível de generalizações, que, supostamente, justificam e legitimam práticas de segregação das diferenças.

Geraldes e Rogero (2011) discutem sobre a hierarquização cultural no processo de socialização escolar, com o propósito de dominação social, ou seja, a cultura transformada em mercadoria, pronta para ser consumida. Ou seja, desde muito jovens somos “adestrados” para sermos “iguais”, civilizados, bem-educados, aseados, comportados e conformados (FOUCAULT, 2014). O saber popular de “mente sã e corpo são” esconde certo padrão esperado no qual as pessoas devem procurar se encaixar desde tenra idade.

A classe social é outro ponto crítico que consolida a (des)qualificação do sujeito, pois evoca uma hierarquia moral, permeada por acordos e consensos sociais que articulam solidariedade ou preconceitos profundos e invisíveis, distanciando os indivíduos da percepção de uma igualdade na vida social cotidiana. Foucault (2012) explica que os asilos foram construídos para acomodar os chamados “vagabundos”, uma vez que a ociosidade era vista como fator

desestabilizador da ordem social; era preciso dar trabalho aos desocupados, ainda que fosse em tarefas consideradas inúteis. “O trabalho nas casas de internamento assume assim uma significação ética: dado que a preguiça tornou-se a forma absoluta da revolta, obrigaram-se os ociosos ao trabalho, no lazer indefinido de um labor sem utilidade nem proveito” (FOUCAULT, 2012, p. 72).

Outra questão importante ligada ao preconceito e à discriminação³⁰ é a inclusão de pessoas com deficiência (PcD) no mercado de trabalho como investigam Souza et al (2017), que apontam a invisibilidade deste público na sociedade e uma crença distorcida em relação às suas capacidades. Para as autoras, o processo de inclusão social nas empresas apresenta não apenas o cumprimento daquilo que é estipulado em lei, mas também traz uma série de benefícios em relação aos âmbitos sociais de imagem, clima organizacional e aumento de produtividade. Entretanto, a inclusão de PcD no trabalho pode ser dificultada em função de barreiras culturais e do preconceito, o que é ainda considerado um forte impeditivo da inclusão efetiva, faltando, sobretudo, o reconhecimento das capacidades dos PcDs.

Fatores de discriminação como esses impossibilitam a sensação de igualdade, suscitam ainda condições de inadequação do sujeito, empurrando-o para a uma vida marginal, muitas vezes relacionada à questão de subalternidade. Uma subalternidade que está em jogo nas relações de poder, ligadas a uma posição relativa na sociedade, na qual o indivíduo que se sente marginalizado se vê marcado, silenciado e limitado por opressões que o expurgam, que o desterritorializam. Nesse ponto, a subjetividade se encontra inscrita não apenas na pluralidade de identidades, mas também imersa em práticas sociais descontínuas e sucessivamente reformuladas, sustentando uma verdadeira “política da diferença”. Portanto, desconsidera-se que as maiores dificuldades sofridas por pessoas com algum tipo de deficiência (física, mental ou intelectual) estão relacionadas com a forma com que a sociedade lida com as limitações de cada indivíduo (SEGALLA; SILVEIRA, 2008).

O processo de construção de preconceitos e comportamentos discriminatórios pode ser compreendido a partir da inserção do indivíduo na vida social. Nesta inserção, o corpo do indivíduo é que opera como mediador na relação entre um corpo físico e um corpo social,

³⁰ A discriminação está relacionada a qualquer tipo de exclusão, preferência ou restrição baseada em marcadores de diferença tais como: cor da pele, descendência ou origem, classe social, gênero, sexualidade ou religião; que anulam ou prejudicam as liberdades fundamentais dos sujeitos ou reconhecimento dos direitos humanos.

inserindo sujeitos em determinados grupos, culturas e, por incompatibilidade de pontos de interesse, excluindo-os de outros. Corpos, moda, comportamento, condutas sociais se tornam camuflagem que exacerbam desigualdades sociais por aproximação estética, no ponto de encontro entre o indivíduo e o social. Padrões que excluem o diferente, deixam à margem os que não se encaixam.

Não obstante, a produção de subjetividades está ligada a dimensões individuais, coletivas e institucionais, não havendo relações hierárquicas obrigatórias, ou, fixadas definitivamente entre elas. A “subjetividade, de fato, é plural, *polifônica* [...] e ela não conhece nenhuma instância dominante de determinação que guie as outras instâncias segundo uma causalidade unívoca” (GUATTARI, 2012, p. 11, *grifo do autor*). Ao falar de seu trabalho em La Borde, Guattari (2012) enfatiza que o caráter transsubjetivo de experiências precoces com crianças, nas quais não era observada a desassociação do sentimento de si do sentimento do outro. O preconceito e a discriminação estariam então próximos a algo como “um acúmulo, de uma bola de neve de microfascismos” (GUATTARI, 2016, p. 19).

Falar em diferenças é pensar na própria existência humana, acreditando que esta é qualidade *sine qua non* do humano. Enquanto a diferença experimenta, a repetição controla a experiência definindo-a. Há algo de novo na repetição, nem mesmo um hábito é capaz de produzir uma verdadeira repetição, tudo é diferença, tornando-se repetição apenas quando se transforma em conceito (DELEUZE, 2018). Isto é, a produção do sujeito é constantemente modificada por uma constituição de si e nas variações de encontros intensivos com o outro (com o diferente), sendo impossível o controle e o planejamento dos encontros entre os sujeitos e o mundo (DELEUZE, 2001). A diferença está no cerne do que se repete, sendo esta uma questão ontológica (DELEUZE, 2018).

Essa produção de diferenças me faz pensar na discriminação social, manifestada em diversas situações cotidianas, que pode ser tanto uma das formas de se lidar com as diferenças, mas também revela o quão incômodo é aceitar a existência do diferente. Penso como se fosse certa “obsessão” pela repetição como se ela fosse capaz de sucumbir às diferenças e criar uma sociedade de “iguais”. Recorro a Deleuze (2018, p. 18) para falar de repetição:

A repetição não é a generalidade [...] Se a troca é o critério da generalidade, o roubo e o dom são os critérios da repetição [...] Repetir é comportar-se, mas em relação a

algo único ou singular, algo que não tem semelhante ou equivalente [...] Pode-se sempre "representar" a repetição como uma semelhança extrema ou uma equivalência perfeita. Mas passar gradativamente de uma coisa a outra não impede que haja diferença de natureza entre as duas coisas.

Entendo que discutir a loucura no campo das diferenças humanas como uma forma de lançar dúvidas quanto a certa patologização da vida humana e de suas subjetividades³¹. Ronilk (2006) demonstra como a subjetividade está em uma superfície formada pela interação do espaço topológico com o relacional. Estes dois espaços seriam, respectivamente, o território habitado e as experimentações que se dão na interação entre humanos e não-humanos neste território; campos de força em dinâmica permanente. Experiências do “eu” (dentro) em associações e decifrações singulares, que são modificadas a partir de efeitos do mundo exterior (fora do “eu”), formando inúmeras maneiras de ver, sentir e estar no mundo.

Mansano (2009, p. 116) analisa algumas obras de Gilles Deleuze, Félix Guattari e Michel Foucault, para capturar as noções de sujeito, subjetividade e modos de subjetivação, suas implicações teóricas e filosóficas, chegando à constatação de que a utilização desses conceitos “seria inoperante se não fosse acompanhada também de uma ação política, ou seja, da preocupação de ir além da investigação sobre os modos de viver”. Aliás, minhas pesquisas remontam aos estoicos, passando por Espinosa, Nietzsche até chegar a Foucault, Deleuze e Guattari (FUGANTI, 1990), em comum o desejo de ultrapassar a repetição e decifrar um mundo de diferenças, que, no encontro destas diferenças, reconhece sua potência de viver.

Isso significa lutar para imprimir o produto das invenções subjetivas no cotidiano das relações sociais. E, para isso, cabe-nos a difícil tarefa de acolher a diferença como parte integrante da vida. Diferença a partir da qual o outro, em seus movimentos de diferenciação complexa e na sua dimensão mais viva, possa existir sem ser reduzido a um cumpridor de novas normas universalizadas. Isso implica conceber a subjetividade, os modos de subjetivação e o sujeito como construções que não se fecham em uma entidade apaziguada (MANSANO, 2009, p. 116).

Penso que o ser humano, em sua incessante busca por compreender o mundo que o cerca, elabora teorias, práticas e conhecimentos para tornar seu mundo familiar e inteligível para si e

³¹ Vejo a necessidade de aprofundamento em questões relacionadas à patologização e medicalização da vida, como estratégia de capitalista de biopoder e para aumentar os ganhos financeiros nas indústrias farmacêuticas (CAPONI *et al*, 2013; FREITAS; AMARANTE, 2017).

para seu grupo; faz isto organizando seus conhecimentos em conjuntos de ideias articuladas, acerca de uma dada realidade. Um sujeito que se coloca em constante troca, mudando sua realidade, seu ponto de vista e suas opiniões de acordo com seus interesses, suas crenças e sua vontade. Um ser social e singular que, a partir de suas interações sociais, constrói e reconstrói o mundo a sua volta, produzindo e reproduzindo significantes. Eis aqui o caráter político de assumir determinada corrente de pensamento e seus autores.

Descobrimos que é no artifício, e só nele, que as intensidades ganham e perdem sentido, produzindo-se mundos e desmanchando-se outros, tudo ao mesmo tempo. Movimentos de territorialização: intensidades se definindo através de certas matérias de expressão; nascimento de mundos. Movimentos de desterritorialização: territórios perdendo a força de encantamento; mundos que se acabam; partículas de afeto expatriadas, sem forma e sem rumo. São os movimentos de orientação e desorientação de nossas personagens. Vingar/gorar (ROLNIK, 1989, p.33).

São nos encontros de diferentes mundos que acontecem as territorializações e desterritorializações pelas quais o diferente e as diferenças se fazem presentes na produção de subjetividades que podem trabalhar tanto para o melhor quanto para o pior. O melhor no sentido da invenção de novos mundos de referência (reterritorializações possíveis) e o pior na manutenção de um mundo de segregação, discriminação e preconceito.

UMA PROPOSTA CARTOGRÁFICA

Um lugar no mapa é também um lugar na história.

Adrienne Rich

A cartografia permite uma construção coletiva de conhecimento que dialoga com as diferenças, potencialidades e subjetividades, intensificando a potência do “conhecer”. Enquanto abordagem teórico-epistemológica, a cartografia possibilita ao pesquisador captar os campos de efeitos provocados pelos diferentes agenciamentos atuantes nos processos de subjetivação do ser, sustentando a complexidade do real, sem o reduzir, uma vez que não ignora a complexidade da própria vida. Em outras palavras, não há dissociação entre objetividade e subjetividade, entre pesquisa e vida (ROMAGNOLI, 2009).

Reconhecer que não há separação entre mundos (acadêmico e pessoal) permite ao pesquisador acessar aquilo que deve ficar de fora de algo que se quer dizer científico. Dito de outro modo, reconhece a não neutralidade do pesquisador, mas, principalmente, do território pesquisado. Entendo que a cartografia possibilita a compreensão dos fenômenos sociais enquanto processos de subjetivação, convocando o pesquisador a deslocar seu interesse para as singularidades e circunstancialidades, ao invés de buscar totalidades em uma ciência que se reconhece como prática social imersa, historicamente situada e atravessada por relações políticas e sociais (a complexidade).

Escolhi fazer uma cartografia por compreender que esta se coloca a serviço da pesquisa na forma de um dispositivo com a função de resgatar outros tipos de saberes para além daqueles aceitos e reconhecidos cientificamente (hierarquicamente superiores). O caminho que procurei traçar parte da apropriação dos conceitos de Deleuze e Guattari (1992) sobre ciência, arte e filosofia, como três formas criadoras de pensamento³²; as artes criam percepções e sentimentos, exteriorizam fragmentos do real a partir das imagens dos conceitos; as ciências procuram criar funcionalidade para conceitos que existem no plano de organização da vida; e a filosofia que cria conceitos, faz nascer algo onde não existia, extraído do plano da

³² Para Leão (1990, n.p.) “pensar é ter a coragem de pôr em jogo, em todo relacionamento, o espaço de liberdade das próprias pressuposições e o advento da verdade nos propósitos de ação e compreensão”.

imanência. São estes saberes criadores do pensamento (artes, filosofia e ciência) se unem em teias de ligação entre os conceitos, formando rizomas (DELEUZE; GUATTARI, 1992). Para Guattari (2016, p. 18) “não existe um nível indiferenciado da subjetividade; a subjetividade está sempre às voltas com rizomas, fluxos, máquinas”. Neste sentido, a cartografia se transforma em um agenciamento capaz de produzir novas realidades conjugando, associando, neutralizando e remontando outros processos.

Deleuze e Guattari (1992, p. 10) afirmam que “a filosofia é a arte de formar, de inventar, de fabricar conceitos”. Entretanto,

não há conceito simples. Todo conceito tem componentes, e se define por eles. Tem portanto uma cifra. É uma multiplicidade, embora nem toda multiplicidade seja conceitual [...] é por isso que, de Platão a Bergson, encontramos a ideia de que o conceito é questão de articulação, corte e superposição. É um todo, porque totaliza seus componentes, mas um todo fragmentário (DELEUZE; GUATTARI, 1992, p. 27).

Associo o trabalho dos autores em sua obra a um “brincar” com as palavras escritas para então destituí-las de significantes. Os significantes são limitadores, pois têm como base outros significantes igualmente limitadores e questionáveis. É esta proliferação de significantes e significadores que considero o caráter mutante e, por isso, libertador dos conceitos. Pensar a diferença é premissa de vida para mim, conhecer a perspectiva da Filosofia da Diferença, paradigma ético-estético, cartografia ou quaisquer outros nomes que Deleuze e Guattari tenham utilizado para desenvolver suas ideias me deu a possibilidade de considerar deslocar a loucura de um caráter bom ou ruim, como mais uma perspectiva dos modos de ser³³.

O pensamento filosófico dos autores me deu oportunidade de expandir minhas próprias crenças, separar o que só existe no meu campo das ideias, transformando não apenas em matéria de pensamento, mas também como forma de expandir aquilo que posso captar, experienciar do mundo em que vivo. Desvendar-experienciar parte do “mundo da loucura” é deixar-me ser afetada pelos habitantes desse território.

³³ É esse o argumento de tese que defendo.

A *doxa* que cerca a loucura há séculos a trata como contrária à razão. Ainda que o imaginário coletivo a leve para o lado das paixões – Pelbart (1989) diferencia o saber clínico, que tem como objetivo tratar o louco, da valorização estética, que olha para a loucura de forma romantizada representada por artistas “loucos”. Fazer essa distinção possibilitou ao autor investigar a loucura cultuada na literatura e as práticas clínicas de tratamento do louco, ou seja, do ser, assentando sua reflexão entre loucura e desrazão, uma em sentido clínico, portanto limitado, e outra apontando para possibilidades criadoras (mas não menos dolorosas).

Nesta pesquisa, ater-me ao “entre” reside em estabelecer relações que possam gerar ainda mais dúvidas, desterritorializando minhas crenças, empurrando-me a um novo e desconhecido território. Uma noção de território que “emerge como um eterno fazer-se e desfazer-se, compondo um rizoma, uma rede de relações, que se autoproduz por agenciamentos com os mais variados elementos da realidade, aos quais se conecta e reconecta a todo instante” (ROMAGNOLI, 2014, p. 128), em puro movimento (HAESBAERT, 2012).

Haesbaert (2012) explica que o território tomado por Deleuze e Guattari é composto por uma sobreposição que se inicia com o território etnológico, passa pelo território psicológico para alcançar o território sociológico e atingir o território geográfico, formando o que, para os autores, é conceito fundamental da filosofia, o território da subjetivação que culmina em “pragmaticamente, toda uma série de comportamentos, de investimentos, nos tempos e espaços sociais, culturais, estéticos, cognitivos” (GUATTARI; ROLNIK, 1996, p. 323)

Pensando em termos deleuzianos, são os territórios formados a partir das relações, no sentido da troca, entre homem e natureza. Este território não é um pedaço de mundo em seu sentido material, tampouco um espaço próprio no consciente coletivo – parto da premissa que o consciente coletivo está baseado na cognição humana do reconhecimento da existência de um outro com diferenças e aproximações possíveis no plano da imanência que provocam efeitos no plano de organização. Em suma, trata-se de um território psicossocial, mas ainda territorial, um território “topológico-relacional” (ROLNIK, 2018, p. 49).

O que se faz não é procurar extrair a verdade do real no campo de pesquisa, mas evitar o reducionismo da complexidade da vida (DELEUZE; PARNET, 1998). Morin (1994, p. 176) chama a atenção para a complexidade da vida quando afirma que

por exemplo, se tentarmos pensar o fato de que somos seres simultaneamente físicos, biológicos, sociais, culturais, psíquicos e espirituais, é evidente que a complexidade reside no fato de se tentar conceber a articulação, a identidade e a diferença entre todos estes aspectos, enquanto o pensamento simplificador ou separa estes diferentes aspectos ou os unifica através de uma redução mutiladora.

Propõe assim a conjunção do “e”, explorada por Deleuze e Guattari (2010), para tratar a multiplicidade, a vida enquanto uma infinitude de “es”, ou seja, de conjunções. A multiplicidade relacionada às combinações e arranjos possíveis nos encontros, nos entres, nas relações. Os “es” lançam os olhares para o processo de ser no mundo, no qual tanto o ser quanto o mundo estão em constantes mudanças, os acontecimentos. A abordagem processual diz respeito às transformações operadas nas relações, nos agenciamentos de forças que atuam para produzir: produção, antiprodução e reprodução.

A cartografia então “é um desenho que acompanha e se faz ao mesmo tempo que os movimentos de transformação da paisagem”, propõe o regresso da experiência, um voltar à *práxis*, às artes de fazer, uma bricolagem (ROLNIK, 2006, p. 23). Apropria-se de técnicas amplamente utilizadas em pesquisas, mas a partir de algo maior que o poder da observação; superior ao que a linguagem é capaz de reproduzir. Sua recomendação é sentir utilizando os dispositivos: corpo para captar o sentido; sentimento ponderando e sendo ponderado pela racionalização; e pesquisa como instrumento de interpretação. Recomenda que o pesquisador se aventure por territórios desconhecidos, que desafie especialização e especialistas; que se permita ser afetado, e, neste afetamento experimente a reflexividade da e na pesquisa.

Enquanto pesquisadora enxergo uma força, uma potência de vida que consegue processar porque vê, ouve e sente, experimenta toda essa energia. Mas este campo de forças somente pode ser acessado a partir de uma ferramenta única: o corpo vibrátil.

o “corpo vibrátil”, no qual o contato com o outro, humano e não-humano, mobiliza afetos, tão cambiantes quanto a multiplicidade variável que constitui a alteridade. A constelação de tais afetos forma uma realidade sensível, corpórea, que, embora invisível, não é menos real do que a realidade visível e seus mapas. É o mundo compondo-se e recompondo-se singularmente na subjetividade de cada um. Muda o mundo, muda a consistência sensível da subjetividade, indissociavelmente: entre eu e o outro, desencadeiam-se devires não paralelos de cada um, num processo sem fim (ROLNIK, 2000, n.p.).

Usar o corpo vibrátil significa romper com o ciclo contínuo de leituras de mundo engendradas em representações supostamente completas, mas descoladas do mundo das experiências. A cartografia insufla um *bricolar* de temas na construção de um trabalho coletivo, compreende o consenso como respeito às diferenças, mas que, sobretudo, acredita na coexistência de diferenças localmente vizinhas. O corpo vibrátil se deixa captar por agenciamentos maiores que o comportamento e se abre para as afecções. Penso que o corpo de cartógrafo está relacionado com os princípios de conexão e heterogeneidade presentes nos agenciamentos coletivos de enunciação nos quais é possível “conectar cadeias semióticas, organizações de poder, ocorrências que remetem às artes, às ciências e às lutas sociais (DELEUZE; GUATTARI, 2011a, p. 23). O que se intenciona é conectar corpos em algo maior que a linguagem e seu regime de signos diferentes, mas sim em afetamentos que se dão em variados campos de forças constituídos por afecções e acontecimentos.

Nesse jogo, o corpo funciona como condutor destes afetos de modo que a “violência vivida no encontro entre um corpo e outros desestabiliza-o, colocando a exigência de invenção de algo que venha a dar sentido e corporificar essa marca: um novo corpo, outro modo de sentir, pensar, um objeto estético ou conceitual” (LIBERMAN; LIMA, 2015, p. 185). Um deslocamento que se faz presente com a utilização do “corpo de cartógrafo”, para o qual Liberman e Lima (2015) propõem cinco guias. A primeira guia, “O que pode um corpo?” remete à pergunta provocada por Espinosa e citada por Deleuze (2017, p 240) em sua obra *Espinosa e o problema da expressão*, respondida da seguinte forma: “A estrutura de um corpo é a composição da sua relação. O que pode um corpo é a natureza e os limites do seu poder de ser afetado”. O que para as autoras está relacionado aos

processos de subjetivação, trata-se do encontro com o outro em sua alteridade, e as perturbações provocadas por esse outro como presença viva em mim, a partir da permeabilidade, disponibilidade e da possibilidade de suportar as turbulências produzidas, de engendrar novos modos que pedem passagem, expressão e invenção (LIBERMAN; LIMA, 2015, p. 185).

A segunda guia, “o corpo como pulso”, parte da premissa que “todo o viver é um ato corporal. Os corpos se constroem e reconstroem refinadamente em cada experiência” (LIBERMAN; LIMA, 2015, p. 186), o que, para o cartógrafo, são as experiências trocadas no território de pesquisa, construídas a partir das interações entre os sujeitos. A possibilidade de afetamentos

faz superar quaisquer diferenças, ao contrário, o que interessa são as diferenças que estimulam o desejo de conhecer o outro.

A terceira guia, “afirmar a potência da materialidade dos corpos”, percebe que a “materialidade do corpo é cada vez mais necessário num mundo onde saberes hegemônicos, como a tecnociência, apresentam o corpo como um obstáculo a ser ultrapassado na busca de um ideal ascético, artificial, virtual, imortal” (LIBERMAN; LIMA, 2015, p. 186). Vejo um profundo imbricamento entre a terceira e a quarta guias, “colocar-se à espreita”, centrar a atenção nos afetamentos, ou seja, “colocar-se à espreita de acontecimentos que abram o corpo para que possamos exercitar a arte dos encontros; fazer como os animais sabem, relaciona-se à construção de um estado de presença” (LIBERMAN; LIMA, 2015, p. 187).

As autoras colocam como quinta guia “a invenção de práticas e dispositivos de produção de um corpo de cartógrafo”, dando abertura para a inventividade para que o corpo de cartógrafo, que não é dado, possa ser construído. Nesse sentido, certos cuidados se fazem necessários, pois

se a construção de um corpo de cartógrafo tem por limite um plano de intensidade, o limite oposto faz-se numa estratificação extrema, na qual qualquer experiência de diferenciação fica impedida, pois, mesmo se o corpo estiver em encontro permanente com o mundo, esse mesmo corpo em comportamento cotidiano pode agir e relacionar-se de forma a despotencializar ou impedir a receptividade àquilo que o atravessa (LIBERMAN; LIMA, 2015, p. 188).

Assim, construir este corpo de pesquisador em uma cartografia

implica um dobrar-se sobre si, e envolve a invenção de dispositivos que apontam para o cuidado de si: dobrar a linha. Se corpo e subjetividade são produzidos pelo poder, tomar para si os processos de subjetivação e de produção de corpos inscreve-se num movimento de resistência e luta contra os modos de assujeitamento. [...] Cada corpo é um mundo e inventa seus próprios dispositivos, práticas de si (LIBERMAN; LIMA, 2015, p. 190).

A complexidade dos fenômenos sociais exige uma quantidade maior de dispositivos articulados entre si. Tedesco, Sade e Caliman (2013) apresentam a entrevista como ferramenta que possibilita o acesso a um plano compartilhado no campo das experiências. Desse modo, é

na cartografia, ou melhor, no manejo cartográfico da entrevista que a flexibilidade de transformar uma “coleta” de dados, ou de informações (TEDESCO; SADE; CALIMAN, 2013), em uma conversa mais aberta se torna uma possibilidade na pesquisa. Acredito que é neste ponto que relações de proximidade são construídas, fazendo surgir a troca de uma escuta sensível e interessada. As palavras que são ditas não representam algo, são experiências vividas e sentidas pelos entrevistados, não há, portanto, “separação entre modos de dizer e o dito (expressão e conteúdo)” (TEDESCO; SADE; CALIMAN, 2013, p. 204), as falas carregam em si afetamentos próprios da experiência relatada.

A entrevista se torna acessória, não técnica fundamental, pois não se busca coletar dados, mas construir um campo plural, polifônico, no qual todas as vozes tenham a mesma importância, sem concorrência ou assimetria de poderes, o que se busca é o discurso indireto livre, formado na pluralidade de vozes. Nesta perspectiva, o campo não é dado, não está colocado para que se chegue e se “pince” aquilo que interessa, o que se deseja é habitar territórios desconhecidos constituídos de forma rizomática em uma realidade construída rizomaticamente (TEDESCO; SADE; CALIMAN, 2013).

Destaco a importância no formato das perguntas do normalmente utilizado “o que é?”, “por que?” para o “como?” e o “e então...”. Essa mudança permite sair da funcionalidade da entrevista nas pesquisas para o interesse no sujeito, centrado na escuta atenta de quem deseja saber mais, ouvir mais, trocar mais e não sair “correndo” após preencher as lacunas de um questionário. Penso que, na cartografia, o fundamental é o pesquisador assumir o papel de “estar na pesquisa” de corpo e alma.

Apresentando o território de pesquisa

O fato de milhões de criaturas compartilharem os mesmos vícios não os transforma em virtudes, o fato de elas praticarem os mesmos erros não os transforma em verdades, e o fato de milhões de criaturas compartilharem a mesma forma de patologia mental não as torna mentalmente sadias.
(FROMM, 1984, p. 25)

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), uma em cada dez pessoas sofre com algum tipo de problema relacionado à saúde mental – para seus cálculos estatísticos, a OMS

considera como “distúrbio mental” os diagnósticos classificados no DSM-5. Cercados pelo estigma e pela discriminação, essas pessoas, muitas vezes, vivem em situações vulneráveis, excluídas ou marginalizadas da sociedade – há clara diferenciação nos tratamentos promovidos nas esferas públicas e privadas, de acordo com o poder aquisitivo dos usuários, bem como escolhas pessoais de familiares e responsáveis. Em vista disso, a OMS recomenda fortemente ações e investimentos, por parte dos governos, na área com o objetivo da reintegração social (WHO, 2013).

No Brasil, segundo levantamento do IBGE realizado em 2010, cerca de 23 milhões de pessoas (12% da população) estão classificadas com algum tipo de “transtorno mental” (BRASIL, 2015). Para além dos significativos números apresentados, é pela via das práticas disciplinares que o saber médico se sobrepõe ao outro, o não-médico. Legitimado pela ciência, o psiquiatra é o profissional habilitado para atestar quem é “normal” e quem não é. Caso o diagnóstico oferecido por ele não seja favorável à normalidade, o paciente (o outro) é tido como portador de doença/distúrbio mental. A declaração-diagnóstico tem implicações de múltiplas ordens: jurídica, econômica, social e pessoal, estas últimas as mais violentas uma vez que tiram do sujeito sua autonomia e o tornam um ser humano incapaz.

Um outro que, a partir de um diagnóstico legitimado neste campo do conhecimento, faz com que a pessoa diagnosticada não possa mais “ser” por si e, em condições específicas, precisa ser privado do convívio social. Todo esse percurso do diagnóstico, do tratamento, provoca diferentes tipos de isolamento. Aos olhos da pessoa diagnosticada com “doença” mental e, conseqüentemente, passível da perda de sua liberdade e autonomia, é possível perceber a falta de desejo, o esvaziamento do sopro vital em um corpo anestesiado por medicamentos e pela institucionalização.

A mudança de condição social provoca uma espécie de embotamento social. Simmel (1967), ao discutir os modos de sociabilidades nas metrópoles, relaciona-os à vida mental. Para ele, o excesso de estímulos que produzem relações objetivas e mensuráveis são de interesse de uma sociedade pautada no individualismo. A mente moderna então se torna cada vez mais calculista e, conseqüentemente, mais introspectiva, fazendo das pessoas seres cada vez mais solitários. Em decorrência das diferentes formas de entender o mundo, o afastamento social se desloca para um embotamento social, que faz com que as pessoas percam o interesse com a troca externa – o relacionar-se com o outro.

Essa falta de interesse com as trocas pode resultar em dor e sofrimento. Thomas Szasz (1977), médico psiquiatra que desafiou a ciência ao lançar dúvidas quanto à existência da doença mental, defende que não se pode confundir desordem de pensamento e de comportamento, ou, ainda, diferenças de necessidades pessoais, valores e aspirações sociais, com doença. Para ele a loucura é uma possibilidade de fuga de uma realidade incômoda. Afirma ainda que o isolamento social pode ser uma dor incurável para alguns e nada para outros. A experiência é pessoal, cada ser a percebe de uma forma.

Um dos dispositivos usados para isolar as diferenças de conduta social e moral indesejadas, os hospitais psiquiátricos, comuns na Europa, chegam ao Brasil pouco antes da vinda da família real de Portugal, no final do Século XVIII. O objetivo era tirar das ruas pessoas indesejáveis como pobres, preguiçosos, vagabundos e prostitutas, com o intuito de promover o reordenamento do espaço urbano, a partir de uma concepção modelar do comportamento humano (AMORIM; DIMENSTEIN, 2009).

A imposição moral para uma (única) conduta social aceitável está circunscrita nas estruturas sociais. Assim, posso pensar em um tipo de loucura social, externa e coletiva; e uma loucura psíquica, interior e pessoal; ambas associadas, formadas uma em relação à outra, mas não divergentes, e sim faces da mesma moeda, com implicações mútuas. Em nome de uma suposta normalidade é que, muitas vezes, se julga o que pode ser a loucura, entretanto não há um consenso sobre o tema nem mesmo entre os especialistas, o que aponta para uma história ainda a ser contada pela normalidade e pela anormalidade, pela sanidade e pela insanidade, na proporção em que a razão se mede a partir da loucura³⁴. A loucura então seria uma possibilidade de insurreição da ordem social estabelecida (SZASZ, 1974).

Não estou com isso afirmando que os distúrbios mentais podem ou não ser classificados como doença; o que coloco em questão é a não aceitação das diferentes correntes do pensamento humano, das divergências entre visões de mundo que podem ou não serem aceitas, quando as divergências não aceitas produzem o desejo pela segregação humana. Lembrei-me que Daniela Arbex (2013), em seu livro *Holocausto brasileiro*, denuncia a “loucura” dos sãos no tratamento dispensado no hospital psiquiátrico de Barbacena/MG – conhecido como Colônia

³⁴ A utilização dos termos “pela normalidade e pela anormalidade, pela sanidade e pela insanidade” remetem à proposição “e” ... “e” no lugar de “ou” ... “ou”, assumindo a multiplicidade de possibilidades e conexões (DELEUZE; GUATTARI, 2010).

– aos internos que lá chegavam às centenas, pelos mais variados motivos. Estes motivos por vezes estavam relacionados com a discriminação em relação à classe social, jovens grávidas, por exemplo, e empregadas que foram estupradas ou engravidadas por seus patrões, e por questões de gênero, segregação racial, entre outros. Os horrores vistos na Colônia chocaram o Brasil e o mundo, junto com a denúncia de profissionais e parentes de pacientes das pessoas internadas, foram gatilhos para a reforma psiquiátrica nacional.

Nesse sentido, vejo na cartografia a possibilidade de entrar no desconhecido “território-loucura”. Ou, ainda, como uma oportunidade de encontro de mundos – o meu e o do outro – no qual o que se deseja experimentar são os elementos que permeiam esta relação. Cabe esclarecer que estou chamando de território-loucura o cotidiano da pessoa em sofrimento mental, em contraponto ao suposto mundo da razão – o mundo da sanidade mental – com objetivo de expor as dificuldades vividas por sujeitos que estão diagnosticados com algum tipo de sofrimento psíquico classificado como doença mental.

Penso que o louco-paciente interessa ao capital enquanto consumidor de drogas cada vez mais potentes (e caras), que representam os interesses da grande indústria farmacêutica. Por outro lado, esse mesmo sujeito – que chamo agora louco-pessoa – não interessa à sociedade, uma vez que não é passível de controle e disciplina. Construo os binômios “louco-paciente” e “louco-pessoa”, pensando que a implicação de um no outro seja ora como dispositivo, ora como agenciamento.

Um território chamado loucura

Uma já estava no outro, a força cósmica estava no material, o grande ritornelo nos pequenos ritornelos, a grande manobra na pequena manobra. Só que nunca estamos seguros de ser suficientemente fortes, pois não temos sistema, temos linhas e movimentos. (DELEUZE; GUATTARI, 2012, p. 179)

As linhas duras são o posto, tudo aquilo que está estabelecido, cristalizado, que simula uma cadeia de comando totalmente controlável, fixa, que não pode sequer ser alterada, atualizada, boqueia o fluxo da própria vida que grita estridentemente pelo movimento, pela dança, pelo acontecimento. São grandes e pesadas para poderem se enraizar, ocupar aquele território, impedindo que seus habitantes possam brincar, flutuar por entre os campos de força como se

somente o próximo fosse capaz de mostrar que ele não é o último, *tem um vir a ser logo mais adiante*. Não há em si uma razão de ser sedentário, de fixar o *ethos*, a morada e o estilo de ser louco. O objetivo, provavelmente, ainda é uma categorização que separa o bom do ruim, o certo do errado, que busca uma classificação binária da própria vida, fixada no tipo arbóreo, impedindo as intensidades e as conexões. A diferença do outro é apenas mais um modo de vida que abre os olhos e percebe a infinitude de possibilidades. Lembro-me de Hannah Arendt³⁵ (2006, p. 183, *grifo meu*), que afirmou ser

A preocupação com o mundo pressupõe algo como uma obrigação, um dever de se preocupar. Isso pode acontecer de diferentes maneiras. Por exemplo, também levando-se “questões antiniilistas” ao espaço político-público para ali serem discutidas. *Dependendo da situação, talvez sejam necessárias a capacidade de sofrer, a virtude do suportar ou a coragem para agir*. Em termos genéticos, que a esperança repouse sobre aqueles que vivem apaixonadamente sob as condições do deserto e que podem agir com coragem: pois o que eles fazem, é político.

Vejo na esperança o pressuposto que impede que a luta, a vontade de lutar, morra dentro do ser. A coragem que não se contenta com o (pré)estabelecido, que deseja atingir o máximo de suas potencialidades. A paixão no sentido do afetamento, um envolvimento profundo, de corpo e alma, que não perde seu vigor, sua vontade, sua força de agenciamento, que não perde a esperança, e, reterritorializa a si mesmo, e nesse movimento se experimenta como rizoma.

Muitas vezes, a loucura, ou melhor, a “conversa do louco”, me faz lembrar de Foucault (2013) e seu conceito de *parresía*³⁶, em palavras expressas sem a preocupação dos filtros sociais que impedem de reverberar o que se pensa a todo momento. Em outras, nada consigo compreender, as palavras não fazem sentido para mim, como se essas pessoas falassem em um idioma próprio. É mais que a liberdade na fala, o desejo daquele que fala é “abrir os olhos” do outro, revelando o que está dentro de si. Pelbart (1993, p. 108) defende o direito à desrazão que, para ele,

significa poder pensar loucamente, significa poder levar o delírio à praça pública, significa fazer do Acaso um campo de invenção efetiva, significa liberar a

³⁵ Apesar de, assim como outros autores, ser avessa a rótulos Arendt (2006) traz bastante a influência existencialista em sua obra. Apesar disso, utilizo a citação acima como inspiração e reafirmação de meu posicionamento político neste trabalho.

³⁶ Foucault (2013, p. 141, *grifos do autor*) “a liberdade de tomar a palavra e, na palavra, exercer a fala franca”.

subjetividade das amarras da Verdade, chame-se ela identidade ou estrutura, significa devolver um direito de cidadania pública ao invisível, ao indizível e até mesmo, por que não, ao impensável.

Nesse direito à desrazão, vejo a loucura como o “chute na porta”; é ignorar que existam limites, é o esquizo, mas não o caos. O cheio e não o vazio, a multiplicidade que coexiste na imensidão, que não se limita pelas codificações. A codificação está relacionada ao controle de um território conhecido, sobrecodificado. O que se busca é o padrão-ideal que paute os modos de existência. O que se quer é um modelo para o ser que possibilite a produção e a reprodução de padrões.

Permitir-se ser afetado³⁷ pelo outro é ampliar seus próprios limites, “esticar” os grilhões da máquina. É tentar ir além do significado, da codificação é desejar intervir nas condições que tornaram o outro objeto que precisa ter seu corpo e sua mente controlados. Entender que o “homem padrão”, dito normal, é um modelo arborescente, centralizado, hierarquizado, linear. Contudo, a árvore de comportamento expõe sua fraqueza: a razão não leva mais longe que a loucura, apenas para outro lugar. Talvez seja preciso aceitar que normalidade não passa de uma forma de organizar o que se pensa ser o caos. Entender que não há caos, apenas comportamentos rizomáticos que desconhecem o dualismo (normal-anormal); são linhas de errâncias como um louco falando que pode voar.

Os desengates territoriais não passam de componentes de alternância, forças concorrentes, em constante afetamento, que têm ritmo, mas não cadência. Não precisam de cadência, tampouco qualquer outro parâmetro. Ritmo é diferença, não repetição. Trata-se da recusa na colocação de placas de identificação no território-vida e perceber nesse território seus habitantes: muitos ritornelos, seres que permitem à “vida” ser atravessada por conexões de fora para dentro em infra-agenciamentos, intra-agenciamentos e interagenciamentos. Compreendem que a natureza do movimento é imanente e desejam saltar para outro plano.

O ritornelo vai em direção ao agenciamento territorial, instala-se nele ou sai dele. Num sentido geral, *chamamos de ritornelo todo conjunto de matérias de expressão que traça um território, e que se desenvolve em motivos territoriais, em paisagens*

³⁷ A afetação está relacionada àquilo que toca a pesquisadora no território de pesquisa. É a resposta do corpo vibrátil ao sensível, no mergulho no plano da experiência. Mais uma vez, a noção de afetação rompe com a ideia de neutralidade da e na pesquisa (PASSOS; BARROS, 2015).

territoriais (há ritornelos motores, gestuais, ópticos, etc.). Num sentido restrito, falamos de ritornelo quando o agenciamento é sonoro ou “dominado” pelo som – mas por que esse aparente privilégio? (DELEUZE; GUATTARI, 2012, p. 139, *grifos do autor*).

Há apenas um problema, “o agenciamento territorial é um consolidado de meio, um consolidado de espaço-tempo, de coexistência e de sucessão. O ritornelo opera com os três fatores” (DELEUZE; GUATTARI, 2012, p. 149). Acredito que o desejo de conter, esconder, controlar a loucura está cristalizado na tentativa infundada de organização do caos, retirando deste a possibilidade e a existência rizomática afetada por linhas de forças em constante rearranjo. Prefiro assumir a imanência, pensar a vida que está no “meio, entre as coisas, inter-ser, *intermezzo*”, (DELEUZE; GUATTARI, 2011a, p. 48); “É que o começo não começa senão entre dois, *intermezzo*” (DELEUZE; GUATTARI, 2012, p. 148).

Mas, de todo modo, o que é um ritornelo? *Glass harmonica*: o ritornelo é um prisma, um cristal de espaço-tempo. Ele age sobre aquilo que o rodeia, som ou luz, para tirar daí vibrações variadas, decomposições, projeções e transformações (DELEUZE; GUATTARI, 2012, p. 176).

Não haveria possibilidade de diferenciação se o mundo fosse uma sociedade de iguais. Talvez a resposta seja pensar na vida que está no meio entre: o caos e a organização; o código e o território transcodificado, decodificado; a loucura e a razão; as dúvidas e as certezas. Percebe-se então que, enquanto componente de alternância, o ritornelo muda, deixa de ser territorial para devir outra coisa (amoroso, social etc.). No quebra-cabeça social nem sempre as partes se encaixam, os meios ficam vagos, formam buracos no tabuleiro. Entretanto, os buracos que existem são fundamentais para que a vida possa sair deles e recriar sua própria consistência, um “ato que produz o consolidado, tanto o de sucessão quanto o de coexistência, com os três fatores: intercalações, intervalos e superposições-articulações” (DELEUZE; GUATTARI, 2012, p. 148).

Articulações circulantes presentes nas pluralidades do tempo que parecem dançar (ou lutar), enquanto suscitam combinações inesperadas. Nem sempre harmônicas, nem sempre belas, mas em todas há um investimento de energia daqueles que não cansam em experimentar novos passos. Pensando bem, também poderia ser uma luta na qual cada um dos participantes ensaia uma forma distinta de atingir seu objetivo: se diferenciar do outro. Se limito o

pensamento a classificar a vida e suas razões ao binário, estou ainda experimentando uma vida de forma binária, previamente formatada, pronta para dar respostas sempre previstas e codificadas.

O decodificar seria então dar passagem à afetação, ir além daquilo que a capacidade sensorial³⁸ do corpo pode alcançar, ao que já se conhece, já se percebe e já se sente. Entretanto, aquela falsa sensação de que o controle é a única resposta, é exatamente o que se parece fazer: receber as contingências da vida (matéria-prima); executar alguma transformação estabelecendo conexões possíveis (processo); construir outras formulações de possíveis respostas das formas de condutas humanas padronizadas (produto acabado). Justamente uma máquina produtora com suas entradas e saídas completamente controladas. A repetição do processo somente é possível estabelecendo limites de controle de entradas e saídas – a qualidade do processo está assegurada. Ou seja, há vigilância por todos os lados, por todo o tempo, não há saída de emergência, não se tem por onde fugir.

Na tentativa de rompimento desse ciclo parametrizado de vida, grupos de pessoas com ideias afins são formados. Alguns seres humanos se viram para dentro de si mesmos, procurando no interior aquilo que esperavam ver do lado de fora. E, em outra perspectiva, conseguem ver além, não têm medo do desconhecido, deparam-se com ele e seguem, apenas seguem, só que não em frente. Desbravam, percorrem caminhos nunca antes experimentados. Seguem, mas não em linha reta. Deparam-se com territórios que parecem ser confortáveis e a saudosa lembrança³⁹ da vida estável de antes, os faz parar e se enraizar novamente. Sentem que a ruptura inicial foi suficiente e que a partir de agora é bom ir reto novamente. E ficam. Deixam para trás o incerto, a mudança, o devir. Por pensar que é loucura perder a estabilidade de novo, decidem parar.

Outro grupo simplesmente não compreende que “ali” era um bom lugar, aquilo nem chamou sua atenção. E assim continua em sua jornada, sua esquizo-jornada pelo desconhecido. Para o primeiro grupo, este segundo está completamente perdido, desorientado, precisa ser ajudado. Da mesma forma que a saída da caverna de Platão, é preciso abandonar o que se sabe,

³⁸ Os cinco sentidos que constituem o sistema sensorial do corpo humano: visão, olfato, paladar, audição e tato.

³⁹ O Essencial não é lembrar-se, mas aprender; porque a memória só vale como a matéria ou o tipo dessa ou daquela verdade. E a lembrança, ora voluntária, ora involuntária, só intervém em momentos precisos do aprendizado, para contrair o efeito ou para abrir novos caminhos” (DELEUZE, 2006, p. 85).

destituir as certezas, deixar a “terra santa” para trás. A pseudoestabilidade social que nos dá tudo e só pede uma coisa em troca: seu movimento, seu devir. Parece fácil, só uma coisa em troca de outra.

Este segundo consegue ver parte do todo e percebe algo imenso, gigantesco. Seus corpos são invadidos por uma miríade de sensações, aquilo é mágico, fantástico, louco. Ficam eufóricos e amedrontados, uma mistura energética completamente psicodélica, uma mistura indescritível, não há como traduzi-la em palavras, somente o corpo pode experimentar sua força. Mas são tantas variáveis, a cada nova entrada é preciso refazer todas as rotinas de processamento para só então começar a produzir. Pensam que é melhor cercar o que se pode processar neste espaço-tempo para só depois avançar. Eles querem avançar, mas decidem parar por algum tempo.

Indiferente aos outros grupos, um terceiro grupo segue em sua dança. Ele não conhece o medo, sente em seu corpo toda energia emanada do devir, e talvez até mesmo tentando encontrar seu fim continua seguindo suas necessidades de experimentações, porque também não abandonou sua condição de máquina, de máquina-desejante. E segue rumo ao desconhecido. O mais curioso de tudo isso é que todos os grupos buscam a mesma coisa, mas as limitações auto infligidas os forçam a ver somente aquilo que querem ver, do jeito que querem ver: só enxergam os iguais porque é com eles que conseguem se identificar. Estar sozinho territorializando o desconhecido pode ser assustador, então, para conseguir jogar o jogo, submeto-me à organização, às regras, ao senso comum.

...

E foi bem no meio do percurso que notei que ele é o próprio ritornelo, que não lhe dá cadência, mas permite que se deem muitos saltos entre os campos de força do caos e da ordem. Percebi que eles são apenas fluxos de energia, de intensidades que podem me afetar de múltiplas maneiras ou simplesmente não, e que isto não está nem certo nem errado “tudo” são diferenças.

A diferença não é o diverso. O diverso é dado. Mas a diferença é aquilo pela qual o dado é dado. É aquilo pelo qual o dado é dado como diverso. A diferença não é o

fenômeno, mas o número⁴⁰ mais próximo do fenômeno. Portanto, é verdade que Deus faz o mundo calculando, mas seus cálculos nunca são exatos, e é mesmo essa inexatidão no resultado, essa irreduzível desigualdade, que forma a condição do mundo. O mundo “se faz” enquanto Deus calcula; não haveria mundo se o cálculo fosse exato (DELEUZE, 2018, p. 297).

Em defesa da coprodução na tese

Sempre foi uma inquietude pessoal ter um trabalho que pudesse ser conhecido e reconhecido como uma coprodução, uma tese que não é só minha, que resulta de todos os encontros que tive; dos que planejei ter, mas principalmente, dos virtuais, dos encontros-potência, aqueles que nem imaginei serem possíveis. Encontros que se atualizarão no instante em que suas imagens tocarem o real.

Entre os dois [imagem e evidência] – como na incerteza do momento em que o positivo de uma moldagem dissocia-se penosamente de sua matriz negativa, sob o risco de tudo destruir –, a imagem hesita, não sabe onde está, treme, se desmancha. Entre os dois – como no *nem...nem* do *ne-uter* –, aponta o *neutro* (DIDI-HUBERMAN; 2011, p. 29, grifo do autor).

Se cada imagem tem funcionamento próprio é certo pensar quais imagens prevalecerão. Provavelmente aquelas que lograrem êxito ao cruzar os caminhos que possibilitem acessar o real (ou parte deste real) não em sua totalidade, mas o real-possível, as confluências, os *intermezzos*. Nesse sentido, a coprodução reside em algo que é interdependente, um não se realiza sem o outro, simplesmente respeita as diferentes intensidades⁴¹ de afetação. O corpo do pesquisador torna-se o território, o lugar onde se dão as percepções e que se vai além do racional; simula uma irracionalidade. Uma possibilidade de abertura às vibrações energéticas, sensível a tudo que o toca e que está programado para absorver experiências. Um estudo que tem por objetivo a produção de uma pesquisa ética – preocupado somente com os encontros possíveis – que buscará não objetivar seu território.

⁴⁰ Palavra usada na Filosofia para indicar uma realidade superior, a essência de algo que por definição é um objeto incognoscível. Termo que Kant utiliza para descrever a “coisa em si mesma”, uma equivalência ao real absoluto independente de uma perspectiva parcial dada pelo conhecimento humano e sem o auxílio dos sentidos para sua compreensão.

⁴¹ “A expressão “diferença de intensidade” é uma tautologia. A intensidade é a forma da diferença como razão do sensível. Toda intensidade é diferencial, diferença em si mesma” (DELEUZE, 2018, p. 297).

O resultado previsto para este módulo de atuação do dispositivo-cartografia é desafiador. As metas, métricas e objetivos são ambiciosos, desejam ir além da representação de instituições legitimadoras de inúmeros binários: certo-errado, bonito-feio, homem-mulher, normal-anormal etc. Seu desejo é desterritorializar. Suas perspectivas sugerem que o que emerge é a força dos modos de ser para acessar a questão humana.

O mapa coproduzido é uma pesquisa intervenção⁴², pois é inegável que o “simples” fato de o pesquisador tocar territórios desconhecidos possa ser considerado intervenção. Contudo, o “simples” nada tem de simples. A cartografia está a serviço da complexidade porque não se limita a *priori*. Entretanto, omite que seu produto final, quando convertido em tese⁴³, é, também, uma visão parcial e limitada do real. Nesta conversão as saídas se tornam limitadas, cristalizadas em um texto acadêmico: coeso, coerente, lógico e normatizado.

A tese lógica se transforma em um decalque produzido pelos agenciamentos da organização. Um trabalho que experimenta a liberdade de praticar uma escuta sensível, na qual a pesquisadora se torna dispositivo da própria pesquisa, adentra territórios inexplorados e se permite ser agenciada por eles, os quais a pesquisadora desnuda com seu corpo vibrátil. Mas o *design* do produto final, previamente desenhado, tem sua forma, sua estrutura, suas linhas duras⁴⁴ bem traçadas, seus caminhos demarcados.

A mudança de perspectiva pode ser assustadora, faz pensar em qual o limite das forças que se sobrepõem. A cartografia permite reformular essa questão e perguntar: quais forças que me afetam enquanto pesquisadora? Nesse momento, me dou conta de que criação e criatura são constituintes da mesma natureza, do mesmo conjunto heterogêneo de forças que produzem desejo, e assim percebem que um não existe sem o outro.

⁴² No campo de pesquisa as afetações e as intervenções são mútuas, entre pesquisador e pesquisados em “uma dinâmica transductiva a partir da qual as existências se atualizam, as instituições se organizam e as formas de resistência se impõem contra os regimes de assujeitamento e as paralisias sintomáticas” (PASSOS; BARROS, 2015, p. 21) assumindo um posicionamento de implicações políticas.

⁴³ Um desejo onírico em vigília [uma loucura talvez, lembrei-me de Foucault (2014) ao comparar a loucura com o sonho em vigília]: quem sabe um dia as teses vertebradas possam ser substituídas pelas invertebradas. Teses que não possuam coluna central, mas sim uma capacidade de afetação rizomática: sem começo, meio ou fim; que sintam o ruído do caos, mas não tentem abafar seu som, apenas permitam-se envolver por seu ritmo; e que por isso concedam-lhes o privilégio de ser *uma metamorfose*.

⁴⁴ As linhas duras são estruturantes que constituem parte dos rizomas. Ao se encontrarem com estas linhas os fluxos de energia dos campos de força têm a possibilidade de construir linhas de fuga. Na figura botânica do rizoma são os caules mais finos e flexíveis.

A cartografia participa e desencadeia um processo de desterritorialização no campo da ciência para inaugurar uma nova forma de produzir o conhecimento, um modo que envolve a criação, a arte, a implicação do autor, artista, pesquisador, cartógrafo [...] marcado por um paradigma ético, estético e político, observa-se que, como um pesquisador/cartógrafo busca conhecer o seu pretense objeto, este já está sendo inserido em novos processos que o transformam e o descaracterizam de sua forma original e isto se dando na duplicidade e no desdobramento da experiência que se vive do e no tempo e das formas que são esculpidas por este (MAIRESSE, 2003, p. 259).

Não há o desejo de controlar o devir-tese em uma realidade de imanência, sabendo que para isso é necessário o elemento relação-das-e-com-as-pessoas. Talvez foi preciso ficar “nua” na pesquisa para conseguir sentir suas linhas de força e ser agenciada por elas. Compreender que a realidade que se busca apreender desloca a subjetividade para as relações, para o entre; perceber que uma nova formulação precisa ser dada: subjetividade do pesquisador, somada à subjetividade dos pesquisados, produzirá subjetivações possíveis da e na pesquisa; perder-se no rizoma-pesquisa cristalizado no contexto e nos espaços de fuga, engendrados em um sistema produtor de subjetividades.

Cartografar é buscar caminhos, reinventar; rastrear um território rizomático que coexiste com tantos outros, tentar compreender o que acontece quando eles se tocam. O dispositivo cartografia faz suas leituras por afetamentos, aceita que cada pensamento conduza a uma nova criação, a outro rizoma e seus agenciamentos, sem os qualificar, somente identificar, mapear. Se o mapa final – texto escrito da tese, preso, enraizado neste espaço-tempo – é a nova imagem das subjetividades possíveis da e na pesquisa, sua coprodução fica evidente.

PERCURSO PERCORRIDO: OS MAPAS

A composição do território da pesquisa (os mapas) foi construída a partir de duas perspectivas: a primeira são os relatos do breve período de permanência na qual pude fazer uso da observação não participante e do diário de bordo como ferramentas para o sobrevoo cartográfico e, a segunda, por entrevistas abertas com três pessoas usuárias do sistema de saúde mental do município de Cachoeiro de Itapemirim/ES. Na busca por desenvolver as análises das situações e narrativas captadas fiz uso da Teoria dos Afetos,⁴⁵ conforme sugere Moriceau (2020), deixando-me guiar pelos afetos, pelas situações e tendo como ponto de partida a reflexividade. Assim como Deleuze e Guattari, Moriceau (2020, p. 13) sugere que se ultrapassem as representações e se aceite “mergulhar no concreto, no vivido, na porção parcial, local, específica, relacional e estética da experiência”. Para o autor a representação é algo que impede o movimento, neste sentido a representação é pura repetição (DELEUZE, 2018).

Essa abordagem afetiva coaduna com a experiência cartográfica uma vez que ambas utilizam o corpo do pesquisador (o corpo do cartógrafo) como dispositivo para considerar as impressões, efeitos de prazer, sensações, incômodos, familiaridades e estranhamentos, os espaços e as relações de poder em um contato autêntico, marcado pelo encontro com a alteridade. Para tanto, Moriceau (2020, p. 16) descreve a criação desta metodologia como uma arte em três gestos – comunicacionais, políticos e éticos – 1. Expor-se: o contato e a surpresa permitem ao pesquisador captar as experiências realizadas, afastando-se da necessidade de comprovar hipóteses ou de controlar os desdobramentos da pesquisa. “Arriscar-se sem deixar de considerar os constrangimentos existentes na academia”. 2. Caminhar: estar aberto a mudanças de caminho teórico-metodológico, mantendo o questionamento acionado. 3. Pensar e refletir: fugir das etapas previstas em pesquisas tradicionais, mas questionar-se o tempo todo a escolha de teorias e autores. “Assim, “ser em pesquisa” envolve aprender, mover-se, pensar,

⁴⁵ “[...] o afeto não tem uma dimensão apenas, um sentido certo, ele toma forma, todas às vezes, numa dinâmica plural. Nós não sabemos qual é a significação, pois o afeto escapa à captura por uma palavra, não se pode dizer “os afetos são isso”, senão, vamos perder o poder de mudar, a potência de transformar. Se tem uma definição possível, uma definição muito velha, é aquela oferecida por Spinoza: “o poder de ser afetado e de afetar”. [...] nós não sabemos o que é o afeto, mas ele vai se manifestar por intensidades, velocidades, desejos, abatimentos, de muitas variadas maneiras” (MORICEAU, 2020, P. 25).

entender o contexto, refazer, individualizar-se e não apenas posicionar-se, modelar, representar” (MORICEAU, 2020, p. 17).

A escrita performativa e plural também faz parte da pesquisa acionada pelos afetos, uma vez que é importante que o texto escrito “converse” com o leitor, transformando este em parte importante do texto. É assim que se faz nascer algo novo, em uma pesquisa que não se explica, nem julga, mas que convoca ao pensamento e à reflexão, implicando o leitor nela também para que seja possível a construção de interlocuções assimétricas, mas não hierárquicas, transpassadas por afetos e afetações. “A escrita não é resultado, a escrita é ação performática, feita no momento em que aquilo que eu sei conversa com o que o outro me diz e essa fricção produz o texto. É nesse lugar que o texto se faz [...] A escrita não é um relatório do vivido, mas sua fabricação, sua fabulação” (MORICEAU, 2020, p. 51-55), de modo que a escrita estaria mais próxima aos agenciamentos de enunciação que vão territorializar a partir das narrativas refeitas no texto.

Primeiros passos

Ainda no segundo semestre de 2019, fui até o CAPS-II de Cachoeiro de Itapemirim como uma tentativa de achar um novo território de pesquisa na cidade que eu mal conhecia. Logo que cheguei ao lugar, me sentei em uma cadeira de plástico, repetindo o mesmo gesto que havia feito em Belo Horizonte ao visitar o CERSAM Pampulha em abril de 2019 (ver relato no anexo I). O prédio, uma casa antiga com uma pequena piscina, churrasqueira, um grande bebedouro no terraço e algumas cadeiras para que as pessoas pudessem aguardar seu atendimento, ou somente esperar, ficar ali. Chamou-me a atenção uma moça que ao chegar desembalou um pequeno rádio, ligou e começou a dançar entre as cadeiras, convidando outras pessoas a acompanhá-la. Fiquei por um instante acompanhando seus passos com os olhos, sua interação com os outros. Ali parecia que todos se conheciam, mas não havia palavras, ninguém conversava; dançavam ou esperavam, nenhuma palavra era dita, talvez elas não fossem necessárias, como eu pensei que fossem.

Não passei despercebida por muito tempo, afinal de contas, era um rosto novo naquele lugar. Fui chamada a entrar na casa. Uma porta larga dava acesso a uma pequena sala com mais cadeiras plásticas, uma pequena recepção com alguns cartazes expostos que falavam sobre a luta antimanicomial e os cuidados com a saúde mental. Expliquei quais eram as minhas

intenções naquele lugar. Logo fui recebida por Marcelo, psicólogo que trabalha no CAPS, que foi me mostrando o trabalho desenvolvido com os assistidos nas oficinas de crochê e artesanato (para desenvolver a memória e a concentração), jogos de carta, entre outros. Explicou-me ainda que novos atendimentos estavam suspensos devido à ausência do psiquiatra, que havia se aposentado e ainda não fora substituído. No momento de minha visita havia 140 inscritos e mais 90 pessoas em lista de espera devido à falta de pessoal.

Ali trabalham, além dele, estagiários de psicologia, um técnico de enfermagem, uma assistente social, um farmacêutico, um assistente administrativo e um guarda patrimonial que faz a segurança do local. O CAPS Cachoeiro tem como proposta ser um serviço de saúde aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS), tornando-se assim um lugar de referência para tratamento de pessoas em sofrimento psíquico cuja gravidade, persistência e prejuízo à vida justifiquem cuidados intensos e multifuncionais. Além de atender habitantes da cidade, o CAPS Cachoeiro recebe também pessoas vindas de cidades vizinhas que não possuem este tipo de serviço em saúde mental.

Nossa conversa, sem agendamento prévio, acabou sendo rápida, não havia muito o que ver ali. Marcelo sugeriu que eu visitasse o Centro de Atendimento Psiquiátrico Aristides Alexandre Campos (CAPAAC), hospital de emergência psiquiátrica da cidade, e indicou uma amiga que me receberia no local. Pedi para ficar um pouco mais, só observando, vendo as pessoas dançarem e me sentei novamente. Um homem de meia idade sentou-se ao meu lado e começou uma conversa. Ele não queria saber o que eu fazia ali, queria contar-me o que o levou até o CAPS. Luciano seu nome, um homem negro de 44 anos, trabalhou 28 anos carregando chapas de granito e não estava mais apto ao trabalho por causa de uma “crise nos nervos”; queria voltar a trabalhar, mas não podia. Pude sentir o pesar em sua voz. Após dizer isso, calou-se novamente e continuou sentado ao meu lado, também observando as pessoas dançando ao som do rádio trazido por aquela mulher. Fiquei mais de uma hora ali, sentada, esperando, vendo as pessoas dançarem.

No mesmo dia consegui agendar um horário com Marta, a nutricionista do CAPAAC, indicada por Marcelo, para que eu pudesse conversar sobre a possibilidade de pesquisa. O hospital, assim como o CAPS, fica em um prédio que mais se assemelha a uma residência, mas tem, ao invés de grades, muros altos e uma entrada de portas largas. Fui recebida por Marta, que me mostrou o interior do hospital e me explicou a dinâmica de atendimentos. No

momento, aproximadamente 30 pessoas estavam ali para algum tipo de tratamento, o mais longo internamento deles era um homem que estava ali há quase três meses, “*uma situação incomum*”, relatou ela.

Os internamentos no CAPAAC são de curta duração – até 32 dias no máximo – tempo em que a medicação estabiliza e o paciente pode voltar para casa e fazer o tratamento no âmbito familiar. Além de ser referência em emergências psiquiátricas, são recebidos outros pacientes de outros 26 municípios menores que ficam próximos a Cachoeiro de Itapemirim. O hospital possui 35 leitos para internação e três leitos de retaguarda para contenção de pacientes em crise, ficando aberto 24 horas por dia. Marta me disse que ali pouco tinha a ser visto, mas que talvez fosse melhor eu procurar Mel, coordenadora de saúde mental do município, na Secretaria Municipal de Saúde. Peguei o contato dela e marquei um dia para conversar.

A Coordenação de Saúde Mental em Cachoeiro de Itapemirim (SEMUS)

A Coordenação de Saúde Mental atua como um dispositivo de apoio matricial de Saúde Mental do município, articulando e dando suporte à saúde mental dos indivíduos sob ações relacionadas à Rede de Atenção Psicossocial, englobando os CAPS (CAPS-ad e CAPS-II), as Unidades Básicas de Saúde, UPA, os leitos psiquiátricos de curta permanência, pronto-socorro psiquiátrico para atendimento das urgências e emergências de risco ACR (CAPAAC), estabelecendo-se perante o SUS. Localizado na Secretaria Municipal de Saúde, na Rua Fernando de Abreu sem número, bairro Ferroviários, na cidade de Cachoeiro de Itapemirim, Espírito Santo. A região de Cachoeiro de Itapemirim, Sul do estado, tem uma área equivalente a 892,9 km². Segundo o último censo do IBGE em 2010 a população era de 189.869 pessoas, porém, conforme dados de 2019, a cidade atualmente mantém cerca de 208.972 habitantes, possuindo uma densidade demográfica de 216,23 habitantes por quilômetro quadrado.

Figura 1– Mapa do Espírito Santo, destaque Cachoeiro de Itapemirim



Fonte: Recuperado de https://pt.wikipedia.org/wiki/Cachoeiro_de_Itapemirim.

A Coordenação atua de modo integral e intersetorial, ou seja, suas ações englobam toda uma rede articulada da saúde junto à área de saúde mental, atuando como dispositivo de referência, conforme a política pública atual. Conta com uma equipe de profissionais, na qual incluem-se duas psicólogas, sendo uma delas coordenadora, dois assistentes sociais e uma estagiária de psicologia. Essa equipe atua se articulando junto a outras coordenações, como: Saúde do Idoso, Coordenação da Saúde da Mulher, coordenação de Saúde da Criança, além de contar com a participação ativa da Secretaria de Saúde e de outras Secretarias, tais como Desenvolvimento Social, Educação e Segurança.

Figura 2 – Distritos que compõem o município



Fonte: Recuperado de https://pt.wikipedia.org/wiki/Cachoeiro_de_Itapemirim.

Uma das ofertas de serviço da coordenação, além do matriciamento e do agendamento de transporte a pacientes que necessitam das internações e de consultas psiquiátricas, é a marcação do atendimento psicológico a pacientes oriundos das unidades básicas de saúde ou da necessidade de urgência que são encaminhadas para intervenção psiquiátrica. Atua ainda no contato a familiares e atendimentos junto a processos de mandados jurídicos e administrativos, além de oferecer também atendimentos psicológicos. Todo trabalho da Coordenação está relacionado à Atenção Primária à Saúde (APS), pela qual se baseia na ESF, ou seja, nas equipes de saúde de Estratégias de Saúde da Família; programa este referente a política pública implantada desde 1994, composta por equipes multiprofissionais. Essas equipes de saúde têm sob sua responsabilidade determinadas populações em espaços geográficos (territórios), atuando com a promoção, prevenção, recuperação, reabilitação e manutenção da saúde conforme o SUS e de acordo com cada área em Cachoeiro de Itapemirim.

São 32 unidades de saúde da família, consistindo cada espaço em território coberto pelas equipes de saúde da família. Tanto as equipes da área técnica (demais coordenações) quanto a de referência (correspondente as UBS's) atuam em conjunto para promover a saúde da região com os profissionais da saúde mental desde 2015. Nesse período, houve a realização da capacitação em matriciamento na saúde mental; em 2016, aconteceu o curso apontando aspectos básicos e práticos da dependência química pelo CRR Sul Capixaba junto à Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Em junho de 2017, aconteceu o 1º Fórum de Saúde Mental do Município, com ênfase em Álcool, Crack e Outras Drogas.

Passados alguns anos, a inserção de profissionais da Saúde mental no cotidiano das unidades básicas de saúde foi se tornando cada vez mais necessária, principalmente por parte Estado, a partir do programa de residência multiprofissional em Saúde Mental – ICEPI. Essas inserções resultaram na atuação dos profissionais nas realidades territoriais das unidades básicas de saúde, consistindo num espaço de educação permanente onde há troca de saberes e experiências e, além disso, há a capacitação, como um suporte aos profissionais na atenção básica. As ações da promoção da Saúde Mental atuam consoante com a Estratégia Saúde da Família, que coordena todas as ações. A partir da Coordenação de Saúde Mental, é possível obter os seguintes levantamentos: a rede de atenção psicossocial em Cachoeiro é materializada a partir de seus dispositivos atuantes na região, como o CAPS-ad, CAPS-II, as unidades básicas de saúde e o pronto-socorro psiquiátrico (CAPAAC). As articulações com outros municípios são possíveis, porém compete a esses municípios suas articulações com a rede de sua competência municipal. Esses dispositivos estão atuantes pelo modelo matricial, que é o modelo de apoio de articulação em contato com os dispositivos, pois, segundo (LIMA, 2019, p. 3):

Na saúde mental, o apoio matricial busca ordenar o cuidado psicossocial numa lógica territorial, rompendo com práticas burocratizadas. De forma pedagógica, procura habilitar os serviços de saúde para o acolhimento das demandas de saúde mental, possibilitando a troca de saberes, a organização dos fluxos na rede de atenção à saúde e das ações no território. O apoio matricial se constitui como uma metodologia para realizar a gestão em atenção em saúde possibilitando a redução da fragmentação do cuidado, tão enraizado na prática dos profissionais da área, assim, pode ser definido como a produção de um cuidado colaborativo entre duas ou mais equipes de saúde de forma compartilhada.

Desde o ano de 2015, são realizadas ações de capacitação dos profissionais da saúde e o matriciamento na saúde mental. A rede de atenção psicossocial junto à coordenação funciona mediante ao matriciamento em articulação no que se refere ao apoio matricial, pois a articulação é o contato direto e transversal com os profissionais de saúde para fins de comunicação entre o trabalho, traçando metas e objetivos em seu contexto para manutenção da equipe específica para a área. A coordenação é responsável pela organização e pelo monitoramento das ações de Saúde Mental para eventos específicos, como o Janeiro Branco, o Setembro Amarelo e as situações de emergências e de urgência. É também responsável pela articulação das internações voluntárias, involuntárias e compulsórias dos pacientes, no que

consiste entrar em contato com os familiares, incluindo a RAPS - Rede de Atenção Psicossocial, a fim de estabelecer o matriciamento para fins de acessibilidade ao paciente na intervenção das internações.

A coordenação também é responsável pelo contato com as 32 unidades de saúde, e os pontos de apoio em alguns dos nove distritos, que fazem parte da região de Cachoeiro de Itapemirim, é responsável em matriciar, ou seja, o mesmo que dar orientação ou apoio no que se refere à saúde mental; isso quer dizer que ela não entra apenas em contato com os dispositivos da rede, mas também com as unidades básicas de saúde do município. Por meio desses dispositivos, é possível realizar articulações necessárias aos servidores e pacientes, destinar a viabilização de atendimento psicológico pelas demandas espontâneas; ali realiza-se também o controle das consultas psiquiátricas através de uma triagem das maiores demandas, tais como transtorno de ansiedade, depressão, esquizofrenia, dentre outros. A coordenação abriga os PTS's (Plano Terapêutico Singular) de pacientes a fim de organizá-los e acompanhá-los perante acompanhamento do paciente na RAPS; há a criação de estratégias e planos para intervenções em diferentes situações e ofertas de serviços.

Na Coordenação os principais serviços são: manter sempre o contato com a rede de atenção psicossocial; manter o contato com familiares, manter o controle do fluxograma, viabilizar o transporte; estabelecer estratégias de ações e intervenções, administrar os PTS, realizar a triagem das consultas psiquiátricas e atendimentos psicológicos. Na equipe da Coordenação, todos possuem papéis essenciais enquanto profissionais responsáveis pelo seu trabalho e como atores sociais da e na esfera pública. Os funcionários nesse caso precisam estar bem atentos quanto a questões de urgência e demandas emergentes que venham a surgir nos territórios de referência das unidades de saúde, tais como: pacientes convulsionando, crises de ansiedade, pacientes em surto, pacientes com ideação suicida e questões de segurança pública que envolvem todo um contexto, sendo necessária a participação dos seus atores no social e na saúde.

Segundo a coordenação, os maiores desafios dizem respeito à ética, à humanização, às leis, à empatia, às urgências e a todos esses desafios. Para a gestão da saúde do município, os avanços que podem ser citados são a produtividade, o matriciamento, a administração de agendamento de transporte, o monitoramento de pacientes e usuários através dos PTS, a

aproximação significativa da realidade e da saúde mental interligada, sempre com foco na melhoria da qualidade de vida dos usuários do sistema.

MEUS DIAS NA SEMUS

A loucura não é necessariamente um desabamento (*breakdown*); pode ser também uma abertura de saídas (*breakthrough*)... O indivíduo que faz a experiência transcendental da perda do ego pode ou não perder de diversas maneiras o equilíbrio. Pode, então, ser considerado louco. Mas ser louco não é necessariamente ser doente, mesmo se em nosso mundo os dois termos se tornaram complementares... (Deleuze e Guattari, O Anti-Édipo)

De janeiro a março e de outubro a dezembro de 2020 foi o período em que estive na SEMUS, na coordenadoria de saúde mental. Durante este tempo, dois dias por semana eu ficava na secretaria participando, observando, conhecendo e apreendendo o trabalho exercido por um grupo composto por duas psicólogas, uma assistente social, uma auxiliar jurídica e uma estagiária de psicologia. Entre as psicólogas, há mais uma divisão: uma trabalha com doença mental e a outra com dependência química; já a assistente social e a assistente jurídica trabalham com ambas as situações.

Chamou-me a atenção um grupo formado apenas por mulheres. Veio-me a ideia da divisão do trabalho com saúde mental como coisa da mulher, a mulher como cuidadora. Nesses casos o cuidado à saúde mental como uma extensão do lar, da família, redirecionado aos enfermos e associado a elementos sociais e culturais. Federici (2017) descreve como a formação do capitalismo foi construída a partir das diferenças sexuais entre homens e mulheres e reconstruída sobre novas funções sociais, cabendo à mulher o cumprimento de tarefas do lar, a reprodução e o cuidado. Oliveira (2020) aponta que, em profissões relacionadas ao cuidado, as mulheres são a maioria no Brasil, o que corrobora a ideia do “cuidar” como uma espécie de extensão do trabalho doméstico à esfera privada.

No mês de janeiro, trabalhamos com as ações preventivas da campanha do Janeiro Branco, mês de ações destinadas à promoção da saúde mental. A campanha promoveria uma ação na praça central da cidade que envolvesse e abordasse o tema de forma mais ampla aos passantes, porém uma enchente do rio Itapemirim ocorreu poucos dias antes de a ação ser realizada, fazendo com que a prefeitura voltasse todos os esforços para dar suporte aos

cidadãos atingidos, tanto em termos estruturais como psicológicos. Muitas pessoas perderam suas casas ou tiveram seu comércio invadido pelas águas do rio e precisavam de apoio psicossocial. Como ouvinte, participei de muitos dos aconselhamentos e escutas realizados pela equipe da SEMUS. Sem poder fazer a ação planejada no centro da cidade, a equipe resolveu reaproveitar os preparativos para conversar com os próprios servidores do local sobre a importância de ações pessoais e coletivas voltadas para saúde mental.

Em março minha participação na SEMUS foi suspensa por causa de medidas sanitárias com objetivo de restringir a propagação da COVID-19 nos departamentos da secretaria. Minha participação foi retomada⁴⁶ só em outubro quando permaneci até dezembro de 2020 no esquema anterior de observação não participante, o sobrevoo cartográfico que apresento a seguir.

Cachoeiro de Itapemirim, 21 de janeiro de 2020.

13:30h. Antes das 9h da manhã recebi um telefonema da Secretaria de Saúde do Município (SEMUS) para que eu fosse até lá para assinar o processo (precisei solicitar autorização para a realização de pesquisa). Era apenas para dar ciência de seu andamento. Ao sair do IFES, sem almoçar por causa de um mal-estar no estômago, fui lá. Assinei os papéis e fui oficialmente encaminhada para o setor de saúde mental, já devidamente autorizada. Para minha surpresa, quando perguntei quando poderia começar me disseram “agora”; fiquei a tarde toda lá, não estava preparada, sem caderno para anotações, sem computador, apenas eu ali com a minha curiosidade e felicidade por poder finalmente começar a conhecer o campo que decidi pesquisar.

Meio sem jeito e sem saber o que fazer apenas me sentei nas cadeiras que ficam na frente da Mel (coordenadora do departamento). Ela também não sabia ao certo o que fazer comigo ali, mas foi me explicando algumas coisas, fazendo outras. Em sua mesa, duas pilhas processos se acumulavam. Percebo a agitação do departamento que conta com duas psicólogas, uma assistente social e uma assistente jurídica. Chama-me a atenção um departamento exclusivo

⁴⁶ Este trabalho foi em grande parte produzido em um contexto pandêmico, por uma pesquisadora mulher que ousou fazer ciência apesar de todas as dificuldades geradas de acesso não apenas ao território de pesquisa, bem como aos participantes que, em certa medida, preferiram dar seu depoimento de forma não presencial por questões de segurança sanitária.

de mulheres para cuidar de todas as situações de saúde mental do município. Sentada em frente ao computador, Mel se desdobra respondendo a e-mails e áudios no telefone, na tentativa de dar conta de articular internações, vagas para consultas, ambulâncias para o transporte de pacientes. Em sua frente três pessoas aguardam para conversar com ela, sem contar com outras pessoas que entram e saíam da sala a todo o instante, pedindo coisas, levando ainda mais processos de pacientes e encaminhamentos de consultas com a única psiquiatra que atende pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Senti que minha presença era mais uma pressão ou intromissão, o que foi me dando certo desconforto até que uma outra funcionária da secretaria, mas de outro departamento sugeriu que eu pudesse me envolver com o planejamento e execução das ações previstas para comemoração do “Janeiro Branco” – mês dedicado aos cuidados com a saúde mental. Estão programados três eventos: um com os servidores da secretaria de saúde, o segundo para acontecer no dia 25 de janeiro na praça central da cidade e o terceiro para o dia 27 de janeiro no Centro de Convivência Vida Ativa, para a saúde mental do idoso. As camisetas comemorativas estavam prontas, mas era preciso ir buscá-las. Além disso havia a necessidade de preparar a decoração do evento; a ideia era utilizar as camisetas como painel, balões brancos, com frases motivacionais dentro, para distribuir aos idosos. Tudo isso sem dinheiro algum, contando com doações de funcionários da SEMUS e comerciantes que “abraçassem” a causa. A falta de recursos financeiros provenientes da prefeitura para a execução das ações me incomodou muito.

O silêncio, a minha posição incômoda sentada, parada, sem nada nas mãos, literalmente sem fazer nada, apenas observando e tentando captar o máximo de coisas até que novamente a porta se abre. A moça do jurídico, Gisele eu acho, trouxe o caso de uma esposa que pedia o serviço de *homecare* 24 horas para seu marido que ficara tetraplégico. Apesar de o município não fornecer este tipo de atendimento, o estado garante. Entretanto, a Mel estava um pouco receosa em dar seu parecer, pois faltavam informações na solicitação para que ela pudesse avaliar em profundidade o tipo de necessidade do paciente. Sua avaliação preliminar é de que seria necessário um cuidador social e não um enfermeiro, como dizia a solicitação pautada pelo juiz da cidade. A mulher em questão não tinha nome, mas tinha uma história que a precedia: quarenta e poucos anos, sozinha em casa com um marido que precisa de cuidados, principalmente, de higiene básica. Ele tem um filho que mora na capital, que segundo a Mel poderia ajudar, ou algum outro familiar. Não o Estado, pois não se trata de um problema de

saúde, mas de uma ajuda para o mínimo de conforto dele. Sem condições de pagar, a mulher recorreu ao Estado para ajudá-la com seu “*fardo*”, como falou Mel.

Depois que a Gisele saiu, ouvimos alguém bater na porta. Sem se levantar a Mel disse que era só entrar. Ela não ouviu, esperou mais um pouco e bateu novamente. Agora a Marta (estagiária de psicologia que faz serviço de *office boy*) foi quem disse que a pessoa poderia entrar. Não aguentei, levantei e fui até a porta ver quem estava batendo. Uma senhora simpática queria falar sobre seus filhos. Um deles, o mais velho, já esteve internado para desintoxicação (no CAPS-ad) por cinco meses em 2018. Ela queria interná-lo novamente por abuso de álcool e drogas, só que desta vez junto com seu irmão Cristiano (44 anos). Ambos bebem muito, xingam a mãe, sujam e bagunçam a casa, sem a ajudar em nada. Sua preocupação de mãe confunde-se com as exigências e desejos por uma casa limpa e organizada, filhos obedientes e colaboradores, que não sigam o destino do pai, morto aos 38 anos de idade por abuso de álcool. Procurei não interferir, apenas ouvir seu relato, mas, em meio ao atendimento, a Mel precisou mandar mensagens (articular aqui, ali, como ela repete tantas vezes), atender telefonemas, assinar papéis. Como abri a porta e a fiz entrar, Ana (a mulher) sentou-se ao meu lado e começou a falar de sua vida com os filhos, do passado com o marido, do namorado alcoolista que mora no Rio de Janeiro, sobre a sobrinha que criou, a rua em que mora.

Ao telefone, um rapaz de 17 anos que estava com pensamentos suicidas, lesões auto infringidas e comportamento agressivo e que Mel procurava acalmar e convencê-lo a aceitar ajuda médica especializada. O que significa dizer um atendimento emergencial no CAAPAC, hospital de pronto atendimento psiquiátrico da cidade. Após muita argumentação e paciência, o rapaz aceitou ir com sua avó ao hospital. Lá vai a Mel ligar para o hospital para garantir que o rapaz seja atendido e em caso de necessidade seja encaminhado para internamento em Vila Velha (cidade que fica a 120 quilômetros de Cachoeiro e que tem um hospital psiquiátrico para tratamento de adolescentes), como ele é menor, não pode ficar internado no CAAPAC. A conversa, ainda que eu só pudesse ouvir parte dela, pareceu-me como uma troca de favores entre “comadres”, não uma ligação profissional de encaminhamento de saúde. Foi uma negociação bastante intensa. Agora ela precisava agendar transporte para a noite, pois o atendimento e possível internação teria que ser feita no período da noite e já era fim da tarde.

Ana ainda falava sobre seus filhos. O Cristiano, um dos filhos, tinha sido internado na Santa Casa, estava trabalhando e passou mal. Apesar de temer pela saúde do filho, ela parecia aliviada que o filho estava finalmente internado em algum lugar. Mostrou-me a medicação que toma, reclamou da falta de um marido ou namorado para apoiá-la, da falta de prazer na vida, acentuada pelo desgosto que sente pelo “fracasso” na vida dos filhos. Ela contou-me que o filho mais velho (48 anos) usa um “pó” branco, que a xinga de pomba-gira, além de ficarem agressivos um com o outro, que discutem o tempo todo e que, segundo ela, a culpa é da cachaça. Eu sabia do meu papel ali deveria ser o de não interferir em nada, apenas observar e deixar fluir, entretanto, meu desconforto e comoção eram visíveis, não consegui disfarçar.

Fui embora às 16h30. Cheguei em casa e fiquei pensando quanta coisa tinha se passado em um único dia. Neste momento parece que estou do lado oposto ao que quero estar nesta pesquisa, mas sei que em um texto polifônico há a necessidade de acesso a várias faces de uma mesma realidade. Não pude evitar minhas percepções sobre a situação da Dona Ana, notei sua necessidade de dividir com outras pessoas os problemas que enfrenta com seus filhos, a falta de diálogo instaurada na família, seus desejos confusos por ajuda, o excesso de julgamentos de certo e errado que parecem impedi-la de buscar respostas, ou melhor, de fazer perguntas.

Cachoeiro de Itapemirim, 21 de janeiro de 2020.

Somente hoje, meu segundo dia na SEMUS, consegui prestar atenção na pequena sala da coordenadoria de saúde mental, nas mesas abarrotadas de papéis, nas cadeiras em mau estado de conservação, nos computadores antigos e na única linha telefônica dividida para as três mesas – a estagiária não tem mesa própria, o móvel nem caberia na sala. Sei que não estou aqui para julgar, mas não tenho como deixar de notar certa precariedade para o trabalho das profissionais que ali estão. O prédio antigo com janelas gradeadas é repleto de pequenas salas, algumas interligadas, para atender todo o município e centralizar todas as decisões e ações promovidas pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Ainda um pouco sem jeito abri a porta e me sentei em uma das três cadeiras disponíveis para quem precisa de atendimento.

Mel faz questão de me explicar tudo o que está fazendo, como se organiza para atender a todas as demandas, para ela aquele é um espaço de escuta e também para os primeiros atendimentos e encaminhamentos em saúde mental. Ela me diz que 40% das questões que

surtem ali são direcionadas para o CAPS-ad, ou seja, a maior parte está relacionada com acolhimento de pessoas em sofrimento psíquico e deficiência intelectual.

Dona Ana, a senhora cujo atendimento presenciei no dia anterior, liga novamente pedindo o internamento compulsório para seus filhos, mas Mel lhe explica que só pode fazê-lo com ordem judicial. Em seguida outra mulher chega à sala pedindo ajuda para internar o filho que está amarrado em casa no chão da sala. Ela exhibe a foto no celular de um jovem amarrado no chão e contido pelo pai. A cena choca e ao mesmo tempo traz à tona as dificuldades dos familiares ao lidar com situações imprevisíveis como a do rapaz, que, como relata a mãe, fica muito agressivo por conta da falta do uso de drogas. O jovem, que toma medicação psiquiátrica desde a adolescência, passou a usar drogas como substituto ao uso dos remédios, o que piorou as alucinações e os delírios, fazendo-o ficar por vezes dias sem aparecer em casa, perambulando pelas ruas completamente fora de si.

Vejo a foto no celular e tento imaginar o cotidiano dessa família, ao mesmo tempo penso o que pode ser feito para que ele entenda a importância do tratamento e aceite sua condição. O relato da mãe é interrompido pelo telefone, que toca insistentemente, mais uma situação a ser tratada. Uma servidora da saúde que precisa ser contida, pois está prestes a se jogar da ponte⁴⁷. Mel pede que passem o telefone para ela buscando acalmá-la, ouvindo atentamente suas dores e procurando convencê-la a aceitar ajuda. Sinto a tensão nos olhos de Mel, situações como essa não são simples e, por sua experiência, sabe que qualquer frase mal colocada pode ser fatal. Ela sozinha precisa se desdobrar nos atendimentos. Por causa dos horários diferenciados de escala de trabalho das funcionárias da SEMUS, no período da tarde somente uma psicóloga está disponível para fazer todos os atendimentos. A assistente social, que também poderia apoiar, tem a escala variada, trabalhando segundas, quartas e sextas à tarde e às terças e quintas pela manhã.

Penso “hoje ainda é o meu segundo dia”. Toda essa situação me deixou desconfortável, acredito que um caso como o da servidora poderia ser tratado com mais privacidade, mas como ter privacidade em uma sala de 12m² onde entra e sai gente a todo momento? Minha sensação de impotência é enorme, olho a mulher com o celular na mão esperando que a Mel

⁴⁷ A Ponte Ilha da Luz, que corta a cidade fica sobre o Rio Itapemirim, é o local “preferencial” das pessoas que atentam contra a própria vida.

saia do telefone e volte a lhe dar atenção. Tento não ser mais um incômodo, mas não passo despercebida, meus pensamentos são interrompidos pela mulher que quer resolver a situação do filho, que continua amarrado, pedindo para que eu faça alguma coisa. Busco acamá-la sem sucesso.

Passados aproximadamente uns 30 minutos, Mel volta a dar atenção à mulher que a espera, retomando a conversa de onde pararam. Para que o rapaz possa ser encaminhado ao pronto socorro psiquiátrico contido da forma em que está, é preciso o acompanhamento da guarda municipal – chamada em casos nos quais o paciente apresenta sinais de agressividade, oferecendo riscos a si ou a outros. O celular da mulher toca, seu marido diz que ele, o filho, está mais calmo e aceitou ser encaminhado ao CAPAAC, ela então é instruída de que o processo mais rápido é que os pais o levem ao pronto socorro. A mulher vai embora. Lembrei de ter ouvido de uma profissional do CAPS-II que essa agressividade surge quando há dissonância entre os desejos do sujeito em sofrimento psíquico e os desejos de outros, quase que como um grito de socorro.

Clara, a assistente jurídica, avisa que novas internações foram autorizadas e que é preciso acionar o departamento de transportes para que sejam feitos os devidos encaminhamentos que dependem da disponibilidade de alguma das 14 ambulâncias do município. O uso das ambulâncias não é exclusividade da saúde mental, ao contrário, concorre com outras demandas para atender a cidade. Notei uma tensão no ar, saio um pouco da sala para buscar uma água e vejo Mel no corredor chorando, ela disfarça como pode, fico sem jeito e finjo que não percebi. Ela acaba de discutir com o coordenador do setor de transportes que diz não ter como atender sua demanda.

O município não conta com clínicas psiquiátricas para internamento, estes são feitos em clínicas particulares que têm convênio com a prefeitura, por contrato cada paciente custa R\$ 40.000,00⁴⁸ por mês. Quando sai a autorização de internação o encaminhamento do paciente deve ser feito em até 72 horas, caso contrário a vaga é perdida e o nome volta ao final da fila, daí a importância de que o transporte seja feito com agilidade. Entretanto, as ambulâncias não são de uso exclusivo da saúde mental, ou seja, há uma espécie de concorrência de prioridade

⁴⁸ A título de comparação, liguei para uma conceituada clínica psiquiátrica particular para saber o valor da internação para o período de um mês: R\$ 21.000,00. O valor pago pela prefeitura de Cachoeiro de Itapemirim é quase o dobro disso.

para uso. Além do transporte é preciso garantir acompanhamento de uma/um enfermeira/enfermeiro da UBS correspondente ao território do paciente e da assistente social, uma vez que a clínica mais próxima fica a 40 quilômetros de distância de Cachoeiro.

A tarde foi agitada. Volto meus pensamentos para as ocorrências do dia e não consigo parar de pensar nas dificuldades enfrentadas por aquelas trabalhadoras e também de quem depende dos serviços de saúde. Novamente sinto uma sensação de impotência, talvez algo parecido com o que fez Mel chorar no corredor, pergunto-me se todos os dias serão assim. Ficar sentada e observando me passa uma impressão de estar auditando o trabalho que é feito na coordenadoria, o que me dá uma sensação desconfortável, percebo que não sou imune a tudo que presenciei no dia de hoje, mas procuro não pensar muito nisso, ainda é o meu segundo dia.

Cachoeiro de Itapemirim, 23 de janeiro de 2020.

Quase chegando à SEMUS para meu terceiro dia, noto que ainda está sob o impacto do dia anterior que havia sido muito movimentado: problemas com transporte, uma tentativa de suicídio de uma servidora, um jovem amarrado pelos pais no chão da sala de casa, tudo aquilo havia me deixado confusa se ali era o lugar certo para a realização da minha pesquisa. A sensação ruim de ficar observando as pessoas trabalhando fazia com que eu questionasse se a minha presença não era mais um fator estressante para aquelas mulheres. Cabe dizer que elas se mostraram muito zelosas comigo. Entrei e novamente sentei na mesma cadeira, como se tentasse ficar invisível, não atrapalhar, não ser mais um ponto de pressão no dia delas.

Os preparativos das ações do “Janeiro Branco” estavam a todo vapor. Fui chamada para ajudar na decoração, na confecção dos cartazes (figura 3). Acabei me envolvendo, participando dos preparativos de tal forma que nem vi a tarde passar. Havia uma preocupação muito grande de que tudo saísse da melhor forma possível, superando a falta de recursos financeiros. Fizemos cartazes para espalhar em toda secretaria e faixas que seriam usadas na ação externa (praça da cidade e lar de idosos). Todas nos envolvemos nos preparativos. Aquela minha sensação de estar atrapalhando o trabalho das profissionais ali foi substituída pela de inclusão, senti-me fazendo parte das atividades.

Figura 3 – Cartazes “Janeiro Branco”



Fonte: Acervo da autora (2020).

Enquanto realizávamos tarefas mais lúdicas, Mel foi me explicando sobre outras ações realizadas pela secretaria em conjunto com outras coordenações – saúde da mulher e saúde do homem – “*a saúde mental tem que estar presente em tudo o que fazemos aqui*”, diz ela. Mostrou-me também um arquivo com os prontuários de saúde mental e o Plano Terapêutico Singular (PTS) de 51 pessoas em situação de rua acompanhadas pela coordenadoria. Um trabalho realizado no ano anterior que visava dar suporte a essas pessoas, encaminhando-as para o Centro Pop (Centro de Referência Especializado para Pessoas em Situação de Rua). O espaço foi inaugurado em outubro de 2019 e oferece atendimentos individuais e coletivos com profissionais (assistente social, psicólogo e pedagogo). No local acontecem oficinas e atividades de convívio e socialização, espaço para higiene pessoal, alimentação, limpeza de roupas, provisão de documentação e guarda de pertences.

Foi um dia sem atendimentos presenciais, o que deu alívio e ajudou a tirar a má impressão deixada pelo dia anterior.

Cachoeiro de Itapemirim, 24 de janeiro de 2020.

Assim que cheguei percebi um clima estranho no ar, como se algo estivesse muito errado ali, mas preferi não perguntar. Cumprimentei todos que estavam na sala e coloquei-me novamente na cadeira de sempre, como se quisesse reservar aquele lugar para mim. A agitação era grande, Mel respondia mensagens ao celular, falava ao telefone (fixo), mexia no computador, colocava e tirava os óculos do rosto como se quisesse arremessá-los ao chão. Aos poucos fui entendendo o que havia acontecido: a contratação das tendas que seriam colocadas na praça no

dia seguinte para a ação do “Janeiro Branco” fora barrada pelo departamento jurídico por problemas na documentação. Apesar do anúncio já feito na TV local, a ação corria o risco de não acontecer por problemas burocráticos.

Meio sem jeito uma mulher entra na sala, seu semblante é fechado, o olhar disperso. Pude perceber que aquela não era sua primeira vez ali, pedia ajuda, seu corpo e sua alma gritavam por ajuda. Sentada na cadeira ao lado da minha ela aguardava para que fosse atendida. Quando sua vez finalmente chegou ela disse que precisava que sua consulta fosse antecipada, pois estava sem medicação, apresentando um quadro grave de depressão puerperal (segundo Sara, a psicóloga que fazia seu atendimento). A dificuldade nos casos de antecipação das consultas marcadas com a psiquiatra é que além de só ter uma médica, ela só faz atendimentos no Centro Municipal de Saúde (CMS) uma vez por semana. Além disso a médica não atende casos de bipolaridade, esquizofrenia e tabagismo, uma regra criada por ela, que prefere não trabalhar com estes tipos de diagnósticos, particularmente, achei muito estranha esta exigência da médica.

Passadas muitas idas e vindas, assinaturas e novos encaminhamentos ao departamento jurídico o problema das tendas fora solucionado, tudo estava pronto para ação do “Janeiro Branco” na praça central da cidade amanhã. Fui convidada a participar do evento, ficaríamos nas tendas abordando as pessoas para falar de saúde mental, além disso elas poderiam medir pressão, peso, atualizar o cadastro SUS etc. Começo a me sentir mais à vontade para falar e fazer perguntas sem a impressão de que estou atrapalhando o trabalho das pessoas. Sinto-me um pouco ansiosa para ver a aceitação e participação do público para a ação de amanhã.

Cachoeiro de Itapemirim, 25 de janeiro de 2020.

O dia amanheceu chovendo muito, a chuva forte que começara na noite anterior ainda não tinha cessado, fiquei pensando como seriam os preparativos na Praça. O combinado era começarmos a arrumação das tendas às 8h da manhã. Saí de casa em direção ao centro da cidade e vi muitas ruas alagadas, a defesa civil fechando ruas, as águas do rio Itapemirim subiam rapidamente. Fui avisada pela Mel que a ação havia sido cancelada por conta da chuva e da possibilidade de enchente do rio, o que acabou se confirmando. Por volta do meio-dia as pontes que ligam um lado ao outro da cidade haviam sumido embaixo d’água, hospitais,

teatro, a sede da prefeitura, casas e estabelecimentos comerciais foram tomados pelas águas naquela que seria uma das mais fortes enchentes do rio Itapemirim.

Minha ansiedade foi substituída pela frustração, mas também pela preocupação, comigo e com outras pessoas, pois o rio subia rapidamente. Eu estava no centro da cidade, próximo à praça onde ocorreria o evento e conseguia ver as ruas transversais sendo tomadas pelas águas que cobriam o asfalto mansamente, mas de forma contínua. Enquanto eu tentava achar um caminho alternativo para casa, entrava e saía de ruas diferentes sem sucesso, pois a defesa civil direcionava os carros para outros locais. Antes de chegar em casa, ainda pude ouvir as sirenes que tocavam alertando os moradores para saírem de suas casas, principalmente aquelas que ficam à beira do rio. Vi também pessoas retirando o que podiam de suas residências e comércios. Eu nunca tinha visto algo igual, por sorte moro em um bairro alto, onde não há perigo de ser atingido pelas cheias, o que, nesta hora, parece-me reconfortante. Não consigo parar de pensar naqueles que não têm a mesma sorte.

Cachoeiro de Itapemirim, 27 de janeiro de 2020.

As chuvas não cessaram, mas perderam a força. Quase chegando à SEMUS vejo as marcas da água pela cidade e as águas do rio ainda muito altas para os padrões considerados normais. A visão é de devastação, móveis destruídos, entulhos de lixo acumulados nas esquinas, roupas e muita, muita lama espalhada por toda a parte. Os jornais da cidade noticiavam que 17 cidades do estado sofreram com as chuvas do final de semana, que deixou mais de 5.000 pessoas desabrigadas, das quais quase 700 delas atendidas pela prefeitura de Cachoeiro.

Assim que cheguei à SEMUS, pude notar a movimentação; diferente da semana anterior, o foco era socorrer os desabrigados que eram direcionados ao Centro Pop. Doações chegavam de toda parte, roupas, sapatos, itens de higiene e comida estavam sendo triados e encaminhados para distribuição aos desabrigados. Muita agitação. Sentei na mesma cadeira e fiquei observando toda aquela movimentação, quieta e sem jeito, não sei o que posso fazer e fico pensando em toda aquela situação. As horas não passam. Todas as ações preparadas para o “Janeiro Branco” foram canceladas, a prioridade agora é outra, direcionar todos os esforços no auxílio aos desabrigados. Uma das psicólogas da coordenadoria fora direcionada para o Centro Pop para auxiliar com os trabalhos realizados por lá.

A TV mostrava os estragos causados pelas chuvas e noticiava a morte de uma moça de 19 anos que havia sido retirada da ponte três vezes pelos bombeiros antes de ser levada pelas águas. Por causa da repercussão causada pela mídia, representantes do estado cobravam da SEMUS uma resposta, principalmente porque ela fora usuária do sistema de saúde mental. Era preciso encontrar seu prontuário de atendimento e fazer contato com a família, que se recusava a falar sobre o caso. Seu corpo ainda não aparecera. A tensão era grande.

Chego em casa e sento para escrever este relato com uma sensação de vazio que percorre meu corpo, sei que é meu papel ali, mas minha vontade é a de poder ajudar em algo, mas nada posso fazer. Novamente o sentimento de impotência toma conta de mim, ficar sentada vendo as pessoas trabalharem não é confortável, não sou imune às coisas que vejo acontecer, à precariedade do sistema, ao imprevisível da vida que se sobrepõe aos planejamentos.

Cachoeiro de Itapemirim, 28 de janeiro de 2020.

Ainda sinto o desconforto do dia anterior. A chuva fora substituída por um lindo céu azul, no caminho até a SEMUS vejo pessoas limpando a lama deixada pela enchente; há muito entulho pelas ruas e se inicia a colocação de sirenes de alerta em novos locais da cidade, não tem como passar despercebido todo o estrago causado pelas águas. Assim que cheguei, tomei meu posto, aquela cadeira que agora parece reservada para mim, mas desta vez Mel me diz que quer que eu a acompanhe em uma reunião no CAPAAC, mas antes precisaríamos passar em uma das UBS's onde as doações para as vítimas da enchente estavam sendo triadas.

A visita na UBS foi rápida, acabei nem saindo do carro a pedido da Mel. Chegamos ao CAPAAC um pouco antes do início da reunião; além de nós duas estavam presentes a nutricionista, a psicóloga, a assistente social e um estagiário de psicologia do hospital. O assunto era a alta de um paciente que estava internado lá há três meses⁴⁹. Claudio, um homem solteiro de 43 anos, já havia passado por 21 internações algumas delas na Clínica Santa

⁴⁹ As internações no hospital são raras, pois os casos são para pronto atendimento e para poucas internações em casos mais graves nos quais a pessoa precisa ser contida até que a medicação comece a fazer efeito, tempo este não pode ultrapassar os 30 dias.

Isabel⁵⁰ e outras no CAPAAC, sempre com crises de esquizofrenia e alucinações de perseguição, ocorrendo a primeira das internações aos 27 anos de idade.

A reunião era para alinhar o retorno de Claudio ao convívio social. Segundo o grupo do hospital, o homem, que mora sozinho em cima da casa da irmã, tem condições de retorno ao lar uma vez que adere bem a rotinas, mas tem problemas com a continuidade do tratamento medicamentoso e se recusa a participar das ações promovidas pelo CAPS-II e hospital-dia – situação comum entre muitos pacientes que, ao se sentirem melhores, abandonam o uso dos remédios. A irmã de Claudio é sua tutora legal e se responsabilizou, junto com a equipe médica, de garantir que ele tome a medicação indicada a fim de evitar novas crises.

O prontuário de acompanhamento dele foi lido e houve algumas deliberações a respeito daquilo que seria o melhor tipo de acompanhamento, no sentido de desenvolver a autonomia do paciente e evitar novas internações. Ficou definido que a equipe do CAPAAC iria fazer visitas mensais na casa dele, para verificação da medicação e checagem das condições gerais do paciente.

Após a reunião, enquanto aguardávamos o carro da prefeitura para nos levar novamente à SEMUS, Mel me disse que situações como a de Claudio, de pacientes com histórico de longas internações, não são mais comuns na região desde o fechamento da Santa Isabel. O carro chegou e fomos embora. A tarde tinha passado depressa, chegamos de volta já passava das 17h e quase todo pessoal da secretaria já havia ido embora; peguei minhas coisas e fui também.

Autonomia, uma palavra que ficou na minha cabeça hoje. Gostaria de poder acompanhar a história desse homem, mas certamente não terei mais acesso a ela uma vez que não poderia fazê-lo sem o acompanhamento e supervisão da secretaria de saúde. Lembrei-me também da importância do sentido de pertença, o quanto é importante fazer parte de um grupo, poder socializar e viver uma vida mais comum, o quanto isto não fará diferença na vida desse homem.

⁵⁰ A Clínica Santa Isabel, considerado o último manicômio do estado, foi fechada em 2016 colocando fim a internações de longa duração na região. O lugar ficou conhecido pelas inúmeras denúncias de maus-tratos aos internos como o uso de “práticas manicomialis além muro”, que envolviam eletrochoques, abuso sexual, más condições de higiene e até mesmo casos de morte por incompetência administrativa.

Cachoeiro de Itapemirim, 29 de janeiro de 2020.

Cada dia na secretaria tem sido de um jeito, percebo que não há como me planejar muito para saber como será meu dia na SEMUS, não que eu precise deste planejamento, mas para não ficar somente sentada naquela costureira cadeira, calada, observando. Aos poucos começo a fazer uma ou outra coisa para ajudar como avisar os usuários sobre as marcações de consultas e preencher relatórios de controle das atividades que são entregues ao final do mês com objetivo de monitorar a produtividade do departamento.

A porta abre e uma mulher entra aos prantos pedindo ajuda para conseguir a internação compulsória do marido, que tenta se suicidar por conta de uma separação mal resolvida. Entretanto, “*não é assim que as coisas funcionam*”, como diz Mel, a Saúde Mental não pode pedir a internação que deve vir via solicitação do município ou intervenção judicial. A mulher é orientada a procurar o CAPAAC para os primeiros atendimentos. Frustrada, ela vai embora sem conseguir a ajuda que veio pedir.

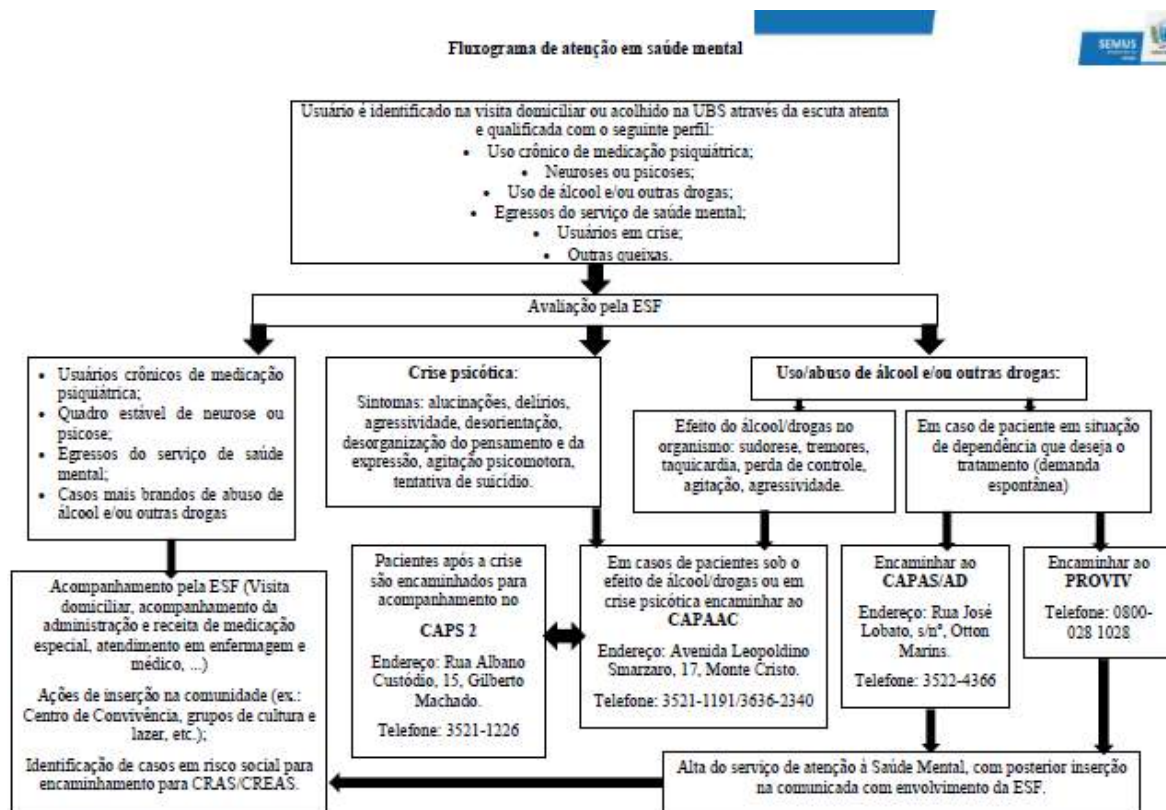
Sigo confirmando os agendamentos de consulta com a psiquiatra, mas pensando na situação que acabo de presenciar. Novamente sou invadida pela sensação de impotência. Perdida em meus pensamentos, sou interrompida pela assistente jurídica, que anuncia que mais uma vaga de internamento compulsório foi aprovada e que o encaminhamento do usuário precisa ser feito o quanto antes para que a vaga não seja perdida. Começam as tentativas de agendamento de ambulância, assistente social e uma enfermeira ou enfermeiro para levá-lo até outra cidade. Desde o fechamento da Santa Isabel, não há clínicas na cidade para fazer o acolhimento das pessoas que necessitam de tratamento temporário. Entretanto, há rumores de que os donos tentam reabrir as portas com outra proposta de trabalho, diferente da anterior, com internamentos de longa duração, mas sem sucesso, provavelmente pela má fama deixada na cidade.

Cachoeiro de Itapemirim, 30 de janeiro de 2020.

Como de costume e já me impondo uma certa rotina, chego à SEMUS e sento-me na cadeira de sempre. Ainda posso sentir o desconforto de estar ali apenas observando. Faço algumas perguntas para quebrar o silêncio e também conhecer o fluxo de trabalho daquelas mulheres.

Mais do que seguir o fluxograma representado na figura 4, a preocupação maior é pelo acolhimento e suporte dado aos usuários e seus familiares.

Figura 4 – Fluxograma de atenção em saúde mental CI



Fonte: SEMUS (2020).

O telefone não para de tocar, são mais internamentos liberados e agendamentos de transporte. Marta me pergunta se posso ajudá-la a comunicar aos usuários sobre a remarcação de consultas. Por causa da substituição tardia do médico psiquiatra, que se aposentou no final de 2019, as consultas daquele ano ficaram acumuladas e acabaram sendo remarçadas para 2020. Percebi que tinha gente esperando desde 2018 por um atendimento. Fiquei pensando como estariam aquelas pessoas sem acompanhamento ou mesmo sem fazer uso de alguma medicação prescrita, fui levada a refletir sobre o descaso do poder público com essas pessoas, a sensação de impotência retorna.

Cachoeiro de Itapemirim, 10 de fevereiro de 2020.

Eu, a cadeira, novamente em mais um dia. Por vezes me questiono se estou fazendo a coisa certa, o que estou fazendo sentada aqui observando? Perco-me em meus pensamentos até que o telefone rompe o silêncio. Tomo a iniciativa e começo a fazer o aviso sobre os agendamentos de consulta psiquiátrica para os usuários da rede, ainda estamos trabalhando com as remarcações de 2019. Mel recebe mais uma liberação de vaga para internamento em outra cidade, o transporte precisa ser acionado e as negociações começam, um enfermeiro, uma assistente social, o motorista, a ambulância.

Fico sabendo sobre as histórias da Clínica Santa Isabel fechada desde 2016, mas que pode ser reaberta agora como comunidade terapêutica, de acordo com as novas diretrizes do governo. *“Os donos de lá são muito ricos e têm influência na política da cidade”*. A clínica em questão já foi considerada um *“depósito de gente”*, lugar de exclusão social, era uma instituição psiquiátrica de características asilares – ou, simplesmente, um manicômio – que passou por diversas denúncias de maus-tratos e abandono dos internos. A pressão da luta antimanicomial na cidade ajudou a fazer pressão no governo para fechar as portas do lugar que desde 2012 não recebia novos “pacientes”. Na volta para casa resolvi, passar em frente à clínica, vejo o muro alto que me chama a atenção. O prédio parece um lugar abandonado, mas que memórias guardam aqueles muros?

Cachoeiro de Itapemirim, 11 de fevereiro de 2020.

Sentada em “minha” cadeira de costume presto atenção em uma mulher que pede socorro para seu filho que, com pouco mais de 20 anos, se envolveu com drogas e agora vive perambulando pelas ruas da cidade. Ela quer interná-lo, mas ele não quer receber ajuda. Pacientemente a psicóloga explica a ela que a internação só pode acontecer por via judicial ou por vontade do próprio filho, ou seja, com seu consentimento, caso contrário pouco há a se fazer. Consigo ver o desalento em seus olhos, o sofrimento estampado em seu rosto por buscar ajuda para o filho e não conseguir. Casos como o dela não são raros, muitas são as mulheres (aqui me dou conta que são as mulheres que geralmente buscam ajuda para si ou para seus familiares) que procuram a SEMUS para internamento. Acabo distraíndo-me com o pedido da Marta para que eu continue fazendo os reagendamentos de consultas, contato com o CAPAAC para verificar a condição de um usuário que fora encaminhado no dia anterior em situação de urgência psiquiátrica e os encaminhamentos para o CAPS-ad. Sinto muita dificuldade em colocar no papel minhas observações e experiências nestes dias.

Cachoeiro de Itapemirim, 20 de fevereiro de 2020.

Eu, a cadeira e os encaminhamentos de pacientes. Nada mais acontece, fico ali sentada, observando, tentando tomar nota de meus pensamentos, das minhas experiências e das coisas que acontecem, mas nada acontece. Não que eu saiba exatamente o que gostaria que acontecesse, não é este o objetivo da minha presença. Refaço mentalmente o caminho que me levou à SEMUS e percebo que talvez o que desejo pesquisar não está aqui. Mais um endurecimento.

Cachoeiro de Itapemirim, 02 de março de 2020.

Persistem os problemas com o agendamento de veículos para transporte dos pacientes para levá-los e buscá-los das internações. As ambulâncias compartilhadas continuam sendo um problema que parece não ter fim. Hoje começamos a fazer o *follow up* para saber se os reagendamentos de consultas psiquiátricas de 2018 e 2019 estão acontecendo e se as UBSs conseguiram entrar em contato com os usuários, uma vez que todos precisariam fazer a triagem novamente.

O telefone toca e desta vez a situação é de atendimento a um idoso que está em condição de vulnerabilidade, sem parentes e precisa de suporte da vigilância sanitária para retirá-lo da casa em que está. A condição dele em si não seria um problema de saúde mental, pelo menos foi o que a assistente social tentou argumentar. Foi preciso uma visita em sua casa e transferi-lo para a casa de uma filha que mora em Vitória para que o pai ficasse sob seus cuidados. A filha não queria assumir a responsabilidade sobre o tratamento do pai, entretanto “*o município não pode fazer nada*”.

Cachoeiro de Itapemirim, 20 de fevereiro de 2020.

Participei de uma reunião com o CAPS-II sobre uma paciente psiquiátrica, há suspeitas de que ela pode ter matado o primeiro marido e agora está cuidando de outro, também usuário do sistema de saúde mental. Há uma preocupação do grupo de acompanhamento que algo errado esteja acontecendo. Ela receberá uma visita da assistente social e da psicóloga para que possam saber quais as condições de saúde dela. A reunião serviu para montar uma estratégia de abordagem. O caso dessa mulher chegou até a SEMUS por meio da Agente Comunitária

de Saúde (ACS) responsável pelo território onde ela habita. “*Histórias como estas são mais comuns do que parecem*”, me diz uma enfermeira.

Cachoeiro de Itapemirim, 09 de março de 2020.

Hoje é o primeiro dia de um projeto piloto proposto pelo estado e supervisionado pela SEMUS no qual um grupo de profissionais da saúde irá atuar em conjunto em uma das UBSs com o foco na saúde mental. Uma equipe multidisciplinar composta por uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, uma assistente social, um psicólogo e um psiquiatra farão atendimentos à população. O projeto terá duração de um ano para este grupo, podendo o município receber outros grupos de acordo com o andamento e o progresso do trabalho realizado. A expectativa é que o grupo possa auxiliar os usuários do sistema.

Saiu a liberação de internamento para o Fabrício na cidade de Fundão que fica a quase 200km daqui, a viagem é longa e recomeçam os problemas com transporte. Mel acaba chamando o marido para que possam fazer o transporte com seu carro particular para não perder a vaga que demorou tanto tempo para sair. Tudo isso acontece na frente da mãe do rapaz que fica quase implorando para que o filho possa ser internado e tratado – Fabrício é um rapaz que nos momentos de crise acaba ficando violento e agredindo a mãe. São apenas os dois em casa e nem sempre a mãe consegue ajuda dos vizinhos para contê-lo em seus momentos de fúria. Fico pensando nas dificuldades da mãe, mas também na entrega pessoal da Mel, mas fico me perguntando que outras alternativas haveria para contornar a situação.

Cachoeiro de Itapemirim, 10 de março de 2020.

Hoje o grupo do projeto multidisciplinar resolveu que ficaria um período no CAPAAC no atendimento às emergências psiquiátricas antes de ir diretamente para a UBS Vilage, até mesmo porque muitos usuários passam pelo hospital antes de entrarem no programa de acompanhamento. Pergunto a Mel como foi a viagem de ontem e mais uma vez vejo o descontentamento em seus olhos ao falar do conflito entre as internações de urgência e a ausência de um transporte que atenda às necessidades da população.

Por detrás de seu descontentamento há outras coisas, ela acaba falando sobre a influência política para tratamento de filhos e familiares de pessoas com dinheiro, para a manutenção de

internamentos e prioridade de atendimento e transporte. Outra questão é que há médicos que fazem laudos psiquiátricos a partir de relato da família sem atender o “paciente”, o que para ela significa a existência de outros interesses. *“A questão psiquiátrica é muito sensível, não pode ser colocada desta forma, há muitos interesses envolvidos”*.

Fico sabendo da condição de Juliaita, uma pessoa em situação de rua que está grávida e que tentou se jogar da ponte, mas caiu no mato e sobreviveu. Ela faz uso de drogas para calar as vozes que a acompanham, já passou por várias internações, mas, como volta para as ruas, acaba se envolvendo novamente com as drogas e retomando a condição inicial. Pablo é outro caso parecido, também vive nas ruas de Cachoeiro, mas diferentemente de Juliaita tem família, fica nas ruas por causa das vozes e das drogas. Sua mãe teme por sua vida *“ele é bobo, os traficantes mandam ele esconder a droga e ele faz tudo o que eles mandam, tenho medo por ele”*. Ele já passou por quatro internamentos compulsórios, todos com interferência do judiciário. Pergunto-me se o que fazem é tratamento ou apenas isolamento.

O telefone toca, uma pessoa de um setor administrativo da prefeitura liga pedindo intervenção imediata porque há uma pessoa em frente à Casa de Cultura Roberto Carlos⁵¹ fazendo uso de drogas. A pessoa do outro lado da linha diz ter influência na administração pública e quer que o homem seja retirado do local o mais rápido possível, pois ele está incomodando os passantes e moradores locais.

Logo em seguida o telefone toca novamente, agora uma pessoa em crise, falando várias coisas sem sentido; foi colocada para falar por uma gestora do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS). Tratava-se de um rapaz que havia viajado de Belo Horizonte até Cachoeiro de Itapemirim carregando apenas seus documentos e o cartão do SUS, e precisava de assistência psicossocial. O dia hoje foi bastante agitado, diferente de outros dias em que fico sentada vendo o “nada” acontecer. Hoje o dia passou muito rápido, houve muitas situações que dependiam de uma decisão ou de uma ação de alguém da SEMUS.

Cachoeiro de Itapemirim, 17 de março de 2020.

⁵¹ Em 2000 o imóvel onde o cantor Roberto Carlos passou sua infância foi adquirido pelo município e se tornou patrimônio cultural que abriga obras e artefatos do cantor. A residência fica em um bairro considerado de alto poder aquisitivo no qual moram pessoas de condições socioeconômica mais altas, cidadãos influentes e políticos.

Não fui para a SEMUS, fui comunicada que, por causa da pandemia da COVID-19, todas as atividades não essenciais estariam suspensas por tempo indeterminado. Na SEMUS as atividades continuaram, mas eu não poderia mais acompanhar o trabalho ali realizado. Parte de mim se sentiu confortável por não ter que sair de casa e me proteger da doença, mas uma outra parte gostaria de continuar frequentando a Secretaria, sinto que ainda falta muita coisa para fazer, para ver, para experimentar. Gosto de gente. Gosto de olhar nos olhos das pessoas enquanto elas falam, gosto de ouvir com atenção. Os olhos indicam o caminho, o brilho nos olhos fala muito, um sorriso diz o que nem sempre a mente racional permite que a boca fale, um aceno de cabeça permite que se continue... Sei que vou sentir falta de ver gente.

Cachoeiro de Itapemirim, 08 de outubro de 2020.

Enfim pude retomar meu acompanhamento na SEMUS. Ao chegar pude ver ainda os enfeites da campanha do Setembro Amarelo (mês no qual se fala sobre a prevenção do suicídio) pelos corredores. Fui recebida com um caloroso boas-vindas e naquele lugar me senti segura para contar o que havia acontecido comigo, sobre a minha crise (que aconteceu em junho deste ano). Eu não me sentia completamente “normal”, estava apática, como um corpo anestesiado, mas foi bom poder compartilhar isso. Pude sentir o acolhimento daquelas mulheres e seus olhares de compreensão, só então percebi o quanto é importante aquelas conversas delas com as pessoas que buscam socorro.

Elas me falaram sobre a ação do Setembro Amarelo, em que realizaram um questionário com os servidores e que 10% deles foram encaminhados para atendimento especializado e acolhimento ao servidor. As perguntas estavam principalmente relacionadas à pandemia e à sobrecarga de trabalho. Foram distribuídas também cartilhas educativas, além da realização de capacitação e normas para planos de contingência e correto uso de EPIs. Estavam testando um plano de monitoramento online dos pacientes. As atividades coletivas do CAPS-II e CAPS-ad estavam suspensas, atuando somente em situações movidas judicialmente. A SEMUS ficou também responsável por fazer o monitoramento dos pacientes de COVID-19 do município.

Segundo a Mel, neste período o CAPAAC realizou um número maior de atendimentos de pessoas em crise, mas todos apenas para medicação, sem novas internações. Com a propagação do vírus e o fechamento do comércio na cidade, houve um aumento significativo dos atendimentos de emergência e a suspensão de visita aos internos. Os casos de atendimento e acolhimento na SEMUS estavam restritos para evitar o contágio e propagação do vírus.

Voltei para casa com uma sensação boa de estar retomando minhas atividades com a tese, mas, principalmente, de ter podido falar sobre a minha crise sem julgamentos, sem medo.

Cachoeiro de Itapemirim, 13 de outubro de 2020.

Retomando minha rotina, chego à SEMUS e sento na cadeira de costume. A Marta me pede para que eu a ajude com a comunicação de consultas e com a confecção de mais um relatório, agora sobre o agendamento de consultas e sobre se as pessoas estavam aderindo ao tratamento. Fizemos as ligações para as UBS e depois ficamos ali planejando a decoração para as ações do “Outubro Rosa” junto com a coordenadoria de saúde da mulher, que fica na porta ao lado. Mel trouxe de casa uma lata de tinta spray rosa para pintar as cartolinas que comporiam duas asas a serem pregadas na parede de entrada da SEMUS.

Uma ligação da defensoria pública avisa sobre a situação do caso de Fabrício, um dependente químico em tratamento que já teve passagens pelos CAPAAC e não conseguiu aderir às atividades propostas no CAPS-ad, a questão envolvia o que é de abrangência do município e o que fica para o estado. O caso dele é uma situação complicada. Ele mora sozinho, é ciente de sua condição, mas acaba passando por várias recaídas no uso de drogas. Durante essas recaídas, fica perambulando pelas ruas da cidade e acaba sendo abordado por alguma ACS que já o conhece e é reencaminhado para tratamento. Ele foi diagnosticado com esquizofrenia e faz uso abusivo de substâncias químicas, além de se negar ao tratamento, diz não se adaptar ao hospital-dia.

Cachoeiro de Itapemirim, 15 de outubro de 2020.

Assim que cheguei Mel me deu uma máscara N95 e um jaleco branco dizendo que iríamos participar de uma reunião na UBS Village, junto com o grupo ICEPI (Instituto Capixaba Estadual de Pesquisa e Inovação), responsável pela equipe multidisciplinar que está fazendo estágio no município como um projeto piloto em saúde. Ao chegar à UBS, vi a decoração feita com balões de festa e cartazes que incentivavam as mulheres aos cuidados com a saúde feminina, campanhas “mama amiga” e “autocuidado”.

A reunião foi rápida, era basicamente para fazer um acompanhamento das ações do grupo na UBS. Falaram também sobre a Síndrome de Burnout⁵² e esgotamento mental relacionado ao trabalho de servidores públicos em meio à COVID-19. Nesses casos a sugestão foi o acompanhamento psicológico e o encaminhamento ao Centro Municipal de Saúde. Ao final da tarde voltamos para a SEMUS, o dia passou bem depressa.

Cachoeiro de Itapemirim, 20 de outubro de 2020.

O dia estava mais calmo, muitas reuniões fora dali com a participação de quase todo mundo do departamento. Com a sala mais vazia pensei que seria um bom momento para entrevistar Sara, a psicóloga que lida diretamente com saúde mental e, quem sabe, conseguir com ela o contato de algum usuário do sistema que estivesse empregado e concordasse em falar comigo. Sara trabalha na SEMUS há dois anos, contratada pelo município sabe que a cada nova gestão tudo pode mudar. Percebi que a conversa não fluiu muito bem, senti que o gravador intimidava a entrevistada e resolvi desligá-lo.

Antes da SEMUS ela cumpriu quatro anos de contrato no CREAS trabalhando com as pessoas em condição de vulnerabilidade social. Já estava acostumada com questões envolvendo saúde mental, o que segundo ela é muito mais comum do que imaginamos. Perguntei por que a saúde mental: *“porque eu amo o que eu faço, quando estou aqui procuro ser a melhor psicóloga que a pessoa pode ter”*. Ela fala sobre a questão da discriminação das pessoas em sofrimento psíquico e mesmo aquelas que não tem uma condição grave acabam sofrendo com isso, o que dificulta muito conseguir um emprego. *“A maioria das empresas daqui da cidade são familiares, pequenas, não querem ter problema com empregado, não seguem as normas de segurança, muito menos de legislação trabalhista, tem muita empresa que nem a carteira assina”*. Pergunto se são todas assim, ela me diz que não, que as empresas maiores que chegaram ao município dão mais chances, mas que não é para todo mundo. Pergunto ainda o que é loucura para ela: *“loucura? Loucura pode ser muita coisa, mas o que eu acho mesmo que é loucura é esse mundo que a gente vive, cada pessoa só pensando em si mesma, a ganância desenfreada, a falta de olhar ao próximo, quando eu trabalhava no CREAS vi muita*

⁵² A Síndrome de Burnout pode ser considerada uma resposta crônica à fatores estressores e interpessoais relacionadas com a atividade laboral, em ambientes organizacionais propensos a situações de desgaste e sofrimento dos trabalhadores (CARDOSO et al., 2017). Para o Ministério da Saúde (2000) a síndrome faz parte da relação de doenças ocupacionais, classificada como transtorno mental e do comportamento associado ao trabalho, faz parte ainda do Código Internacional de Doenças DSM-5.

coisa, muita gente sem nada e um ajudando o outro, quem tem muito não quer dar nada, mas quem já não tem não se importa em dividir”.

Suas palavras ficaram na minha cabeça, lembrei da condição da intervenção na vida dos vulneráveis sociais não se tornar tutela trazida por Paulon e Romagnoli (2018), mas na potência de vidas precarizadas no auxílio a outras ainda mais precarizadas que elas, o quanto se pode aprender com quem parece não ter muito. Também no amor citado por Sara ao se referir ao trabalho que faz, na preocupação em dar o seu melhor.

De volta à rotina, atualizei o relatório de intervenções, fiz os encaminhamentos de consultas e acompanhei atentamente a situação de um novo caso. Marcelo era uma situação diferente, no processo de fechamento da Clínica Santa Isabel ele foi transferido para outra cidade e lá ficou internado por mais de três anos. Agora estava saindo da condição de interno e retornando para o contexto familiar. O problema é que ele não poderia ser internado novamente, para ele havia somente duas saídas: uma residência terapêutica ou a casa da mãe. O processo dele ficou em cima da mesa da Mel, por enquanto sem solução.

Cachoeiro de Itapemirim, 22 de outubro de 2020.

Assim que cheguei fui alertada de que *“hoje é um dia sem ambulância”*. Duas ambulâncias estavam quebradas, estava faltando motorista e outras duas estavam em transporte de pacientes para cidades próximas. Toca o telefone e Mel arregala os olhos ao perceber a gravidade da situação que está ocorrendo do outro lado da linha: *“Maxwel pode fazer alguma loucura”*. O Rapaz é um adolescente já conhecido na SEMUS, já passou por outras situações de intervenção judicial e internação no Himaba – Hospital Estadual Alzir Bernardino, Unidade de Saúde Mental Infantojuvenil. *“Tem coisas que têm começo, meio e fim, a saúde mental não tem fim”* diz Mel ao desligar o telefone.

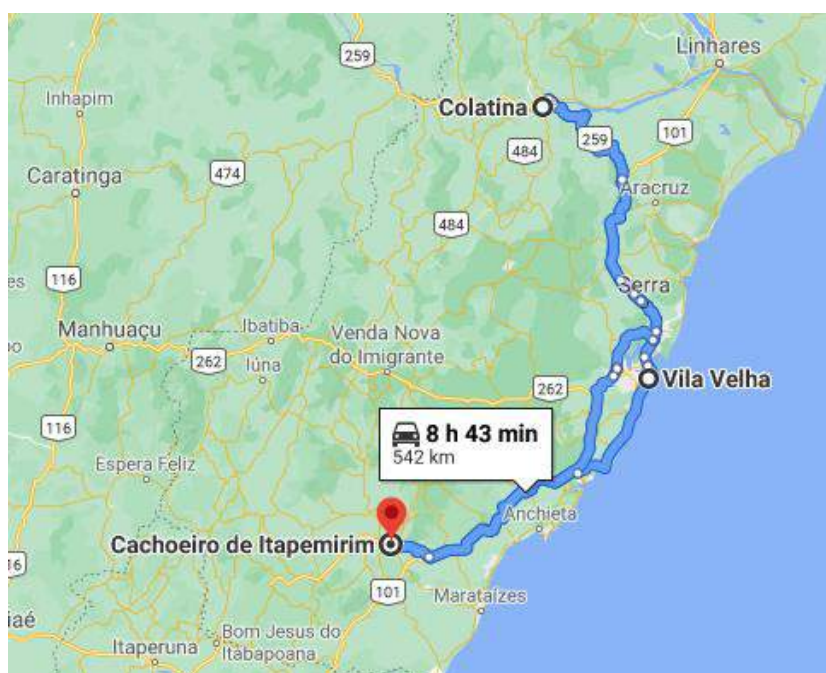
Pensativa por alguns instantes ela pensa no que é possível fazer com aquele rapaz para impedi-lo de cometer alguma *“bobagem”*. Liga para o CAPAAC na tentativa de fazer uma medicação para acalmar o rapaz e levá-lo para internação outro dia, amanhã, quem sabe. Conversa com um, com outro, até que consegue convencer o rapaz a aceitar ir até o hospital e fazer a medicação. A angústia se torna alívio. Mais um dia se passa.

Cachoeiro de Itapemirim, 27 de outubro de 2020.

Assim que chego sou informada de que o Marcelo voltou para casa, ele não queria ficar na RT, prometeu fazer uso correto da medicação e aceitou a intervenção e acompanhamento domiciliar. Este trabalho seria realizado pelo CAPS-II, mas por causa da pandemia a SEMUS assumiu a tarefa até que a situação de saúde seja segura para as intervenções coletivas.

O caso de hoje é de um rapaz sem família que já estava internado no Himaba há mais de 15 dias, porém os internamentos não podem ultrapassar este prazo, era preciso transferir o adolescente da cidade de Vila Velha para uma clínica em Colatina (onde o rapaz tem uma tia), a 140 quilômetros de distância. Começa a correria para não perder a vaga, arranjar um enfermeiro e uma assistente social que pudessem ir (e voltar) com o rapaz. O carro sai de Cachoeiro para Vila Velha, percorre 132 km, vai até Colatina, depois volta para Cachoeiro, uma viagem de aproximadamente oito horas.

Figura 5 – Trajeto para internação Jefferson



Fonte: Google Maps < <https://www.google.com/maps> >

Jefferson tem dezessete anos, mora sozinho em Cachoeiro e passou apresentar problemas de saúde mental, iniciou seu tratamento, mas não tomava a medicação como deveria. Passou a percorrer as ruas e se envolveu com drogas, sendo encaminhado pela polícia para intervenção

judicial. Em Colatina poderá ficar próximo a uma tia que mora na cidade, mas como é morador de Cachoeiro, todo o seu traslado é de responsabilidade da SEMUS. A viagem foi feita no mesmo dia, pois era preciso chegar em Colatina até as 17 horas para não perder a vaga de internação.

Cachoeiro de Itapemirim, 03 de novembro de 2020.

Chego, a sala está vazia, Mel não está e o silêncio toma conta, até mesmo o telefone que insistentemente tocava em outros dias fica mudo. Sentada em minha cadeira revejo minhas últimas anotações. Sinto-me desconfortável, não há nada a fazer, o silêncio é rompido por alguém procurando um café fresco. A tarde passa e vou embora sem muito a contar desde dia.

Cachoeiro de Itapemirim, 11 de novembro de 2020.

Chego e a animação está grande no departamento, são os preparativos para as ações do “Novembro Azul”, mês de cuidados com a saúde do homem. Pelo telefone ficamos sabendo do caso de um homem que chega em surto em uma UBS ameaçando quebrar tudo. A guarda municipal é chamada e as enfermeiras ficam aguardando a chegada de uma ambulância para levá-lo ao CAPAAC. A cidade não tem serviço de SAMU, o que está prometido para 2021, uma vez que o prefeito foi reeleito. O homem é contido, a ambulância demora quase duas horas para chegar à UBS para levá-lo.

Cachoeiro de Itapemirim, 12 de novembro de 2020.

Chego cedo à SEMUS, ganhei novamente uma máscara N95 e um jaleco branco, vamos fazer a primeira intervenção na casa do Marcelo. Ele é um homem de 39 anos, mas aparenta ser mais velho que isso. O dia está chuvoso, uma garoa fina nos acompanha em todo o trajeto, a ambulância percorre ruas que eu não conhecia, aos poucos elas vão ficando cada vez mais estreitas e as casas mais simples. Chegamos. Uma casa simples, com o reboco caído, uma frente coberta pela lama formada pela chuva deixava a entrada bastante escorregadia. Junto comigo estavam a Mel, a assistente social e o motorista da ambulância. Chamou-me a atenção dois sacos enormes cheios de latas para reciclagem, muita sujeira e lixo acumulados logo na entrada. Em um tanque, bem ao lado da porta de entrada, algumas panelas velhas se

amontoavam. Batemos e a porta corroída se abriu, uma senhora de cabelos brancos que acabara de acordar nos recebeu.

Mel argumentou com ela que eles (ela e o filho) deveriam estar prontos, que deveriam nos acompanhar até o CAPS-II para fazer a medicação – acordo que fizeram quando Marcelo voltou para casa. Ele ainda dormia no sofá e ao ouvir seu nome ficou dizendo que não queria ir tomar remédio. Após muita insistência ele foi trocar de roupa para sairmos, ele ficava esbravejando que não queria tomar aquela medicação, que precisava trabalhar e a medicação não o deixava trabalhar.

Chegamos ao CAPS-II e a equipe multidisciplinar nos recebeu para fazer alguns testes com o Marcelo e conversar com ele antes da aplicação da medicação. Ele queria tomar café, reclamava de fome e da medicação, mas, depois de tomar um copo de café e comer um pão, aceitou a injeção. Enquanto isso a mãe dele ficou com a assistente social. Mel me explicou que a mãe de Marcelo também tem um quadro de saúde mental e o irmão mais novo é usuário de drogas. Já com a medicação tomada, voltamos e Marcelo ficou em casa. Agora era preciso dar atendimento a sua mãe, que foi levada até o Centro Municipal de Saúde para fazer um eletrocardiograma, um raio X do coração e marcação de consulta com o cardiologista. Na ambulância ela contou que ganha dinheiro pedindo nas ruas do centro da cidade e vendendo balas e doces, porque com os filhos em casa não sabe se terá dinheiro para dar comida a todos.

Voltei para casa neste dia com uma sensação ruim. Ali eu vi a loucura de uma forma pejorativa, um endurecimento em mim, como se aquela situação me remetesse a outras questões mais profundas escondidas dentro de mim. A pobreza excessiva, a sujeira, as condições precárias de moradia, aquilo tudo foi muito para digerir em um só dia.

Cachoeiro de Itapemirim, 19 de novembro de 2020.

O dia começa calmo e assim permaneceu. Mel me fala sobre o projeto que tem para o ano seguinte junto ao CEREST (Centro de Referência em Saúde do Trabalhador) em uma articulação com a saúde mental, tudo muito incipiente ainda, mas há planos para o futuro. Comemora ainda a possibilidade de conseguir uma ambulância exclusiva para saúde mental com a chegada do SAMU à cidade. O dia passa sem ocorrências.

Cachoeiro de Itapemirim, 04 de dezembro de 2020.

Mais agendamentos de consultas, liberação do Fabrício para internação em Guarapari/ES. O problema a ser resolvido hoje é a fuga do Wellington que estava internado há uma semana. A clínica onde ele estava disse que a responsabilidade de encontrá-lo é do município e que se ele não voltar em 72 horas sua vaga será cancelada. Achei muito estranho a clínica não se responsabilizar pela fuga de um adolescente de suas instalações e ainda ameaçar com o cancelamento da vaga, isto me fez questionar que tipo de atenção e tratamento recebe o interno.

Nova internação é liberada em Jacaraípe/ES. Hoje me despeço, preciso agora entrar em contato com três usuários do sistema de saúde mental que tive contato via SEMUS e tentar entrevistá-los. Sinto um pesar e um alívio ao mesmo tempo. Pesar porque fui bem recebida, bem tratada, ali eu era igual, quando eu estava na SEMUS os problemas e as alegrias eram meus também. O alívio é muito por conta do prazo que tenho para escrever e terminar a tese, das repetições dos dias que vivi ali.

Trabalhar com o que se tem

O sobrevoo e mergulho cartográfico foi fundamental para que eu pudesse contemplar a “coemergência sujeito/mundo” (PASSOS; EIRADO, 2015, p. 110) e dessa forma deixar que emergissem certas nuances que no cotidiano da gestão da saúde talvez passassem despercebidas em outro contexto. O demorar nas observações, ainda que causassem algum desconforto no corpo, retiraram o ponto de vista do observador neutro para aquele que se deixa levar pelos efeitos da coemergência do território pesquisado. Um território que produz realidade conjugando, associando, neutralizando e remontando novos processos (GUATTARI, 2016).

Paulon e Romagnoli (2018) discutem o termo vulnerabilidade que para elas não estaria apenas ligado à pobreza, mas abarcaria uma gama maior de dificuldades, podendo falar-se em vulnerabilidades, como por exemplo a baixa renda, falta ou precariedade de trabalho, pouco ou nenhum acesso a condições mínimas de serviços básicos. Estar em condição de

vulnerabilidade então remeteria à exclusão social, expondo a própria vida a riscos, remetendo assim a outras condições desfavoráveis

as práticas que envolvem a vulnerabilidade não questionam as tensões da sociedade brasileira e suas contradições. A noção de vulnerabilidade se funda na desigualdade social e corre o risco de atuar em prol de uma naturalização da miséria para uma parcela da população sem questionar a própria lógica capitalista que a produz (PAULON; ROMAGNOLI, 2018, p. 179).

A questão da vulnerabilidade emerge não apenas por aqueles que buscam uma espécie de socorro na SEMUS, mas surge ainda na precariedade das condições de trabalho daquelas mulheres que fazem o máximo possível para que as necessidades dos que buscam auxílio ali possam ser atendidas. A situação de vulnerabilidade que atinge muitas famílias no Brasil está relacionada à classe social, mas também ao gênero; como destacam os números do IBGE (2010), 87,4% não tem cônjuge e tem filhos. Estes números talvez expliquem o porquê de as mulheres serem a maioria nos pedidos de auxílio, mas, principalmente, dizem muito sobre a obrigação do cuidado de toda a família, do lar, das coisas ditas “de mulher”.

A sensação de impotência que eu tinha ao pensar naquelas manhãs e tardes vividas com elas estava relacionada a saber que algo mais poderia ser feito, mas que não havia recursos disponíveis e soluções fáceis para os problemas apresentados. Em termos de afeto, posso dizer que o sentimento era de decepção “uma tristeza acompanhada da ideia de uma coisa passada que se realizou contrariamente ao esperado” (SPINOZA, 2018, p. 144).

O que vi e vivi nos meus dias na SEMUS aproximaram-me ainda mais desse lugar de não saber, dos esforços de um lado e do descaso de outro, a dividir o espaço entre a escuta ativa e os endurecimentos dos encontros, as vidas já marcadas pela vulnerabilidade social daquelas pessoas na produção de subjetividades de signos sociais ligados ao descaso e à subalternidade. Uma subalternidade que se coloca em jogo em relações de poder nas quais o indivíduo que se sente marginalizado se vê marcado, silenciado e limitado por opressões que o expurgam, que o desterritorializam (SEGALLA; SILVEIRA, 2008).

Junto às servidoras, pude sentir as dificuldades de atuar na saúde de um município pequeno, com poucos recursos e curto alcance das ações municipais, uma vez que a cidade não conta com clínica especializada para receber as pessoas que precisam de internações de curta

duração. As dificuldades para se conseguir uma ambulância de transporte fazia com que aquelas mulheres chorassem no corredor e ao mesmo tempo arrumassem alternativas para que o paciente não perdesse a vaga que havia sido liberada, como utilizar o carro da família para fazer uma viagem de mais de 200km (ida e volta) somente para que uma pessoa não perdesse a vaga assegurada pelo período de 72 horas.

Usar o carro da família para atender uma necessidade de alguém que mal se conhece era uma forma de contornar as dificuldades não por caridade, mas por amor ao que se faz. Era isso que eu ouvia delas o tempo todo: *“quando estou aqui dou o meu melhor”*. Aqui linhas flexíveis que permitem fazer diferente, o quebrar as regras e fazer *“acontecer”*. São as linhas flexíveis do rizoma que possibilitam operar entre os planos de organização e o plano da imanência (DELEUZE; GUATTARI, 2011a).

Além do *“seu melhor”*, não posso me esquecer dos números e relatórios que são gerados por elas para justificar a existência de uma coordenação específica para saúde mental, conquista da qual se orgulham ao falar: *“são os relatórios que apresentamos todos os meses para secretaria de saúde que nos ajudam”*. Não tenho dúvida de que foram os mesmos números que ajudaram a justificar a conquista de uma ambulância exclusiva para saúde mental no início de 2021, saudada com tanto orgulho por elas – graças à reeleição do prefeito e a chegada do SAMU à cidade, foi possível destinar uma das ambulâncias antigas para uso exclusivo da saúde mental. Estes relatórios compõem o plano de organização, parte constituinte do rizoma da saúde mental.

No começo não conseguia ver a importância dada por aquelas mulheres ao enfeitar a SEMUS nas cores dos meses em que havia alguma ação de prevenção de saúde. Eu estava buscando a funcionalidade e elas a inventividade, o calor das cores, a disputa pela melhor foto tirada ao lado da decoração. Era ali, daquele ambiente colorido, que tiravam forças para enfrentar as dificuldades diárias impostas por suas intensas rotinas de trabalho. Não somente a SEMUS era enfeitada, a decoração também era estendida às UBSs para que os usuários do sistema de saúde pudessem compartilhar da mesma alegria. Trazer a alegria para o lugar *“sisudo”* como o da secretaria de saúde era fazer a alegria falar, ou ainda, era a linha de fuga delas. No rizoma as linhas de fuga dão espaço à inventividade, à potência, escapando do instituído rumo ao novo (DELEUZE; GUATTARI, 2011a).

O planejamento e o replanejamento das ações, tão caros nos processos administrativos, acabam ficando em segundo plano, não por opção, mas pelas próprias dificuldades no trabalho diário, o replanejamento surge no esforço de reorganizar e dar conta do possível. A urgência da vida, das situações impostas pelo dia a dia da coordenadoria, fazia com que as ações tivessem que ser tomadas de forma imediata. As internações e os prazos para não se perder uma vaga em uma clínica psiquiátrica tornava o dia daquelas mulheres estressante. Apesar de seguirem o fluxograma de atenção em saúde mental (figura 4), cada situação, cada caso era único, sem haver resposta pronta que pudesse ser dada.

As dificuldades e precariedade diária também se fazem presentes na psiquiatra que se recusa a atender qualquer tipo de “doença” mental, no descaso do poder público que deixou o município sem médico psiquiatra por meses após a aposentadoria do predecessor. Há ainda o interesse econômico das clínicas médicas conveniadas que não assumem a responsabilidade pela fuga de um interno, como relatado anteriormente. Além das recusas dos tratamentos medicamentosos feita pelos próprios pacientes, que rejeitam uma vida anestesiada imposta por este tipo de medicação potente, não à toa conhecida popularmente por “amansa leão”.

Vidas que precisam ser amansadas, mentes e vozes que precisam ser caladas. A fim de silenciar o ruído interno muitos buscam as drogas e tornam o perambular pelas ruas da cidade um modo de vida. Este perambular pela cidade ainda deve ser contido, como no período do Brasil colônia, as ruas precisam ser limpas do indesejados sociais (MACHADO, 1978).

Outros, assim como Marcelo e Luciano, apenas rejeitam a medicação porque ela os impede de trabalhar. O trabalho que os torna igual, “normais” e capazes de serem por si, “*o trabalho que enobrece o homem*”. Vagas para pessoas em condições de sofrimento psíquico não é fácil de conseguir na região, como afirmou Sara em nossa conversa. Trabalho este já bastante precarizado na região onde a maior parte dos postos de trabalho são em empresas familiares. Há pouco tempo é que o governo do estado tem procurado dar incentivos fiscais para que empresas de grande porte se instalem no sul do Espírito Santo para desenvolver a região.

Entretanto as iniciativas ainda são bastante restritas. A seguir apresento a história de três⁵³ pessoas em sofrimento psíquico envolvidos no mundo do trabalho.

⁵³ Devido a meu afastamento por problemas de saúde e para que pudesse ser concluído no tempo necessário este trabalho não foi submetido ao comitê de ética da Plataforma Brasil, entretanto todos os cuidados foram tomados para que os envolvidos não sejam identificados. Os nomes dos entrevistados foram substituídos por nomes fictícios, bem como o nome das empresas nas quais trabalham ou trabalharam foram suprimidos.

A LOUCURA NOSSA DE CADA DIA

Não há nada de novo ao se analisar a vida de pessoas em sofrimento psíquico, mas meus objetivos são diferentes, nem psiquiátricos nem psicanalíticos, tampouco tentarei decifrar o que disseram estas pessoas, julgar seu comportamento ou reescrever o que fizeram baseado em alguma teoria totalizante. Meu interesse não está no seu inconsciente, mas em sua consciência e visão de mundo a partir de seu diagnóstico e cotidiano de vida envolto nas organizações, quero ouvi-los, conhecer suas lutas. Meus pontos de referência são suas histórias de vida e sua inserção social a partir do mundo do trabalho.

Seria equivocado, e de um sentimentalismo vulgar, apressar-se a concluir que a voz do louco é a voz autêntica do excluído, de que de algum modo a loucura lidera o coro dos protestos contra a consciência dominante da elite e, de fato, canta a canção do reprimido [...] Na verdade, o que o louco diz é esclarecedor porque apresenta um mundo através de um espelho, refletindo a lógica (e a psico-lógica) da sociedade sã. Focaliza e testa a natureza e os limites da racionalidade, humanidade e “compreensão” do normal (PORTER, 1990, p. 9).

Desta forma coloco-me na condição de ouvinte participante, sem julgamentos ou preconceções. De maneira mais livre, pedi a três pessoas que me contassem suas histórias tendo como ponto de partida seu trabalho e a relação com sua condição “médica”. A partir da SEMUS tive a oportunidade de ter contato com três usuários do sistema de saúde mental do município, dois homens e uma mulher, que concordaram em dividir comigo seus “causos”, suas vidas. Não consigo dizer exatamente por que, mas com os dois homens as conversas não fluíram conforme planejei que aconteceria, mas ocorreu da forma que foi possível. Acredito que a pandemia foi um fator que pesou muito para que as entrevistas presenciais não ocorressem. José preferiu responder minhas perguntas por *e-mail* até que ele resolveu terminar a conversa após trocarmos 64 mensagens no mês de novembro de 2020.

Com o segundo tive dois encontros no mês de dezembro de 2020, o primeiro não foi gravado a pedido dele e o segundo foi gravado e, posteriormente, transcrito. A mulher, Maria, concordou em trocar mensagens comigo via *whatsapp*, permitindo que eu lhe fizesse mais perguntas e contando-me mais sobre sua vida, suas angústias e alegrias. Nunca a conheci, mas

sinto como se tivéssemos nos encontrado até mesmo pela riqueza de seus relatos, a que tive acesso ao longo dos meses de janeiro e fevereiro de 2021.

Prefiro chamar de conversas as entrevistas que foram conduzidas de maneira a captar narrativas de vidas de pessoas com histórico de sofrimento psíquico que tiveram ao menos uma passagem por alguma instituição psiquiátrica e que desenvolvem ou já desenvolveram atividade laboral remunerada. Assim, busco costurar suas histórias como quem faz uma colcha de retalhos, ora deixando-os falar por mim, ora falando COM⁵⁴ eles, preenchendo os meios e traçando diferenças.

Contrária ao termo “dar voz ao sujeito” (acredito que eles têm sua própria voz e o máximo que consigo é levá-la a outros espaços), reconheço a não passividade dos pesquisados, que contradizem o *status quo*, assumindo-os como transformadores de suas próprias histórias. Nessa direção, busquei assumir o “lugar da escuta”, enquanto os entrevistados relatavam as experiências vividas no trabalho e no hospital psiquiátrico, recorrendo ao uso da narrativa autobiográfica como instrumento para produção de dados, tendo em vista que busquei tratar os testemunhos como eixo central para as análises da e na pesquisa.

Aqui a escrita aparece no lugar da experiência, mas sem a pretensão de substituí-la, coadunando com Marques, Oliveira e Oliveira (2018, p. 367) sobre a responsabilidade do pesquisador acadêmico sobre o processo de escrita, trazendo os pesquisados na posição de “pesquisadores iniciantes⁵⁵”, como os chamarei doravante. Para os autores, “o diagnóstico de doença mental retira a máscara social do indivíduo [...] a doença mental é a vida nua tornada autobiografia” (p. 399).

Após o desenvolvimento das narrativas, retornei o texto aos pesquisadores iniciantes para que revisassem suas histórias e me ajudassem a conduzir as análises. A participação dos pesquisadores iniciantes se deu na revisão de meus escritos, bem como na sugestão dos temas abordados. As músicas que abrem o mapa de cada um foram escolhidas por eles, que, mesmo

⁵⁴ Ao escrever a palavra COM em letras maiúsculas faço referência à pesquisa COM os pesquisadores iniciantes e não a partir deles, pesquisar COM é condizente tanto com a cartografia, como com a reflexividade que busco implicar em meus escritos.

⁵⁵ Nomear os entrevistados de pesquisadores iniciantes significa dizer que eles participaram ativamente da construção dos dados, trazendo-os para um lugar de protagonismo das histórias narradas, sendo a última versão do texto revisada e discutida com cada um deles.

sem se conhecerem, trazem este traço em comum: a musicalidade como rota de fuga dos incômodos do dia a dia.

José

Eu fico com a pureza⁵⁶
Da resposta das crianças
É a vida, é bonita
E é bonita

Viver
E não ter a vergonha
De ser feliz
Cantar e cantar e cantar
A beleza de ser
Um eterno aprendiz

Ah meu Deus!
Eu sei, eu sei
Que a vida devia ser
Bem melhor e será
Mas isso não impede
Que eu repita
É bonita, é bonita
E é bonita

E a vida
E a vida o que é?
Diga lá, meu irmão
Ela é a batida de um coração
Ela é uma doce ilusão

⁵⁶ Mesmo sem se conhecerem, José e Maria escolheram me mandar a mesma música que, segundo eles, os fazem cantar alto a alegria de uma vida bem vivida.

Êh! Ôh!

E a vida
Ela é maravilha ou é sofrimento?
Ela é alegria ou lamento?
O que é? O que é?
Meu irmão

Há quem fale
Que a vida da gente
É um nada no mundo
É uma gota, é um tempo
Que nem dá um segundo

Há quem fale
Que é um divino
Mistério profundo
É o sopro do criador
Numa atitude repleta de amor

Você diz que é luta e prazer
Ele diz que a vida é viver
Ela diz que melhor é morrer
Pois amada não é
E o verbo é sofrer

Eu só sei que confio na moça
E na moça eu ponho a força da fé
Somos nós que fazemos a vida
Como der, ou puder, ou quiser

Sempre desejada
Por mais que esteja errada
Ninguém quer a morte

Só saúde e sorte

E a pergunta roda

E a cabeça agita

(O que é, o que é? Gonzaguinha)

“Eu sou formado em História. Tenho especialização em História do Brasil, Especialização em Formação de Tutores Ead e Especialização em Música e Artes. A música e o futebol são aquilo que me motiva. A música eu já toquei em bares, dei canja com bandas de bailes e já cantei na praia. Atualmente, sou Criador de Canários Belgas, filiado a uma Associação de Canaricultura e à Federação de Ornitologia do Brasil. Eu lido com canários desde adolescente, meus avós tinham. Mas, confesso, que tenho estudado bastante para pode ser um criador”.

José é um homem negro de 46 anos, ex-professor de História da rede estadual de ensino que pediu exoneração do cargo após um constante e acentuado período de estresse no trabalho. Atualmente dedica-se à criação de canários Belga. Aos quatorze, quando ainda cursava o ensino médio, teve seu primeiro surto psicótico após uma briga com seu pai, que pensava que ele fazia uso de drogas ilícitas, o que, de alguma maneira, explicaria o comportamento “inadequado” do filho. Ele conta que se sentiu revoltado, pois seu pai o convidou para dar um passeio e o deixou no hospital psiquiátrico, o que fez com que se afastasse da família.

“As internações marcam a gente, porque aqui em casa, é mais ou menos, assim, se você incomodar eu te interno. Não é nenhum aprendizado. Quantas vezes, eu já quis ensinar para os meus pais sobre o transtorno bipolar, ansiedade e transtorno de pânico. Mas eles não querem saber. Meu pai e irmãos são meio ignorantes para isso, eles acham que internando você vai aprender a se tratar. E, na verdade, o internamento só é necessário quando você quer cometer suicídio ou matar alguém”.

Diagnosticado com bipolaridade⁵⁷ (delirante) e déficit de atenção, seguiu sua vida fazendo uso de medicação para conter novos surtos. Aos 22 anos parou com a medicação por conta própria sem efeitos colaterais imediatos, nem recaídas. Foi nesta época que entrou na faculdade e começou seu estágio em uma escola da cidade. Em 2003 trabalhava com educação de jovens e adultos, era professor substituto no CEEJA-CI, mas não conseguiu concluir o contrato por estafa mental, pedindo para sair nove meses após o início do contrato. *“Em 2012, assumi o concurso de professor do Estado, na área de História, minhas mãos tremiam e tremem até hoje”*.

Comecei perguntando-lhe como tinha sido sua primeira internação:

“Comecei a fazer amizades no hospital, todos eram mais velhos e muitos tinham esquizofrenia, problemas com álcool. À noite, os quartos eram trancados e abertos para o café da manhã. Tive várias paradas de tratamento médico de depressões, eu sabia como entrar em depressão, era só não comer, não sair de casa e não dormir. Rodei em oito a dez médicos e não dava continuidade. Eu tinha vergonha de ter sido internado”.

Além das consultas periódicas com psiquiatras, também fazia terapia para aprender a conviver consigo mesmo e com os outros, tratamentos que segundo ele o fizeram conseguir seguir uma vida “normal”, sem saber direito o que esta palavra se tornaria em sua vida no futuro. Os remédios seriam a garantia desta “normalidade”, desde que os tomasse para o resto de sua vida.

“E eu de novo na mexida da medicação, tirando o Rivotril, fui para meu segundo internamento, na Clínica Santa Isabel. Os primeiros oito dias foram difíceis, o psiquiatra de lá, estava em férias. A medicação que eu tomava lítio, quetiapina e rivotril não eram dados. Tomei

⁵⁷ Consta no Compêndio de Psiquiatria que a bipolaridade pode causar transtornos que resultam em comprometimento do funcionamento ocupacional, social e interpessoal, principalmente quando na fase de mania ou hipomania. Os estudos apontam que fatores psicossociais relacionados a acontecimentos da vida e estresse ambiental frequentemente são associados aos primeiros episódios deste tipo de transtorno. Há também a incidência de fatores genéticos identificados. Segundo o DSM-5, o transtorno bipolar seria a compreensão moderna do que no século XIX fora descrito como psicose afetiva.

diazepam e outros que eu não sei te dizer. Fiquei numa ala, lá atendia o SUS e os convênios, para mim era indiferente isso. Todos têm o direito de se tratar. Eu não conseguia tomar direito, tinha medo, eu não ia nem pra fora da ala [externa], ficava vendo televisão, agora desesperado e os líderes ficavam comigo até eu me acalmar.

Lá tinha de tudo, esquizofrênicos, transtorno bipolares, suicidas, jovens que se cortavam com objetos que achavam, policiais alcoólatras, drogados, soldados do exército que tentavam suicídios, músicos, médicos, professores. Nossa ala ficava do lado, das mulheres em tratamento, eram gritos à noite, ficávamos conversando, para passar o tempo. Todos que não estavam bem iam no meu quarto conversar, contavam que tinham visões, choravam que iam receber alta e estavam com medo do estigma no trabalho”.

O início de sua vida adulta foi marcado por desencontros profissionais e pessoais, percebia que, em muitas situações, não conseguia conter sua revolta (como ele mesmo diz), que não conseguia se encaixar. Sempre muito desconfiado, sentia que as pessoas ao seu redor o tratavam de maneira diferente dos demais, o mesmo acontecia no seio familiar. Além disso, não gostava do efeito que a medicação provocava em seu corpo, principalmente o estabilizador de humor, que reprimia suas emoções. A vida normal prometida pelos médicos se tornara uma vida vigiada, José se tornara um corpo que precisava ser domado, domesticado.

“No final de 2014, passei no Mestrado em Ciências Sociais e Aplicadas, fiz a matrícula, mas o efeito rebote do lítio, me deixou psicótico, eu ouvia vozes o dia todo, comecei a ficar irritado demais no trabalho, o estresse estava aumentando e como começou a dar ansiedade generalizada e síndrome do pânico”.

Por causa do quadro geral que se instaurou, José não fez o curso, mas pensa em um dia poder voltar ao mestrado e fazê-lo.

“Se você me perguntar se dá para trabalhar com toda essa medicação? Vou te responder que sim, mas sabendo fazer. No período que estava fora do Estado de 2017 a 2020, tive outras profissões, mas, em casa, mesmo. Fiz bolachas de Natal e panetones, fiz vários cursos online e presenciais, este ano, vendi roupas até o mês passado, também vendo produtos religiosos por catálogo e acabei de abrir meu Criadouro de Canários Belgas, esta é a minha terapia, mas também quando um deles morre, eu sinto. Mas, faz parte da natureza”.

Pergunto-lhe se sente falta da escola, do seu trabalho como professor.

“Na escola, muitos professores tomam remédio, mas não contam. Às vezes, eram os próprios colegas que chamavam para conversar e ver o que estava acontecendo. Mas eles não sabiam que eu era bipolar, o psiquiatra disse que NÃO ERA PARA CONTAR. Eu escondia. Todo mundo ali tinha um certo distúrbio, seja alunos ou professores e até diretoras e pedagogas. Era o desgaste emocional e as ameaças de alunos envolvidos em drogas que mais estressavam. A gente NÃO PODE FAZER NADA. NÃO EXISTIA LIMITAÇÃO. A vida seguia normal.

O trabalho não é o problema, são as pessoas. Quando você gosta do que faz, nada te incomoda. Agora, o mal que eu vi nos meus doze anos de sala de aula, são as disputas de poder dentro do espaço de trabalho. O trabalho que você não gosta, as pessoas não te deixam trabalhar, as perseguições, isso, sim, desmotiva. Mas, hoje, com as leis, as coisas estão mudando, principalmente ao bullying e o assédio moral.

O trabalho é aquilo que me conforta, pois tenho o poder de liderar e ajudar as pessoas. Mediar o conhecimento não como um professor, mas um aluno aprendendo com outro aluno. E aproveito para complementar a sua pergunta. E como eu me sinto ao não estar mais trabalhando na sala de aula? Digo que os alunos perdem e eu

também. Formávamos uma equipe, não existia para mim fraco ou forte, criávamos laços. Mas o trabalho para mim deve ser dinâmico, com vontade de transformar a vida das pessoas.

Agora as pessoas falam para não serem perseguidas ou convidadas a se retirar. Rotular alguém é algo que nunca fiz. Os alunos com transtornos globais, bipolares, depressivos, só davam certo comigo. Com as outras professoras, não faziam nada. Levei cada bronca, por causa disso, vinham com a história da hierarquia. Eu não seguia nada, o que me importava eram os alunos e alunas serem felizes e aprenderem. Precisa mudar a forma de ver as pessoas com doenças mentais, eles têm voz e vez. Devem ter seu espaço”.

Sua exoneração do Estado se deu após uma decisão em conjunto sua com a psiquiatra, que achou melhor que ele parasse as atividades laborais para evitar o estresse e a ansiedade causados pela profissão de professor em uma escola pública.

“E após 10 pedidos de troca de função na perícia médica do Estado e todas negadas, eu ganhei quatro dias na última perícia. E totalmente indignado pela negativa, e perturbado emocionalmente na hora por tantas negativas, eu resolvi pedir exoneração. Sobre as perdas, tenho financeira, pois estou sem trabalhar faz três anos. E também na pressão familiar. Esta é a pior, onde sou bastante cobrado e xingado pelos pais e irmãos. Mas aí aproveito e arrebento verbalmente eles. Aí, não falam mais nada. Agora, o que me levou a sair do Estado foi perceber que eu gastava muita energia para que os alunos aprendessem, enquanto colegas nada faziam. Era para fazer o feijão e o arroz, e eu dava pratos variados do conhecimento.

Outra foi a ansiedade generalizada das cobranças das pedagogas e direção. E o estresse do próprio trabalho, eu todo dia voltava da sala de aula, preparava aulas para outros dias, porque as horas de atividades era para cobrir faltas de outros professores. Cheguei a cuidar de três turmas ao mesmo tempo. Dava aulas longe de casa,

dormia pouco, acordava 5 e 30 da manhã. Cansei de ter que ficar finais de semana inteiros arrumando 14 a 15 livros de chamada. Turmas lotadas e indisciplinados. Diretoras que não queriam a gente na escola, porque pegamos as aulas dos amigos delas. E a gente muitas vezes tinha que entrar na escola mudo e sair calado”.

O embate entre normalidade e anormalidade sempre esteve presente em sua vida, estar bem significa poder transitar livremente.

*“Eu acho que a normalidade é estar tranquilo. E poder fazer as coisas e sair, sem ter medo na rua, sem ter muita ansiedade. **Normal é viver feliz.** Acho que chateia as pessoas que não entendem a gente. Querem forçar que o mundo seja do jeito delas e para mim é da minha maneira, do meu jeito. Se não quero fazer, não sigo nada. Sempre uso o bom-senso, se minha presença causa mal-estar, eu saio e deixo você sozinha. Não fico ouvindo conselhos e ideias que eu já sei que vai dar errado. Aí está a chave do segredo. Se você não estiver feliz. Independente da condição que você estiver, você abre caminho para a depressão e baixa a fortaleza que você construiu dentro de você. Aí, nem remédios te levantam. A pessoa tem que se conscientizar e se tratar. Aceitar o tratamento e seguir em frente. Se ela nega o tratamento, aí não consegue trabalhar e nem sair de casa. Trabalhei desde 2009 medicado e isto durou até 10.08.2017.*

Eu lido com isso faz 32 anos. E estou estável faz dois anos. Isto é uma questão de opção. Quanto à medicação, ela é contínua e não ajustada. Pelo menos, eu faço assim faz dois anos e deu certo. Muitos psiquiatras defendem a terapia. Mas, o tratamento em si já é caro e ter que pagar R\$ 200,00 por semana para uma psicóloga, nas minhas condições financeiras, não é viável. A medicação é dada pelo governo, menos o Rivotril”.

José descobriu nos canários sua rota de fuga, o prazer da criação e a vontade de competir.

“Meus avós paternos tinham canários belgas. O meu avô, pai do meu pai, criava vários animais, inclusive canários. Já o meu avô paterno tinha uns 12 canários. Mas não tinha fêmeas. Eu em 2006 comprei dois canários belgas que viveram quase nove anos. Mas estes de agora foi no ano passado que comprei três, um macho amarelo e duas fêmeas, já que o pai tinha ganho um. E consegui nove filhotes. Três deles foram vendidos. Mas, como estava vendendo roupas e produtos religiosos católicos, resolvi ir comprando mais e iniciar uma criação. Tenho hoje 19 canários. E estou com quatro casais para reproduzir. Amarelos, Gloster, Topete alemão, os canelas e o vermelho mosaico. Fiz minha filiação a uma associação de canaricultura e na Federação de Ornitologia Brasileira. E hoje sou criador de canários. E o que eles significam para mim? Além de ser uma terapia é também uma diversão. Quando alguém compra um deles ou morre um ou uma, eu sinto. Você cria um laço com eles. E se não gosta, é melhor nem ter. Eles gostam de companhia e fazer folia”.

José explica que em sua família todos têm algum tipo de “problema” e fala da importância de todos serem tratados de alguma forma, mas também dá ênfase na importância da conversa, do acolhimento e dos afetos.

“O problema maior é genético. Meus avós tinham psicose-maníaco-depressiva e foram muitos maltratados pela família. Minha mãe e tia tiveram síndrome do pânico. Minha avó explodia e tinha oscilações de humor. Só que conseguia acalmá-la. Minha tia paterna, teve psicose-maníaco-depressiva. Minha outra tia, tem síndrome do pânico e ansiedade. Meu pai teve depressão. Meus primos têm transtorno bipolar e não se tratam. Minha prima tem transtorno bipolar. Meu irmão teve depressão. Eu e minha irmã somos bipolares.

Antes de mais nada, a família inteira deve ser tratada. Quem cuida de um bipolar e não conhece o problema, mais atrapalha do que ajuda. Pela lista que dei, eles preferem tratar com desprezo e como se fosse um doente, no lugar de entender o problema. Tudo seria mais fácil. A

família é quem cuida dos remédios em tempo de crise, vai junto no psiquiatra e na psicóloga. É importante que o doente mental tenha um espaço para dialogar com sua família como se fosse uma reunião de uma mesa italiana. Onde se resolve comendo e conversando. Sem a família junto, a coisa não funciona. Porque quando está na fase da depressão é fácil de ver, mas na euforia, o paciente se sente bem e acha que não precisa de tratamento. Mas ele pode chegar a gastar dinheiro desnecessário, endividar a família. Mas a família precisa ser firme na hora de levar no médico, se deixar à vontade não vai. E as coisas podem se complicar.

As pessoas por preconceito veem a gente diferente. Tratam a gente com desprezo e acham que a gente é louco. Eu e a minha irmã e meu primo já sentimos isso na pele. Isso é normal. Para eles te conquistarem a ser pacientes deles, que se você não se tratar, você não vai conseguir fazer nada na vida. Que você tem que se tratar para não incomodar a família. Eu hoje não dou bola para essas considerações e sou muito seletivo, se eu vejo que o médico não vai me ajudar em nada, troco. E também com os psiquiatras, quando eles quase te “tocavam” em menos recursos cinco minutos de sua sala e te davam a receita. Isso não me serve. Tem que ter uma boa conversa. Se eu não gosto, ninguém me faz gostar”.

Além dos tratamentos tradicionais e alopáticos, José diz que já passou por outros tipos que chamou de alternativos para deixar em harmonia o corpo e a alma, tais como: reiki, meditações, homeopatia, acupuntura, parapsicólogos, passes espíritas e estudos da doutrina kardecista; sempre em busca de uma suposta normalidade.

Ao se despedir ele diz: “Lembre-se, Fabiana, é preciso batalhar sempre. A pandemia, ao meu ver, não veio para mudar nada. As pessoas são pessoas e estão aí, apenas esperando para fazer as coisas que já faziam. Abraço e obrigado pela oportunidade por contar um pedaço de minha história”.

A medicalização e a coragem

Ao revisar a organização que sugeri de nossa conversa, José diz não ter modificações a fazer, aceita e diz que está tudo conforme conversamos e comenta a satisfação de ver parte de sua história contada dessa forma. A música de abertura do relato, escolhida por ele dá pistas de como é levar a vida “*Somos nós que fazemos a vida como der, ou puder, ou quiser. Sempre desejada, por mais que seja errada*”. José, ao se apresentar, conta como circula bem nos caminhos da vida, fala sobre sua formação em História, Música e Artes, dando ênfase à musicalidade, ao futebol como seu fator motivador e ao prazer na criação de pássaros. A música foi usada como dispositivo para que pudéssemos perceber os afetos circulantes em nossas conversas (MORICEAU, 2020).

Ao falar de seu primeiro internamento relata como foi enganado pelo pai que julgou que seu “comportamento inadequado” seria fruto do uso de drogas ilícitas e como este pensamento ainda faz parte do cotidiano familiar até os dias de hoje. Ou seja, se ele se tornar um “incômodo”, corre o risco de ser internado novamente. José chama a atenção para a importância da medicação para estabilizar sua relação no trabalho, mas também em sua relação com a família, na qual, segundo ele “*todos precisam de algum tipo de tratamento*”. Machado (1978, p. 156) chama a atenção sobre a medicalização da sociedade como uma forma de controle da população, o que começa a ocorrer no Brasil a partir do século XIX

é a compreensão de que o perigo urbano não pode ser destituído unicamente pela promulgação de leis ou por uma ação lacunar, fragmentária, de repressão aos abusos, mas exige a criação de uma nova tecnologia de poder capaz de controlar os indivíduos e as populações tornando-os produtivos ao mesmo tempo que inofensivos [...] ligada ao projeto de transformação do desviante – sejam quais forem as especificidades que ele apresente – em um ser normalizado.

Em um projeto capitalístico, a medicalização estaria associada ao ato de disciplinar as forças produtivas da população com vias de diminuir sua capacidade política, “a terapêutica farmacológica [...] dispositivo [que] exclui as narrativas dos sujeitos e suas histórias de vida ou os subordina a explicações biológicas referidas a alterações ou déficit nos neurotransmissores” (CAPONI, 2016, p. 112).

José repete e faz questão de frisar os remédios que toma e como resolveu, por conta própria, em certo tempo, parar de tomá-los. A sensação de anestesia é retratada também por outros usuários de medicação controlada com que tive contato na SEMUS, como o Marcelo, que se recusava a tomar as injeções, ou o Fabrício, que preferia recorrer às drogas ilícitas a utilizar as lícitas. Os remédios estabilizam o corpo, prometendo a volta à “normalidade” e a um trabalho produtivo. José fala sobre a possibilidade de trabalhar tomando tantos remédios, mas “*sem contar para ninguém*”, como lhe aconselhou o próprio médico, e, também, sobre a vergonha de ter sido internado. O preconceito em relação aos problemas psíquicos e à medicação se faz presente, ele mesmo fala sobre trabalhar com tanta medicação e sobrecarga de trabalho. O preconceito em torno da medicação também aparece nos relatos de Maria que, quando não podia assumir no trabalho seus problemas de saúde por medo de ser demitida, ou nas falas de João, que foi preterido em um concurso público quando falou ao médico do trabalho sobre os remédios que tomava.

Segundo Caponi (2016, p. 97), a discriminação em torno à medicalização da vida passa por um tipo de racismo, não restrito à raça, mas em um sentido mais amplo e não literal, em uma hierarquização biológica na qual se fazem presentes “vínculos de exclusão, de negação e até de aversão, entre grupos humanos”. A autora explora a relação da medicalização da vida com a biopolítica, em uma expansão do grupo de diagnósticos psiquiátricos frente ao comportamento não hegemônico e socialmente aceitável como “normal”.

É interessante que nos relatos aqui apresentados a medicação surge como algo incômodo mesmo por aqueles que apresentam diagnósticos mais “leves” de sofrimento psíquico. Mais ainda, quando o próprio médico sugere que o paciente não conte a ninguém sobre a medicação que toma. Para fugir da medicação controlada, José procurou também tratamentos não alopáticos na tentativa de acalmar sua mente e, também, de “*parar a tremedeira das mãos*” – efeito colateral de alguns remédios psiquiátricos. Não há como esconder as mãos tremendo no trabalho.

José fala sobre o medo e usa a palavra “estigma” para descrever as relações de trabalho após o internamento. Em Goffman (1988, p. 60), o estigma serve como categorização das diferenças ligados à discriminação, por isso, “o indivíduo estigmatizado pode ter tentado manter o seu atributo diferencial em segredo e sente-se inseguro sobre a sua capacidade de fazê-lo, ou porque as pessoas presentes conhecem a sua condição e tentam penosamente não fazer alusão

a ela”. A noção de estigma estaria ligada a sinais corporais e ao *status* moral de quem os apresenta, como uma marca física que pode ser facilmente identificada por quem olha, uma vez que passa informações que por vezes se quer esconder. O sofrimento psíquico é algo que se deve esconder no trabalho a fim de se estabelecer uma outra identidade social.

Para ele, não se assujeitar no trabalho está relacionado à coragem de ir além das regras pré-estabelecidas, dar o melhor de si, transformar a sala de aula, seu local de trabalho, em um lugar de trocas, no qual se coloca em pé de igualdade com os alunos, sem a hierarquização do saber do professor. A coragem é a maneira que João encontrou de fazer operar o seu trabalho no plano da organização, fugindo dos modelos que operam por interioridade e captam o mundo por categoria e hierarquia. Signo que “implica em si a heterogeneidade como relação” (DELEUZE, 2006, p. 21).

A coragem também está em dar um basta a todas as situações que lhe fazem mal, seja no âmbito familiar, ao enfrentar os parentes, como quando disse: “*arrebento verbalmente eles*”; seja no trabalho, no dizer o que pensa. O pedido de exoneração vem como um suspiro, um alívio, que por um lado o tira do que gosta de fazer, ao mesmo tempo que afronta o sistema o que constrange e não permite que exerça seu direito ao afastamento por motivos de saúde.

José ainda fala das disputas de poder no espaço de trabalho, há perseguições que não o deixam fazer aquilo que julga ser o melhor para os alunos. Ao mesmo tempo coloca o trabalho como aquilo que o conforta. Uma dualidade que se faz presente ao narrar sua sobrecarga de trabalho, a precariedade das salas de aula lotadas e a falta de outros professores, mas também no prazer de ensinar, criar laços, transformar a vida de outras pessoas.

Novamente a saúde mental é colocada em xeque, não é vista como uma questão que se deva levar em conta na hora de afastar a pessoa em sofrimento psíquico das possíveis causas do adoecimento, mas é vista como incapacitante para se assumir um cargo público como conta João⁵⁸ em seu relato. José afirma que não é louco, mas sabe que é assim que as pessoas o julgam, para ele é preciso “*mudar a forma de ver as pessoas com doenças mentais, elas têm voz e vez. Devem ter o seu espaço*”.

⁵⁸ O relato de João será tratado a seguir, mas não há como não estabelecer semelhanças nos tipos de assujeitamento pelos quais passam os três casos narrados neste trabalho.

Maria⁵⁹

Maria é uma mulher não-branca que ao se apresentar já começa falando sobre sua internação, sobre o que viveu e sobre como foi sua experiência nos dias de ausência, como ela mesma se permite dizer. Ela não se recorda muito da crise que teve, mas se apoia nos relatos das pessoas próximas para completar as lacunas que ficaram daqueles dias.

“Meu nome é Maria, tenho 43 anos, sou divorciada, mãe e pai de uma moça de 23 anos. Minha filha é meu maior orgulho, foi a melhor coisa que fiz na vida (risos), moro sozinha porque ela foi morar com o namorado com dezoito anos. Tenho curso técnico em mecânica industrial, realizado no SENAI e atualmente trabalho como operária em uma fábrica de componentes para montagem de painéis solares. Aos 37 anos tive um surto psicótico devido à falta do medicamento que eu já tomava desde os 20 anos de idade sem intervalo e também sem crises de epilepsia. Como já havia dito antes, eu tenho esse defeito genético e já nasci com ele. Acontece que a epilepsia estava controlada devido à medicação, o que eu não sabia é que junto com o problema da epilepsia eu tinha um transtorno bipolar, que ocasionou um surto psicótico e eu acabei indo parar no hospital psiquiátrico.

Minha vida sempre foi normal. Trabalhei, estudei, cuidei dos meus irmãos, criei uma filha sozinha. Sempre trabalhei com vários tipos de produções que necessitavam de raciocínio lógico e rápido, sempre tive um raciocínio rápido e sempre aprendi com facilidade. Tá, por exemplo, antes de eu ficar doente eu trabalhava de operadora de máquina, operava duas máquinas de corte de rocha ornamental de duas toneladas. As máquinas, entende, depois da minha doença, depois do surto psicótico, eu tive amnésia total, eu esqueci praticamente tudo o que eu já sabia e o que eu já tinha aprendido. O

⁵⁹ Em Belo Horizonte, em uma de minhas visitas ao CERSAM Pampulha, conheci Cássia, usuária do sistema de saúde mental, que um dia me disse que gostaria de se chamar Maria “*porque Maria vai com as outras*”, então apresento a história de uma outra Maria.

que aconteceu, eu praticamente tive que reaprender tudo que eu já sabia. Para você ter uma ideia, eu esqueci até como assinava o meu nome, eu não sabia mais como era a minha própria assinatura, várias coisas que eu esqueci no decorrer do tempo, isso me assustou bastante.

Eu parei de tomar o remédio porque eu estava num relacionamento onde desejava ter uma família, eu queria engravidar. Então nesse estágio eu parei de tomar a medicação. Com a parada da medicação, apareceu o transtorno bipolar, que era uma doença que já me acompanhava desde a minha juventude e eu não sabia, pelo menos foi o que o médico falou. Durante o transtorno bipolar, eu tive também um surto psicótico. Esse surto psicótico me levou a ter alucinações ouvir vozes aí parei em um hospital psiquiátrico onde eu fui tratada por uma psiquiatra e medicada de acordo com a minha doença. Eu não sabia o que estava acontecendo, quando eu cheguei no hospital eu não tinha noção das coisas que estavam em meu redor, noção das pessoas, dos médicos, dos enfermeiros, eu fui voltar à consciência quase 10 dias depois aonde comecei, já medicada, a perceber o que acontecia ao meu redor. Percebi que tinha várias pessoas que não tinham consciência do que faziam, que falavam sozinhas, que gritavam, outras que choravam, outras que se machucavam e eu percebendo isso eu não entendia o que eu estava fazendo ali naquele momento.

Os remédios que eu tomo hoje são muito fortes, isso tira totalmente o meu ritmo, os meus reflexos são alterados e o meu ritmo de vida também. Antes disso eu era uma pessoa totalmente normal, eu até dirigia e hoje eu não lembro mais nem como é que se faz isso, foi uma das coisas que eu esqueci durante o meu surto psicótico. O médico disse que é completamente normal, como foi alterado, danificado muitas partes do cérebro, que coisas mais recentes, elas fossem esquecidas, mas que coisas da minha infância, coisas que marcaram minha vida, como da minha irmã brincando comigo quando éramos

crianças, mas as coisas mais recentes, por exemplo, do curso de mecânico de manutenção eu não consigo me lembrar nenhuma palavra. Foram dois anos de curso jogados no lixo, mas as tabuadas eu não me lembro mais, como se escrevem as coisas eu não me lembro de nada disso. São coisas que eu vou ter que reaprender tudo, é aprender e aprender a falar, e aprender a escutar, e aprender a conversar com as pessoas sobre determinados assuntos. Inclusive, esse tipo de coisa é uma coisa que a gente não pode sair falando para os outros porque tem muito preconceito, ninguém gosta de saber que a pessoa é doente, que tem um tem um problema mental, ou um transtorno mental, então eu simplesmente não falo. Hoje eu sou totalmente devagar para aprender as coisas, preciso ver e praticar várias vezes para aprender.

Antes de ser internada eu fiquei inconsciente praticamente por 20 dias. Esses 20 dias se apagaram da minha memória completamente. Eu sei porque minha filha me contou, minha irmã me contou, vizinhos, amigos me contaram um pouco desses dias. O que aconteceu nesse meio tempo é que um dia eu estava passando perto da unidade de saúde perto da minha casa com a minha filha e mais uma pessoa quando eu vi uma viatura [de polícia] e eu queria muito chamar a viatura para parar as vozes que estavam gritando, que estavam nos acompanhando, que não queriam de jeito nenhum que eu chamasse e eu falava “gente tem que avisar, a gente tem que avisar eles, estão matando todo mundo, eles estão matando todo mundo”. Na minha cabeça eu ouvia as vozes, eu via uma máquina passando, eu ouvia pessoas morrendo e eu queria muito poder ajudar e ninguém queria me ajudar. Entendi nesse dia que eu estava... Eu tinha acabado de sair da unidade de saúde com minha filha e meu namorado e tinha tomado quatro calmantes e sedativos para poder dormir, fazia 20 dias que eu não dormia. Minha filha disse que depois de tomar as 4 doses de medicação eu fiquei um pouco mais calma e tranquila. E essa foi a hora que eu tentei chamar a viatura, então no momento mais calmo e tranquilo eu tentei chamar a viatura.

Acho que o pior de tudo foi que eu não percebi o que estava acontecendo ao meu redor. Por exemplo, quando o meu despertador tocava para eu ir trabalhar, eu levantava e queria trabalhar, eu pegava a chave do carro, crachá da empresa e queria ir trabalhar. Eu só não fui porque minha filha não deixou, ela chegou a trancar a chave do apartamento, esconder a chave do carro e me trancar no quarto para eu não ir trabalhar, porque eu estava completamente alucinada e fora de mim. Eu não entendia que eu precisava descansar ou ir para o médico, na minha cabeça eu tinha que ir trabalhar, deu meu horário, eu tinha que ir trabalhar, nem que fosse pela janela. E uma dessas vezes cogitando a ideia de pular pela janela para poder ir [Maria mora no quarto andar]. Depois de vários dias inconsciente, eu tive um pouco de consciência e fui andando pelo condomínio, procurando um rosto conhecido que pudesse me ajudar eu vi um amigo, um vizinho que mora aqui próximo do meu apartamento. Pedi para ele para ir ao médico e esse médico disse que eu deveria ser internada no mesmo momento, que eu estava no meio de uma crise e deveria ser internada, me encaminhou para o CAPAAC. E eu fui até lá acompanhada pelo meu vizinho, que me levou e na hora eles me internaram, me internaram, me doparam de medicamentos, fizeram vários exames comigo e eu não me lembro de nada disso. Eu me lembro de estar na sala do médico conversando com ele normalmente, eu não vi alteração nenhuma. O médico disse que estava completamente no meio de uma crise.

Depois disso eu não podia mais trabalhar com, por exemplo, eu trabalhava em máquina rotativa, a máquina que eu trabalhava tinha alta periculosidade e hoje eu não posso mais, até porque eu tenho várias crises de ausência. O neurologista, quando o psiquiatra escreveu para o INSS, disse que eu não poderia voltar a trabalhar. Na perícia, a médica disse que não tinha nada que me impedisse de trabalhar e mandou de volta para o trabalho. Eu voltei para o trabalho, mas eu tive que procurar o endereço da empresa que eu

trabalhava durante 4 anos no Google porque eu não lembrava nem como é que chegava até lá. Isso foi uma das coisas que eu esqueci, eu não me lembrava o horário de trabalho, que horas começava, que horas terminava. Conteí tudo isso para o médico do trabalho e passei o nome de todos os remédios que eu estava tomando, todo o diagnóstico clínico e ele disse que eu estava apta ao trabalho. Eu só pensava “como é que liga a máquina?” máquina que, como eu já disse anteriormente, eu trabalhei lá durante 4 anos, nem como é que ligava, me senti chateada, inútil e incompetente, pois estavam cobrando de mim um trabalho que não conseguia mais fazer. Eu não sou louca, tive um problema temporário, e de casa eu consigo levar uma vida normal com algumas dificuldades, por exemplo, aprendo com mais dificuldade, lentamente..., mas aprendo. Depois que eu senti o sabor da lucidez novamente no meu corpo, na minha cabeça, nunca mais arrisquei ficar sem tomar o remédio. Tenho muito medo de sofrer alucinações, ouvir vozes, de perder a lucidez novamente e dar aquela bagunça que deu na minha vida, eu não quero isso para mim nem para ninguém, não desejo isso para ninguém. Foi um sentimento de impotência, de fragilidade, medo e é justamente esse medo que me faz tomar os remédios com responsabilidade”.

Maria foi demitida trinta dias após seu retorno ao trabalho. Ficou desempregada, vivendo com o dinheiro que recebeu do fundo de garantia e do seguro desemprego por cerca de oito meses. Neste período ela passou a procurar emprego em outras empresas de beneficiamento de rochas ornamentais, mas sem sucesso. Após quase um ano desempregada, conseguiu uma oportunidade para trabalhar em uma farmácia do bairro em que mora, da qual foi dispensada ainda no período de experiência, após três meses de trabalho.

“Eu era responsável por fazer contagem do estoque, arrumar e limpar as prateleiras, colocar tudo no lugar e ainda fazia trabalho no caixa, no recebimento de dinheiro dos clientes. Era muita coisa para aprender junto, tudo ao mesmo tempo. Lá eles não sabiam do meu problema, mas eu tinha dificuldade de fechar o caixa, às vezes faltava dinheiro, outras sobrava, eles viviam me ameaçando mandar embora

e eu ficava muito nervosa com isso. Ninguém tinha paciência de me ensinar as coisas, só reclamavam que eu não aprendia, que eu era burra. Não sou burra, só tenho dificuldade de aprender, demoro um pouco mais que as outras pessoas. Eu chegava em casa e chorava muito, tinha medo de perder o emprego e não ter como pagar minhas contas, me senti muito mal, me senti triste, frustrada. me senti burra, eu nunca tinha ouvido isso na minha vida, “você não supriu as expectativas”, acho que foi o pior emprego que eu já tive na minha vida. Foi o pior feedback que eu já ouvi na minha vida, nossa, foi muito ruim para mim e para minha vida profissional, para minha vida pessoal, para tudo, foi horrível, me senti muito mal, humilhada eu estava tão triste”.

Após sua dispensa na farmácia ela ficou mais três meses sem trabalho e passou a visitar, quase que semanalmente, o Sistema Nacional de Emprego (SINE) da cidade em busca de vaga de trabalho.

“Servia vaga para qualquer coisa, não me importava, não tenho vergonha de trabalhar, já fiz faxina na casa dos outros, já trabalhei na cozinha de restaurante lavando louça e descascando batata, não tenho medo do trabalho, tenho medo de ficar parada, de passar necessidade. Já passei fome na vida e sei como é horrível não ter o que comer em casa, não ter nada para ferrar o estômago. Foi na época que fugi de casa para morar com meu ex-marido, eu tinha dezessete anos, fomos começar uma vida juntos, só tinha couve plantada no quintal de casa e arroz, era tudo o que a gente tinha. O tempo passou e ele conseguiu trabalho, logo engravidei e as dificuldades aumentaram, ele não parava no emprego, não sei o que ele fazia, mas não ficava muito tempo. Eu, mesmo com a menina pequena em casa, fazia balas de coco e pão para vender, tentava ganhar algum dinheiro para ajudar nas contas da casa. A vida era muito dura nesse tempo. Quando minha filha tava com quatro anos, a gente se separou. Criei minha filha sozinha, sem ajuda de ninguém, só com ajuda de Deus e a força do meu trabalho, trabalhava de dia e de

noite, final de semana e tudo, pegava bico para fazer nos feriados. Meu ex-marido nunca me ajudou em nada, nunca me deu um centavo para ajudar a criar minha filha, fiz tudo sozinha.

Mas voltando, eu ia toda semana no SINE, a moça já sabia meu nome e me olhava com aquela cara de pena, que não tinha vaga. Passei a ir em lojas, padaria, farmácia, sorveteria, supermercado, lanchonete e me oferecer para trabalhar, qualquer vaga, qualquer coisa. Eu estava beirando o desespero até que uma lanchonete me aceitou como caixa. Eu trabalhava lá sem carteira assinada, recebia um salário e fazia de tudo um pouco, limpava banheiro, lavava o chão, ficava no caixa, abria e fechava a loja, só não trabalhava na cozinha. Fiquei trabalhando lá por quatro anos. O dono da lanchonete era muito de lua, quando estava com problemas pessoais descontava tudo na gente, eu e nas meninas da cozinha, gritava, xingava a gente de tudo que era nome. Eu não tinha coragem de sair, mas uma moça que trabalhava na cozinha um dia mandou ele à merda no meio do salão, foi lindo, senti inveja da coragem dela, mas eu precisava trabalhar e sabia que por causa do meu problema não conseguiria coisa melhor, então fui ficando.

Foi nessa época que entrei em depressão profunda, não sei se por causa da situação que eu estava vivendo, mas eu não tinha vontade de fazer nada, dormia o dia todo, não limpava a minha casa, não cuidava de mim. Cheguei a pesar mais de 100kg. Eu só saía de casa para trabalhar mesmo e sem vontade, sabia que quando chegasse o Celso, era esse o nome dele, iria gritar comigo. O médico aumentou a dosagem do remédio, o que me deixou mais lenta ainda, até mesmo para falar. Sem falar para o médico, tomei o Clonazepam por pouco tempo, nem lembro quanto, mas parei, me fazia muito mal e as crises de epilepsia aumentaram também. Elas acontecem quando estou muito preocupada, mesmo tomando os remédios direitinho. Eu odeio isso, não ter controle, sabe, não ter controle do próprio corpo, do que acontece com você. É um defeito que tenho, eu sei, nasci assim e vou

morrer assim, mas é difícil demais aceitar e ver que todo mundo em volta de mim é normal e eu não.

Na lanchonete as coisas não estavam nada boas, a vigilância sanitária fez uma visita lá e fez uma lista de coisas que teriam que mudar senão a lanchonete seria fechada, muita reforma, coisa que seria muito cara de fazer. O chefe, que sempre reclamava que não tinha dinheiro, que o negócio não estava indo bem, descontou tudo na gente, a raiva dele, mas não era culpa nossa se tinha rato dormindo na cozinha, barata para todo lado e comida estragada nas prateleiras. Ele foi ficando pior e aquilo me fazia muito mal, tinha vezes que eu chorava muito só de pensar que a lanchonete poderia ser fechada e eu ficaria desempregada de volta, foi a pior coisa. Eu tinha medo de passar mal e ele perceber que eu tinha algum problema, não que eu consiga controlar quando terei um ataque ou um desmaio, mas a gente sempre fica com medo do que as pessoas vão pensar, ninguém quer trabalhar perto de alguém que pode ter um ataque a qualquer momento.

Duas coisas tiravam o foco dos meus medos, as visitas da minha filha e os filmes que eu assisto. Gosto muito de assistir filmes, prefiro as comédias, aquelas bem bobas mesmo, que me fazem rir, dou risada à toa por qualquer piada sem graça, gosto disso, me distrai, só às vezes que assisto algum filme de drama, a vida já me faz chorar demais, não quero isso no meu tempo de descanso”.

Sobre o que você quer falar hoje?

“Hoje eu quero falar um pouco sobre preconceito, para começar o preconceito de tudo começou comigo, eu não aceitava minha doença, eu não aceitava que eu tinha um problema, eu chegava até a falar que eu tinha quando tinha crises, eu falava que tinha uma “frescura”. Sabe, eu nunca levei a sério minha doença, eu achava que era uma falta de capacidade minha, mas eu nunca cheguei a pensar no meu

problema como uma doença, passei muitos anos da minha vida com esse pensamento eu só fui entender que eu tinha realmente um problema no dia que a psicóloga olhou para mim e disse assim: “você não é burra”. Porque me sentia burra, eu me sentia incapaz, me sentia inapta a fazer as coisas e conversando com a psicóloga ela falou assim: você não é burra você tem um problema mental e esse problema foi devido a esse teu surto, seu surto nervoso e por isso você tem que fazer as coisas de acordo com as suas capacidades, você não pode só esperar que ter resultados iguais as outras pessoas”.

A partir do dia que a psicóloga me explicou direitinho o meu problema, a minha doença e o quanto eu tinha necessidades especiais eu aceitei. Aceitei e não deixo mais ninguém fazer ou falar alguma coisa que desmereça minha pessoa, por exemplo me chamar de burra, hoje eu não aceito isso, eu não sou burra, eu só tenho uma dificuldade e convivo com ela da minha maneira. A propósito tem pessoas que não entendem a dificuldade, por exemplo, eu não tenho vergonha nenhuma de falar que eu tenho problema ou explicar o meu problema, entendi só que tem pessoas que só de saber que eu tenho uma dificuldade já levam isso com preconceito, elas me acham diferente das outras pessoas e perdem o interesse pela minha pessoa por causa disso. Isso não no trabalho, no trabalho sou tratada como igual, eu digo na vida pessoal, e eu não escondo de ninguém, inclusive quem tiver que gostar de mim vai ter que gostar de mim do jeito que eu sou e me aceitar dessa forma”.

Uma das coisas a que se referia a psicóloga era o laudo do INSS para comprovação de uma “doença mental”, para que Maria pudesse ser considerada PcD e concorrer a vagas especiais de emprego destinadas a este grupo de pessoas – de acordo com o porte, as empresas precisam completar a cota de deficientes em suas instalações para ficarem em conformidade com a Lei 8213/91. Com os laudos em mãos, Maria passou a conseguir entrevistas para vagas de emprego que antes não estavam disponíveis para ela, até que foi contratada pela empresa na qual trabalha atualmente, montando peças de painéis fotoelétricos que abastecem o mercado interno e o externo.

“Eu tenho um tipo de retardo mental, fiquei com sequela do meu surto. Sabe, hoje eu trabalho numa empresa aonde as pessoas são identificadas com programa diversidade, as pessoas que tem esses problemas, qualquer tipo de deficiência mental, física, visual, não importa, elas entram nesse programa diversidade, na camisa do uniforme é identificado a pessoa com deficiência para ela poder ser tratada igual às outras e não ser julgada em momento algum pelas suas limitações, entende. Lá todo mundo sabe que eu sou doente, que eu tenho problema, que eu tomo remédio e que de vez em quando eu passo mal, mas todo mundo sabe e tá preparado para cuidar de mim entendeu. E o médico do trabalho na empresa ele viu os meus laudos e falou que eu só não posso trabalhar em altura e nem dirigir a empilhadeira, fora isso eu posso fazer de tudo na empresa, inclusive ser gerente, então isso me encheu de esperança, me encheu de alegria, confortou meu coração e hoje eu sei que eu não sou burra, só tenho uma dificuldade, entende?”

Outra coisa, eu sempre fui bem inteligente e aprendia a com bastante facilidade tudo em todos os empregos que já tive na minha vida inteira só que depois que eu fiquei doente eu fiquei com muita dificuldade de aprendizado, aí eu esqueço as coisas, tem que me ensinar várias vezes até agora eu não consigo aprender, entendeu... de tanto fazer eu tenho que anotar, eu aprendo, mas eu fiquei com essa dificuldade de aprender. Hoje eu anoto tudo e vou fazendo por etapas, por exemplo, de manhã tem que fazer a calibração das peças, tenho que medir, tenho que verificar altura tudo que eu tenho que fazer eu faço passo a passo, todo dia na mesma sequência, para eu não me perder, me esquecer, nenhum passo em falso, criei uma rotina.

Levanto, faço minhas orações, vou para o trabalho, volto do trabalho, vou pra academia, cuido dos meus animais, tomo meus remédios, faço

minhas orações do fim do dia e deito para ver um filme... Geralmente durmo antes de acabar...”.

Quero saber mais sobre sua relação com o trabalho e com os colegas de trabalho, pois uma coisa é estar identificada outra é se sentir aceita.

“Eu sou uma pessoa completamente ansiosa, eu tenho hábito de sofrer por antecipação e isso é muito ruim para mim, eu não consigo esperar acontecer para me preocupar depois, sou completamente apavorada tenho muito medo das coisas, por exemplo: eu tenho medo de ficar desempregada, tenho medo de... como que eu posso dizer... tenho medo de não ter recursos para sobreviver de ficar doente dependendo das pessoas, tenho muito medo de dar trabalho para as pessoas que eu amo. Eu não quero isso nunca na minha vida, só que esse medo me faz mal porque por causa dele eu muitas vezes passo mal, eu fico doente eu fico tão preocupada, tão ansiosa, tão nervosa com isso que eu acabo ficando doente, eu acabo tendo crises e eu infelizmente não consigo controlar, é mais forte que eu.

A minha maior preocupação é aprender o novo, por exemplo, eu tenho dificuldade de aprendizado, eu tento, eu demoro muito para aprender uma determinada coisa, daí nesse meio tempo eu fico na dependência de outras pessoas me ensinarem várias vezes ou colar nos meus rascunhos, porque eu escrevo tudo que me ensinam até uma hora que entra na minha cabeça só que nesse meio tempo eu tenho medo deles não esperarem isso entende? Minha maior preocupação é, por exemplo, eu, o próximo passo agora é eu ir para posição 2, a posição 2 da máquina requer muitas telas, muitos botões, muita agilidade no manuseio. Eu sei o básico, agora as outras telas eu não consigo mexer, eu não tenho conhecimento e até hoje ninguém nunca nem tentou me ensinar. Só de olhar não adianta precisa ficar um bom tempo com uma pessoa para conseguir aprender e eu tenho medo de que eles não tenham essa paciência de me dar esse tempo entende?

Uma coisa que me motiva e me ajuda, me incentiva é a força, a fé que eu tenho em Deus porque eu sei que só Ele pode me ajudar, só Ele pode quebrantar o coração das pessoas que trabalham, que convivem comigo para que elas me aceitem do jeito que eu sou e entendam a minha dificuldade, isso para mim é muito importante Deus é maravilhoso. Ele nunca me desamparou e é a Ele que eu recorro todas as vezes que eu preciso de ajuda, inclusive às vezes quando vem um material com defeito ou uma placa com defeito no meu trabalho, eu trabalho com placas, aí quando vem algum material com defeito eu peço a Deus, que o senhor me ajude, que não tenha sido nenhum erro meu, que eu não tenha feito nada de errado, porque eu presto a maior atenção do mundo para não cometer erros, mas a gente sabe que errar é humano e pode acontecer. Eu trabalho nesse emprego há um ano e dois meses e até hoje só veio um defeito que eu deixei passar nenhum outro foi meu.

Outro dia estava no trabalho e estava acontecendo vários problemas na máquina, daí eu não estava conseguindo resolver todos, eles estavam demorando porque eram problemas complicados e me senti muito mal com isso e pedi ajuda, mas sei que não é culpa minha, que o problema estava no material que estava ruim. Daí o rapaz que vem me ajudar veio, falou então de brincadeira para mim que “é por isso que ninguém quer trabalhar com você”, só que assim, quando eu estava aprendendo o trabalho, eu tive dificuldade demorei muito para aprender e nesse meio tempo eu tive um rapaz que realmente falou isso, que ninguém gostava de trabalhar comigo. Aí sim, isso é preconceito, eu sei que eu tenho dificuldade e ele falou sério e falou a verdade, falou bravo, sabe? Eu fiquei muito triste com isso, na época me senti excluída. Nossa, achei isso desumano da parte dele, até porque eu... eu sou esforçada, eu me dedico o máximo, eu tento fazer de tudo para não demonstrar que eu tenho dificuldade de alguma coisa, dou o meu melhor em tudo na minha vida, principalmente no trabalho, porque eu procuro sempre fazer tudo certinho, tudo direito que para ser reconhecida por isso não quero ser vista como aquela

peessoa que faz as coisas de qualquer jeito. Só que isso me magoou, me ofendeu, eu até chorei, porque na verdade eu nem lembrava, pelo menos não conscientemente, de que, como que eu posso dizer, de que isso tinha me magoado na época, eu não me lembrava do rapaz falando isso, mas quando ele falou, me doeu e eu lembrei, meu subconsciente tinha gravado e martelado um prego em cima da ferida e eu chorei, isso foi muito triste, me senti muito mal, me senti magoada, incapaz, me senti triste”.

A fala de um colega de trabalho a fez lembrar outras situações em que viveu humilhação. Trazendo à tona a diferença, ora oculta no trabalho, como igual, ao desempenhar suas funções normalmente na empresa. A mágoa e a tristeza que Maria fala a fazem reviver situações que luta diariamente para esquecer, burlando-as com seu caderno de anotações para não errar as operações que deve realizar no trabalho.

Em 2020 Maria recebeu sua primeira participação nos lucros da empresa e fala com orgulho como investiu seu dinheiro.

“Nossa eu fiquei muito feliz, muito satisfeita, muito orgulhosa de mim mesma porque foi um ano bem duro, batalhado que eu trabalhei muito para isso e tenho certeza que cada centavo foi bem pago. Para você ter uma ideia, eu... esse dinheiro eu investi na minha casa, eu comprei uma cama, um guarda-roupa, um painel, uma televisão e só fiquei devendo um pouquinho, da televisão que não consegui pagar inteira, dei a entrada e parelei o resto, fiquei muito feliz porque eu tô investindo na minha casa, nas minhas coisas no lugar que eu gosto, que a parte da casa que eu mais gosto meu quarto é onde eu mais fico.

Eu amo morar sozinha, sabe? Eu ter as minhas coisas, ter capacidade de saúde para poder fazer as minhas coisas, comprar as coisas que eu gosto vestir, as coisas que eu quero poder comprar, um fone de ouvido, assim, ver as coisas e poder comprar com meu dinheiro, com fruto do meu trabalho, de saber que eu tenho saúde, capacidade para

poder fazer essas coisas. Eu agradeço a Deus todos os dias por me dar saúde, capacidade, porque é muito bom, é muito, como é que eu posso dizer, me completa sabe saber que... que eu tenho essa capacidade, fico tão feliz e realizada de sentir isso. Nossa, fazia muitos anos que eu não sentia isso e eu achei que nunca mais ia sentir, entrando neste emprego para mim foi a realização de um sonho, que estava amortecido. Quando eu trabalhei na lanchonete pensei que nunca mais iria poder voltar para o ramo da indústria, trabalhar numa boa empresa, mas graças a Deus... Deus é tão maravilhoso que me deu um bom emprego numa boa empresa.

E é por esses e outros motivos que todos os dias eu dobro os joelhos e agradeço a Deus pela vida que eu tenho sou muito grata a Ele por isso. Eu tenho uma boa vida, faço o que eu gosto, trabalho com produção! Amo produzir algo, ter metas e objetivos... Gosto de ter metas para poder superá-las. Todos os dias ao começar meu dia eu dobro meus joelhos para entregar meu dia nas mãos de Deus, louvar e agradecer por mais um dia que Ele me dê saúde e capacidade.

Percebi que isso ajudou a me controlar, saber que não é nenhum bicho de sete cabeças... É só mais um dia... E que eu querendo ou não.... Estando bem ou não ele vai passar... Que eu posso decidir como quero passar meu dia... Bem ou mal... Eu decido passar bem o meu dia.. Acordo todos os dias com essa intenção. Deixo minha vida nas mãos do Senhor pois Ele sabe tudo que eu posso e tudo que eu preciso”.

O preconceito e a fé

Maria leu a transcrição e organização de seu texto e sugeriu algumas pequenas modificações, a maior parte delas relacionada à cronologia dos fatos relatados. Percebi que para ela a correta organização de tudo o que me foi contado em nossas trocas de mensagens era algo muito importante, assim como seguir a sequência correta em seu trabalho na indústria. Ela começa falando sobre os traumas de seu internamento e como o impacto de tudo o que lhe aconteceu

tem relação direta com uma suposta normalidade. A internação tirou dela a certeza que tinha em relação aos aprendizados: o que sabia sobre o trabalho, os cursos profissionalizantes que fez, mas também às coisas básicas, como assinar o próprio nome, a tabuada, a conversação e a escuta de outras pessoas.

Maria fala que não entende “indiretas”, que se alguém quer falar com ela precisa explicar tudo, ou falar diretamente sobre determinado assunto. Talvez seja por isso que frisa que perdeu a capacidade de ter “raciocínio lógico” ou de operar a máquina com que antes trabalhava, por isso a necessidade de reaprender, de reterritorializar aquilo que já sabia, como voltar a novos patamares de “normalidade”, de reconquistar a autonomia que sempre teve na vida, relatada com orgulho em como conseguiu criar sua filha sozinha, com a força de seu trabalho. Agenciamentos de uma normalidade que nada têm de natural ou espontânea, mas que comportam diferentes dispositivos de poder (DELEUZE; GUATTARI, 1994).

Destaco aqui o verso da música escolhida por Maria (a mesma que José escolheu) “*viver e não ter a vergonha de ser feliz, cantar, a beleza de ser um eterno aprendiz*”. Para ela foi necessária a afirmação médica do diagnóstico para que pudesse se reconhecer diferente e aceitar sua condição. Ela chama esta fase de “preconceito” consigo mesma e se apoia no parecer médico para conseguir voltar ao direito de ter um trabalho digno, mas além disso há a questão que coloca de não poder “*sair falando para os outros porque tem muito preconceito*”. Preconceito este presente na fala de um colega de trabalho, quando afirma que “*por isso que as pessoas não gostam de trabalhar com você*”, escondidos nas brincadeiras feitas em torno de sua condição diferenciada de aprendizagem, em sua fase de adequação. O reaprender está ligado à volta à “normalidade”, mas é no trabalho que se reconhece igual.

O preconceito aqui estaria associado ao diferente e às diferenças. Nesse sentido, Deleuze (2018, p. 299) afirma que a “intensidade é diferença, mas a diferença tende a negar-se, a anular-se no extenso e na qualidade”. A qualidade de diferente faz com que Maria seja tomada por afetos tristes que a fazem sentir-se menor, menos digna que os outros com quem convive no trabalho e que têm facilidade de aprender coisas novas. As palavras são de ordem, produção de verdades que a “tornam” incapaz de falar sobre e por si mesma.

Maria fala sobre sua mudança de ritmo no fazer coisas corriqueiras, no andar, no falar, no convívio com os outros. Mudança esta, segundo ela, provocada pela medicação forte que

toma e aquela que deixou de tomar por conta própria, tirando o poder médico como único gestor de sua vida. Essa alteração no ritmo de sua vida permitiu que as pessoas a julgassem como burra, palavra repetida por ela tantas vezes ora negando, ora obrigando-a a assumir as próprias dificuldades e limitações. Neste momento o medo aparece no sentimento de perder novamente o controle, de sofrer novas alucinações, mas o medo também se faz presente no trabalho, medo de perder o emprego e ficar na dependência (financeira e médica) de outras pessoas.

Ainda que o objeto de estudo de Dejours (1992, p. 78) seja o sofrimento no trabalho e não a loucura, é possível trazê-lo para examinar algumas das situações vividas por Maria, como o medo associado à ansiedade gerados pela “disciplina da fome” na organização do trabalho pode mais passar ignorado, os trabalhadores continuam em seus postos de trabalho expondo seu equilíbrio e seu funcionamento mental à ameaça contida no trabalho, para enfrentar uma exigência ainda mais imperiosa: sobreviver”.

O autor distingue o medo de operários, que estaria relacionado aos riscos de sofrer um acidente de trabalho, e o de trabalhadores administrativos, que é fruto da organização do trabalho que tende a uma manipulação psicológica. Uma manipulação que desloca o conflito de poder de um sentido vertical e hierarquizado para um sentido horizontal, advinda das pressões não apenas geradas por rivalidades entre os empregados, como também por situações particulares do trabalhador tornadas públicas. Esse me parece ser o caso de Maria, que tem medo de que a chefia a julgue como incapaz de cumprir suas tarefas, sobretudo quando afirma que tem medo de expor suas fragilidades ou de ser chamada de burra pelos colegas, o que lhe causa um sentimento de inutilidade e impotência, como o que sentiu quando trabalhou na farmácia e foi dispensada por “*não suprir as expectativas da empresa*”.

Ela afirma, assim como José, que não é louca, que apenas teve um problema temporário, o que denota o que sente na relação com o outro, na visão do outro, ao falar do que passou. Interessante que por mais de uma vez ela se refere à sua condição como um “defeito”, assim como os defeitos que apresentam as máquinas que opera no trabalho. Afirma ainda que ama “*produzir algo, ter metas e objetivos*”, trazendo para si uma responsabilidade que a liga à “normalidade” e às rotinas que impõe a si.

A alcunha de “louco” é um fardo pesado para se levar, entretanto Foucault (2012, p. 518) descreve a loucura como “a forma mais pura, a forma principal e primeira do movimento com o qual a verdade do homem passa para o lado do objeto e se torna acessível a uma percepção científica”. Nesse sentido, o homem transforma-se em natureza de si mesmo “na medida em que é capaz de loucura”. O devir-objeto do homem está na passagem espontânea para a objetividade. “Cada louco traz e não traz em si essa verdade do homem que ele põe a nu na nascença de sua humanidade” (FOUCAULT, 2012, p. 522).

É em suas orações que Maria encontra a fé e a força de que precisa, reafirma seus pedidos e agradece a condição alcançada que a tirou de um trabalho que lhe fazia mal, como o da lanchonete, e a colocou novamente em um “*emprego digno*”. Pistas de sua crença em dias melhores a partir de sua fé podem ser descritas nos versos de *O que é, O que é*: “*Há quem fale que é um divino mistério profundo, é o sopro do criador numa atitude repleta de amor*”. Se por um lado ela demonstra dúvidas a respeito da medicação que toma para manter sua sanidade, é na sua crença em Deus que restabelece todos os dias seus pedidos por saúde e capacidade de continuar produzindo, em sua decisão de passar o seu dia bem.

A fé se coloca para ela como um afeto de esperança, como “uma alegria instável, surgida da ideia de uma coisa futura ou passada, de cuja realização temos alguma dúvida” (SPINOZA, 2018, p. 143). Instável pela necessidade de reafirmá-la todos os dias, na esperança de que sua capacidade para o trabalho não lhe seja tirada e que possa continuar “útil” para fazer suas atividades diárias.

Maria conta que já frequentou a Igreja Pentecostal, mas que lá não se sentiu acolhida, preferindo fazer suas orações em casa mesmo, embora mantenha costumes e falas que lembrem a religião. Para ela na conversa com Deus não há necessidade de intermediários, porque eles também a julgarão, uma vez que as “crenças religiosas preparam uma espécie de paisagem imaginária, um meio ilusório favorável a todas as alucinações e a todos os delírios” (FOUCAULT, 2012, p. 365), que podem levar alguém à melancolia. As exigências da religião faziam com que Maria não se sentisse bem e não se visse pertencente àquele lugar, fazendo-a criar sua própria rotina de demonstração de fé e ultrapassando os ritos impostos pela igreja. Crer em um Ser transcendente faz com que Maria possa contar com a imanência dos caminhos de sua própria vida ao ir além daquilo de que não tem controle, como relata que gostaria de ter, de controlar os momentos de crise ou de ausência. Na força divina é que ela

encontra sua potência ao agradecer e, por que não dizer, ao reconhecer sua capacidade de superar os momentos de crise que viveu no passado e seguir em frente.

João

És um senhor tão bonito quanto a cara do meu filho
 Tempo, tempo, tempo, tempo, vou te fazer um pedido
 Tempo, tempo, tempo, tempo
 Compositor de destinos, tambor de todos os ritmos
 Tempo, tempo, tempo, tempo entro num acordo contigo
 Tempo, tempo, tempo, tempo
 Por seres tão inventivo e pareceres contínuo
 Tempo, tempo, tempo, tempo és um dos deuses mais lindos
 Tempo, tempo, tempo, tempo
 Que sejas ainda mais vivo no som do meu estribilho
 Tempo, tempo, tempo, tempo ouve bem o que te digo
 Tempo, tempo, tempo, tempo
 Peço-te o prazer legítimo e o movimento preciso
 Tempo, tempo, tempo, tempo quando o tempo for propício
 Tempo, tempo, tempo, tempo

De modo que o meu espírito ganhe um brilho definido
 Tempo, tempo, tempo, tempo e eu espalhe benefícios
 Tempo, tempo, tempo, tempo
 O que usaremos pra isso fica guardado em sigilo
 Tempo, tempo, tempo, tempo apenas contigo e migo
 Tempo, tempo, tempo, tempo
 E quando eu tiver saído para fora do círculo
 Tempo, tempo, tempo, tempo não serei nem terás sido
 Tempo, tempo, tempo, tempo
 Ainda assim acredito ser possível reunirmo-nos
 Tempo, tempo, tempo, tempo num outro nível de vínculo
 Tempo, tempo, tempo, tempo
 Portanto peço-te aquilo e te ofereço elogios

Tempo, tempo, tempo, tempo nas rimas do meu estilo

Tempo, tempo, tempo, tempo

(Oração ao Tempo, Caetano Veloso)

João é um homem não-branco⁶⁰ de 42 anos, professor do ensino básico e tecnológico, engenheiro eletricitista. Ele começa sua história contando sua vida em Ferros, no interior de Minas Gerais, onde nasceu, uma cidade com menos de 10.000 habitantes. Mudou-se para Cachoeiro de Itapemirim por conta do trabalho, há 10 anos.

“É... das minhas origens, sou um rapaz do interior mesmo, e cresci em um ambiente que não tinha tantas referências para chegar no nível que estou hoje, nessa sociedade capitalista que endeusa “pessoas bem-sucedidas”. Eu não nasci num seio que favorecesse, que houvesse alguém que eu pudesse dizer “eu posso me espelhar nele para poder ser alguém de sucesso”. O que eu tive para chegar onde cheguei, minhas referências, vieram das minhas próprias experiências pessoais. Quando pequeno, eu tinha a impressão de que vivia num ambiente social mais hostil e sabia que para conseguir conquistar as coisas, eu deveria traçar meu caminho. Enfim, eu sabia que a educação era a única arma que eu tinha, pra conquistar meus objetivos”.

João conta sobre sua vida no interior frisando a importância da educação na sua vida e como uma reprovação na quinta série do ensino fundamental fez toda a diferença, pois gerou nele seu primeiro momento de frustração, por ver seus colegas comemorando enquanto ele era reprovado. A partir dali resolveu que seria o melhor aluno da escola e assim o fez. Todos os seus esforços foram recompensados ao passar no curso de Engenharia Elétrica no CEFET-MG e ir morar em Belo Horizonte.

“Dentre os estudantes da minha época, eu fui o único que conseguiu entrar na rede federal. Mudar para Belo Horizonte, ter bons estudos,

⁶⁰ Quando enviei a transcrição de nossa conversa para João ele imediatamente me corrigiu dizendo não ser um homem branco como estava na primeira versão do material, sua intervenção foi fundamental para que eu pudesse me aproximar ainda mais das temáticas que o atravessam.

conquistar as coisas, sempre com apoio da minha família, que por vezes chegou até a me questionar se eu não estava exagerando de mais nas minhas cobranças comigo mesmo. Uma vez, quando contei por telefone para minha mãe alguns dos meus aborrecimentos com a vida acadêmica, ela confessou que o sonho dela era que eu fosse um professor na escola da nossa cidade e que eu não precisava passar por aquilo, mãe não gosta de ver a gente sofrer, né?

E eu sempre fui essa pessoa vislumbrada e lutando para conquistar as coisas. Sempre lidei muito com esse excesso de cobrança comigo mesmo, excesso de ocupações, de coisas pra fazer. Acredito que isso me tornou uma pessoa menos tolerante a erros, principalmente com relação aos meus. Eu me cobro demais da conta.”

Após o término de seu curso, João foi morar em Uberlândia/MG por causa do trabalho, conseguiu seu primeiro emprego na área como engenheiro. Entretanto, não ficou muito tempo lá por causa do preconceito relacionado a sua sexualidade.

“Eu não tinha um bom relacionamento com o meu chefe e achava que isso estava relacionado com questões ligadas à minha vida pessoal. Hoje eu sou assumidamente homossexual, mas na época as coisas eram mais veladas. Imagina a cena: João, homossexual, buscando realização profissional na área de engenharia dentro de uma sociedade machista. Acho que viver à sombra de quem eu realmente sou, sem poder conversar sobre minha vida pessoal com as pessoas, me desgastou pessoalmente e profissionalmente. Na época tomei a decisão de sair da empresa e procurar uma nova oportunidade de trabalho.”

Com a saída do emprego João decidiu voltar para sua cidade, Ferros/MG, voltando a conviver com a família.

“Voltei sempre pra minha fortaleza e decidi recomeçar. Pensava...para uma mãe que queria ver o filho como um professor de

uma escola do interior, eu não precisava passar por situações para tentar trabalhar como engenheiro. E foi o que fiz realmente, depois de onze anos morando fora. Foi quando tive que lidar com uma situação que eu não esperava.

Voltei para casa num momento de crise conjugal dos meus pais e eu não soube administrar bem isso na minha cabeça. Foi muito estressante. O meu caldeirão que já estava fervendo entornou. Tive meu primeiro surto psicótico. Aos vinte e sete, quase vinte e oito anos de idade. Neste surto, eu tinha sensações ruins. Achava que eu ia morrer, que ia acontecer alguma coisa ruim com alguém da minha família. A suspeita sempre mudava, eu lembro muito bem, que achava que algo aconteceria comigo, ou com meu pai, ou com minhas irmãs. Eu entendia que estava recebendo sinais e que tinha que intervir para evitar que essa coisa ruim acontecesse. Foi uma tortura este surto psicótico que eu não consegui controlar.

Com relação à duração, tenho a noção de que fiquei fora de controle por uma noite, um final de tarde pra noite, início da madrugada. Mas suspeito que as sensações podem ter começado uns dois três dias antes, sabe? Uns dois, três dias antes. Algumas sensações, algumas coisas que já não estavam legais. Então o que lembro é que, durante esses dias, qualquer acontecimento servia apenas para potencializar os pensamentos ruins na minha cabeça, de que alguma coisa ruim ia acontecer. Não havia escapatória para aquilo ali que eu estava vivenciando. Por perceberem minha agitação, meus pais resolveram me levar para o hospital, onde me deram uma injeção pra me acalmar, mas na verdade o susto da injeção me deixou mais nervoso e certo de que aquilo era para me matar, como num filme, sabe? Pensei: “Agora realmente vou morrer”. Eu queria escapar dali, sair correndo, e saí.

Meu pai foi correndo atrás de mim e, quando ele estava prestes a me alcançar, eu estava sobre uma ponte da cidade. Eu pulei desta ponte,

sem a menor noção do local onde iria cair. Caí na água graças a Deus! Tentaram me levar pra Belo Horizonte, eu não deixava porque estava muito agitado e gritando nervoso. Me levaram pra casa da minha vó e me controlaram momentaneamente, minha tia ficou conversando comigo. É... mas do nada eu levantei e corri, atravessei a sala, atravessei todos os espaços da casa, passando pelas pessoas, subi pro segundo andar, me assustei com um barulho que acredito ser de um gato que se mexeu, e então corri, sem perceber que tinha saído da laje e entrado no telhado da casa, de onde eu caí no chão, bati a cabeça e desmaiei. A partir deste momento o que lembro são flashes de memória, eu ficava apagado, acordado, apagado e acordado, e fui levado pra fazer uma operação de um coágulo na cabeça em Belo Horizonte. Deu tudo certo e a partir daí tive que fazer acompanhamento psiquiátrico.

O primeiro psiquiatra que me atendeu não falou nenhum diagnóstico para mim, acredito que é porque nesta época eu estava sob o efeito de muitos medicamentos. Esses medicamentos te deixam menos consciente das coisas, sem noção das coisas, parece que a intenção é te frear. Eu não lembro dele conversar comigo, acho que ele estava preocupado apenas em me medicar. Recebi uma receita que me deu acesso a um medicamento de uso contínuo que eu teria que tomar para o resto da vida.

Para pegar o medicamento, eu tinha que renovar minha receita com um psiquiatra e, ao longo dos anos, eu passei por diferentes profissionais porque estava sempre mudando de casa por causa do trabalho. Durante um tempo achei que aquele procedimento estava errado, eu não gostava de entrar dentro de um consultório psiquiátrico, falar como eu estava me sentindo, e receber como resposta “...continua usando o seu medicamento e procura um psicólogo. Depois você volta aqui”. Alguns psiquiatras agiram assim e isso realmente me chateava.

E essa questão do psicólogo é interessante porque, na minha cabeça, eu pensava assim “se é pra eu ir no psicólogo é porque tem algo de errado comigo, com meu psicológico, então talvez seja mais digno, eu mesmo tentar mudar o defeito que existe em mim, né? Eu não preciso ficar indo em psicólogo pois isso tem um custo que eu não tenho condição de arcar no momento”. Nessa época eu não tinha recursos financeiros para ficar pagando psiquiatra e psicólogo.

Isso requer recursos, mas o que era mais complicado pra mim era pensar na minha família, gastando dinheiro depois de tudo, pra poder pagar um psiquiatra para minhas consultas e eu apenas ouvir que tudo que eu tinha que fazer era tomar o medicamento e ir no psicólogo. Era surreal demais para minha cabeça!

Desde então minha vida tem sido assim, só tomando a minha medicação e renovando receitas para pegar o remédio. Com o tempo fui me entendendo mais como pessoa, percebendo mais os meus gatilhos, as coisas que me deixavam estressado e tentando fugir disso. Hoje eu sou uma pessoa que tem mais percepção disso.”

Quando teve sua primeira internação, João conta que não estava trabalhando, apenas fazendo *freelances* em sua cidade, até que passou em um concurso público simplificado para professor substituto.

“É... mas em 2008, quando eu já tava me tratando, apareceu uma oportunidade para trabalhar na escola da minha cidade, que foi a melhor coisa em tempos comigo. Fiquei muito feliz, mas quando eu fui pegar a documentação para assumir o cargo, tive que ir numa cidade vizinha para passar pela perícia médica. Nesta perícia o médico perguntou se eu fazia uso de alguma medicação, eu comentei que usava Ácido Valpróico, então o médico me perguntou quando tinha sido a minha última crise epilética. Eu expliquei a ele que eu não era epilético, e que fazia uso da medicação como um controlador de humor. O médico indeferiu a minha perícia e eu não pude assumir o

cargo de professor, que era a oportunidade que eu mais queria naquele momento. Isso me fez muito mal! É uma chaga muito grande que eu ainda carrego na minha vida.

Hoje... Eu entendo que, como clínico geral, talvez ele não seja especialista na área de psiquiatria, alguma coisa desse tipo... por isso ele resolveu não entender a questão do Ácido Valpróico e decidiu não me autorizar a trabalhar dentro de uma sala de aula. Não gosto de falar mal do profissional, porque na verdade como que eu vou julgar um profissional médico, né? O cara falou que eu sou incapaz para poder exercer uma atividade que naquele momento era um direito meu. Ele me impediu de fazer isso. Entretanto eu ainda me pergunto hoje do que eu sou capaz, entende?

Eu achei aquilo ali humilhante. Ser desqualificado como ser humano. Eu não aceitei o diagnóstico de um incapaz, ainda mais para fazer uma coisa que eu gostava e acho que sei fazer. Me senti desqualificado como ser humano. É daí que vem essa chaga. Desde então eu nunca conversei com ninguém a respeito disso, para falar assim “olha você tem que aceitar porque afinal de contas foi uma decisão médica”. Ele fez e eu aceitei, mas eu não assimilei de uma maneira positiva o que ele fez, não! Porque eu não queria ser, conviver com aquilo. Mas o meu tratamento eu continuei fazendo.

Depois disso surgiu outra vaga de professor substituto, na rede federal de educação, CEFET Minas campus Araxá. Eu fui pra lá, passei por todo processo seletivo, pela perícia e fui admitido para trabalhar. Fiquei em Araxá quase dois anos trabalhando”.

Nesse período foi que ele passou por seu segundo surto, ficando um dia internado para fazer uso de outras medicações. Foi levado ao hospital por amigos com quem dividia o apartamento em que morava.

“Em Araxá eu tive outro surto, quando a minha mãe foi fazer um procedimento de cateterismo. Acho que o fato de morar longe da minha família fazia eu superestimar os problemas que não conseguia ver. Eu sabia que minha mãe tinha problema cardíaco, sabia que este procedimento era delicado. A situação foi muito pesada pra mim. Eu achei que alguma coisa de mal ia acontecer com minha mãe. Tive uma crise nervosa e fui internado e medicado.

Quando voltei a trabalhar, prestei um concurso público e fui aprovado para assumir o cargo no Espírito Santo. Passei pelo mesmo processo e... pude assumir. Desde então eu tô aqui, faz dez anos que trabalho como docente. Uma coisa que eu te falo é: ao ser questionado se uso algum tipo de medicação controlada, eu falo que faço uso de controlador de humor. Minha profissão de docente é sobrecarregada de estresse, eu preciso ter um medicamento para me ajudar, por isso faço tratamento psiquiátrico e psicológico”.

Em Cachoeiro, tive uma crise, em que foi necessário inclusive internação, por causa da questão de estresse mesmo, mas fiquei poucos dias internado, minha família veio depois de eu sair, e fui medicado, mas continuei tomando constantemente o ácido valpróico. Sinceramente por algumas vezes na minha vida eu pensava que o ácido valpróico era alguma coisa ruim, um placebo sei lá, eu não entendia, sabe? Meu sonho era que alguém falasse assim, “a tá, pronto agora pare de tomar o ácido valpróico”, apesar de que várias vezes algumas pessoas, alguns médicos falaram comigo “olha você vai tomar isso pro resto da sua vida, ok?” É... mas algumas vezes eu pensei que fosse tipo um placebo, porque eu não tinha condição, eu tinha uma crise, tomava o ácido valpróico junto com outros remédios, passada a crise, os outros remédios saíam, mas o ácido valpróico continuava. Isso me afetava muito, mas de uns tempos pra cá eu tô mais consciente com relação a isso. Aceito melhor o tratamento. Após esta crise, continuei o tratamento com o ácido valpróico, voltei a trabalhar.

Eu lembro da internação que eu tive aqui em Cachoeiro, eu estava num estado psicótico, tão revoltado de tá numa clínica internado, que eu fui amarrado na cama, e isso pra mim foi mais humilhante ainda, sabe? Lembro da minha aflição. Eu lembro que um dia eu fui no psiquiatra ele riu e falou para mim: “daquele jeito que você estava, queria que fizessem o quê? Ainda bem que te amarraram na cama”. Então pensei assim: “nossa! Mas não é que é verdade? Como é que eu não pensei nisso antes?”

O que eu tô querendo te dizer é que, ser internado, teoricamente de posse de minhas faculdades mentais, mesmo num estado de nervos assim, eu sabia onde eu estava, eu sabia quem eu era, eu não queria estar ali! Apesar de precisar, naqueles momentos eu não fui humilde o suficiente pra falar “vai passar e eu vou ficar aqui quieto, vou tomar um remédio e vou sair. Não fui humilde, é isso!

Pedi que ele falasse um pouco mais da sua relação com os colegas de trabalho após sua internação na Clínica Santa Isabel, em Cachoeiro.

“Bom, no meu caso é sempre uma sensação de que, de certa forma as pessoas estão muito cheias de dedos com relação a mim, com medo de alguma coisa, é... é... que vai acontecer com algum problema comigo. É... eu senti isso, um certo receio das pessoas, pois elas não querem que aconteça alguma coisa ruim comigo, então fico pensando que as pessoas têm uma superproteção comigo. Talvez seja uma viagem da minha cabeça mesmo essa questão, mas é... é... é isso, sabe?

Dizendo de uma outra forma, quando você passa por uma situação dessa, de “loucura”, de crises psicóticas, a ideia que eu tenho é que as pessoas que me viram naqueles momentos estarão sempre olhando para aquele João. Eu tenho sempre que provar que aquele surto passou, entendeu? Fiquei com uma chaga disso, sabe? Que é diferente quando a chaga é no corpo e logo em seguida sara. Este tipo

de chaga some, mas quando a chaga é da cabeça, você tá fisicamente normal, portanto, não dá para perceber muito bem quando este outro tipo de ferida sarou.

Depois que você recebe um diagnóstico e volta a conviver com pessoas que conhecem a sua história, você carrega uma chaga dentro da cabeça. Eu me pergunto: será que eu sempre tenho que provar algo para essas pessoas? Me preocupa. Principalmente com relação à minha mãe. Por exemplo, um dia eu estava puto aqui em Cachoeiro, xinguei dez pessoas... Pra minha mãe que está a seiscentos quilômetros de mim, pode ser que eu esteja numa crise psicótica novamente. Eu acho que para ela, essa chaga que tenho na cabeça nunca passará.

Quando pergunto se ele entende essa “chaga” como preconceito sua resposta é:

“No meu caso, eu vejo como superproteção, eu prefiro chamar de superproteção, apesar de que pela lógica do preconceito dá até pra dizer que sim, mas eu prefiro entender como superproteção. Eu acho que a sanidade mental de um ser humano é que torna a pessoa humana divina e dá a ela o direito fazer o que ela quiser fazer, entendeu? É a essência da liberdade! É... então, eu não gosto da ideia de receber de outrem ordens sobre as coisas as quais eu acho que sou apto a fazer, eu acho que isso viola um direito, um direito de ser humano. Então não chamaria de preconceito não, não gosto de usar esta palavra para definir a chaga que eu carrego...

A minha descompensação no trabalho, acho que tá mais relacionada com outras questões, então talvez sim pese a questão de preconceito relacionada à minha homossexualidade, tá relacionado até mesmo com meu comportamento pessoal. Como dizem “de médico e louco, todo mundo tem um pouco”. Então com relação à questão da minha raça e da minha sexualidade, eu acredito que sim... é preconceito. No meu trabalho eu sinto preconceito. A coordenadoria do curso em que

trabalho é um ambiente machista, nocivo para gays e para mulheres. Sou professor numa área extremamente machista, sou engenheiro... é um ambiente prejudicial há pessoas que não têm uma boa cabeça formada com relação à questão da sexualidade. Eu tive problemas com isso quando cursava engenharia. Após estes anos de formado as coisas estão melhores na minha cabeça. Entretanto, ainda hoje eu consigo analisar várias coisas pelo lado do preconceito...que eu não sou bem-vindo em algumas situações.”

Na relação de trabalho, João já se sentiu preterido na distribuição de tarefas ou responsabilidades, mas em relação a isto diz que aprendeu a lidar bem.

“Hoje não me incomoda, não me incomoda tanto, porque eu acho que as pessoas escolhem de acordo com o que julgam ser importante e interessante. Eu não tenho condição de julgar terceiras pessoas porque não sei a fundo o que elas pensam sobre mim e sobre minha saúde mental. Mesmo que essas pessoas conheçam um pouco da minha história, que tenham visto aparecer em algum momento essa chaga que eu carrego meio escondida, a opinião delas é a opinião delas. Se elas vão tirar conclusões precipitadas, misturar estes acontecimentos do passado com as minhas qualidades profissionais e técnicas, isso é direito deles. Hoje não tenho problema com isso, só levo minha vida tentando fazer o melhor profissionalmente que posso”.

O controle e o tempo

João tem como ele gosta de dizer “*sorte*”, por trabalhar na área que gosta. Conta com orgulho a felicidade que sentiu ao ser aprovado no curso de Engenharia Elétrica no CEFET-MG e poder se mudar para Belo Horizonte para estudar. Quando retornei a seção anterior a João, ele releu e não gostou do que escreveu, foi muito crítico consigo mesmo, suas palavras para mim foram “*nossa, como eu me comunico mal, fico repetindo, falo uma coisa, depois falo outra, horrível*”. E fez questão de mudar muita coisa, colocar a história narrada numa ordem cronológica mais “*coerente*”, segundo ele.

Corrigir e criticar duramente o que faz, mesmo sabendo que faz bem as coisas com as quais se compromete é algo que João faz desde criança, quando repete de ano e precisa lidar com a frustração de ver seus colegas de turma avançarem (na escola) e ele ficar. Ali foi sua chave de mudança, se tornara importante o controle cada vez mais rigoroso de suas atividades. Com coragem enfrentou a mudança da cidade em que morava para trabalhar na área em que se formou e os enfrentamentos que teve no trabalho por causa de sua sexualidade.

Quando eu, sem consultá-lo o classifiquei como homem branco, fui logo corrigida *“tudo o que não sou é branco. Já concorri em concurso público a vagas destinadas a negos, pardos e índios e passei muita raiva quando vieram fazer aquele exame fenotípico e me disseram que eu sou branco, eu não sou branco”*. Retomo Silva e Saraiva (2020), que discutem a construção identitária do homem negro e como esta é cercada por lutas sociais que têm ganhado cada vez mais espaço na sociedade; demonstram ainda que a conscientização é elemento primordial para a efetivação das conquistas sociais.

João, assim como Maria, fala sobre não conseguir controlar o próprio corpo, controlar o surto como se fosse possível se antecipar aos acontecimentos. A falta de controle se instaura como se nela residisse a essência de condutas patológicas, na qual *“o doente vive sua angústia e seus mecanismos de defesa numa circularidade”* (FOUCAULT, 1972, p. 51) enquanto ameaças incontroláveis.

Controlar a si mesmo novamente parece remeter a um desejo de “normalidade”, ou, para João, “ser uma pessoa de sucesso”. Perder o controle foi o que o levou ao surto e às “chagas” que diz carregar em sua vida. Estas chagas que não desaparecem e que, por mais que João não queira admitir, estão relacionadas ao preconceito que gera nele a sensação de visto como um ser humano desqualificado, diagnosticado como um incapaz, ou, ainda como um ser menor. Nesse sentido, o *“sofrimento doentio do paciente psiquiátrico pode ser acolhido, tratado e modificado, mas o sofrimento da desrazão não é terapeutizável nem diminuível, pois ele é condição de produção de singularidade”* (LANCETTI, 1992, p. 147)

É interessante como o médico em seu relato surge como o ser maior que não pode ser contestado, ou seja, a autoridade médica é que detém a verdade sobre ele, ainda que João se sinta desconfortável com as consultas que servem apenas como um reforço da obrigatoriedade

do uso da medicação. Medicação esta que o fez achar que o tratamento era apenas placebo, mas novamente vem o pensamento de que não foi “*humilde o suficiente*” para aceitar que terá que tomar a medicação “*para o resto da vida*”.

No trabalho diz sentir o preconceito apenas por causa da sua sexualidade, mas fala da superproteção dos colegas em relação a sua condição de saúde. Em seguida fala que “*a sanidade mental de um ser humano é que torna a pessoa humana divina e dá a ela o direito de fazer o que ela quiser [...] é a essência da liberdade*”. Esta liberdade está associada a não precisar provar aos outros que está bem, de não ser desacreditado, como no caso do médico do trabalho que o atestou como inapto para estar em uma sala de aula por causa da medicação da qual faz uso, ou ainda, nas preocupações da mãe. Assim como nos casos de José e Maria, mais uma vez o saber médico se coloca para além do bem-estar físico e psicológico da pessoa.

João, assim como Maria, precisou de seu próprio tempo para aceitar sua condição, a medicação imposta e aprender que não consegue controlar tudo. A música escolhida por João dá pistas de como o tempo é algo importante em sua vida “*por seres tão inventivo; e pareceres contínuo; tempo, tempo, tempo, tempo; és um dos deuses mais lindos*”. Uma temporalidade própria do acontecimento que brota nos entremeios, em um tempo não cronológico e não sucessivo, ou seja, uma diferença de natureza. “O tempo trabalha os corpos, a heterogeneidade que opera nos corpos (afeto) e no limite dos corpos (sentido) é, afinal de contas, temporal” (ZOURABICHVILI, 2016, p. 99).

É na insensatez dos surtos que outros tempos se fazem presentes, como no verso “*e quando eu tiver saído; para fora do teu círculo; tempo, tempo, tempo, tempo; não serei nem terás sido*”. O surto que vem como o rompimento total de um presente incômodo. Tempos de diferença, de se sentir diferente e da aceitação, que começa em si e precisa ser alçada a outros patamares, no trabalho, nas conquistas pessoais e no reconhecimento de si, no conviver com o diagnóstico de uma “doença mental”. “As emoções fortes e o sofrimento, mas também o gozo da loucura são ameaçadores; na doença mental, a ameaça é substancialmente reduzida” (MARQUES; OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2018, p. 400).

Ter que provar aos outros que o “surto” passou também requer tempo. Tempo este que a emergência de uma vida bem vivida parece não ser o bastante para “convencer” os que estão a sua volta. “*Eu não tenho condições de julgar terceiras pessoas porque não sei o que elas*

pensam sobre mim e sobre minha saúde mental”. É assim que procura aceitar as opiniões dos outros, mas sem dar peso ou importância excessiva aos outros; procura viver da melhor maneira que pode.

...

Acreditar no mundo significa principalmente suscitar acontecimentos, mesmo pequenos, que escapem ao controle, ou engendrar novos espaços-tempos, mesmo de superfície ou volume reduzidos (DELEUZE, 2013, p. 222).

José, Maria e João trazem traços em comum em suas histórias de vida; vidas marcadas por internações, assujeitamentos, medicamentos, preconceitos, mas também por sentidos dados por eles àquilo que lhes acometeu em certo período da vida. Em momentos nos quais a realidade os expulsou de uma vida dura demais para suportar. Em seus momentos de “loucura”, encontraram outros modos de ser no mundo. Em tempo próprio, no tempo da loucura que é bem diferente do tempo do calendário, “não o calendário rítmico das estações que liga às forças obscuras do mundo, mas um calendário cotidiano, dos homens, no qual se aprecia a história” (FOUCAULT, 2012, p. 438). Um tempo no qual não há sujeito, há apenas agenciamentos coletivos de enunciação (DELEUZE; GUATTARI, 2014), nos quais o preconceito emerge como palavra de ordem.

Um preconceito que se inicia na família e se estende a outras esferas sociais como no trabalho, ainda que velado ou disfarçado de cuidado. Os três passaram por situações nas quais tiveram que esconder o uso de medicação ou sua condição médica para que pudessem ser aceitos ou tratados como iguais. A tão desejada normalidade pode ser entendida como o desejo de ser considerado como igual aos “outros”, de que suas capacidades não sejam julgadas por sua loucura. Falar de si surge então como um ato emancipatório, um exercício que procura escapar dos mecanismos de controle e regulação que cercam a loucura em atravessamentos sociais, simbólicos e materiais.

Seus corpos “adoecidos” precisam ser controlados tanto por si mesmos, como por medicamentos que os deixam “*o mais próximo possível de uma vida normal*”, como disse a psiquiatra que acompanha o tratamento de Maria. José também sente a necessidade de controle do próprio corpo. Um corpo que precisa ser domesticado, em um “exercício,

transformando em elemento de uma tecnologia política do corpo e da duração, não culmina num mundo além; mas tende para uma sujeição que nunca terminou de se completar” (FOUCAULT, 2014, p. 159).

Uma sujeição reproduzida inúmeras vezes no mundo do trabalho no qual se esforçam o tempo todo para serem iguais, superar-se a cada dia como prova de que não perderam sua capacidade de produzir, de serem úteis à sociedade. Enquanto sinais de subalternidade, sofrem opressões, explorações e exclusões, esferas micropolíticas que colocam à prova o valor de suas existências, por vezes gerando intoleráveis sentimentos de humilhação. Um “efeito traumático na esfera micropolítica: a tendência a machucar mais ainda sua pulsão vital já debilitada pelo medo do colapso de si provocado pelo abuso” (ROLNIK, 2018, p. 127).

Deleuze e Guattari (2012, p. 158) perguntam qual é o “lugar da vida”, uma pergunta considerada por eles como contraditória uma vez que a vida é “um sistema complexo, e um conjunto de consistência que conturba as ordens, as formas e as substâncias”, tudo ao mesmo tempo. É nesta complexidade que não se pode pensar em um formato único de ser no mundo, em uma única forma de pensamento e compreensão do mundo.

O tempo emerge como remédio e cura para os problemas que se acumulam na lembrança em um passado que eles querem esquecer. O tempo de que precisam é o de Aion⁶¹ no qual as lembranças de um passado de internamentos não interfiram em um futuro próspero e longe do sofrimento psíquico, mas vivem seus dias presos no tempo de Cronos em um “presente limitado, que mede a ação dos corpos como causas e o estado de suas misturas em profundidade” (DELEUZE, 2015, p. 64). Daí a importância do tempo próprio para lembrar-esquecer o que viveram.

A medicação surge como a panaceia que os livrará de todos os problemas, desde que *tomem os remédios para sempre*. O remédio como a prisão moderna, o manicômio dos dias atuais, que diminui o seu ritmo, os limita pessoal e profissionalmente, conforme relatado. Uma espécie de terapêutica que opera como dispositivo que “exclui as narrativas dos sujeitos e suas

⁶¹ Tempo no qual passado e futuro se desdobram ao infinito em acontecimentos incorporais enquanto efeitos (DELEUZE, 2015).

histórias de vida” (CAPONI, 2016 p. 112), entretanto, possibilita a permanência de uma exploração capitalística da força de trabalho.

Os afetos convocados pelo mundo do trabalho por vezes lhes dão ganho de potência de vida, mas em outras lhes retira a alegria do sopro vital. Ainda que seja no trabalho que eles conseguem reafirmar suas qualidades de serem capazes de realizar suas tarefas, é este o mesmo espaço que os torna novamente reduzidos em novos regimes e mecanismos de controle.

No regime de empresa: as novas maneiras de tratar o dinheiro, os produtos e os homens, que já não passam pela antiga forma-fábrica. São exemplos frágeis, mas que permitiriam compreender melhor o que se entende por crise das instituições, isto é, a implantação progressiva e dispersa de um novo regime de dominação (DELEUZE, 2013, p. 229, grifos do autor).

Ainda assim, é no território-trabalho que se dão os processos de singularização desses sujeitos, que os coloca para além dos limites de uma subjetividade homogeneizante e de ordem capitalística, que os faz fugir dos dois extremos formados pela relação entre alienação e opressão (GUATTARI, 2016). Um sujeito em sofrimento psíquico que vive a possibilidade de existência de um “ser rizomorfo” em uma dupla articulação no território-loucura: ora como forma, ora como expressão.

O uso da abordagem afetiva (MORICEAU, 2020) convocada pela pesquisa permitiu que Maria, João e José contassem suas histórias, colocando-se em condição de produtores de conhecimento sobre o mundo e suas relações, mas, principalmente, sobre si mesmos ao compartilharem seus modos de ser e estar no mundo. É, nesse sentido, que a fé, a coragem, os pássaros e a música compõem dispositivos que lhes permitem lidar com o incômodo diário da desconfiança do outro, que os obriga a provar diariamente que estão “bem”. Para eles, ir além do diagnóstico é escapar da condição de um lugar pré-determinado no mundo no qual os padrões sociais procuraram enquadrá-los.

O COMEÇO DE UM FIM

A vida não é para ser útil. Isso é uma besteira. A vida é tão maravilhosa que a nossa mente tenta dar uma utilidade para ela. A vida é fruição. A vida é uma dança. Só que ela é uma dança cósmica e a gente quer reduzi-la a uma coreografia ridícula e utilitária, a uma biografia: alguém nasceu, faz isso, fez aquilo, fundou uma cidade, inventou o fordismo, fez a revolução, fez um foguete, foi para o espaço... Tudo isso, gente, é uma historinha tão ridícula! A vida é mais do que tudo isso. [...] Nós temos de ter coragem de ser radicalmente vivos e não negociar sobrevivência.

Ailton Krenak

O objetivo deste trabalho foi **cartografar em que medida a compreensão da loucura vista como incapacitante para o trabalho formal afeta a vida de pessoas em sofrimento psíquico no mundo do trabalho, evidenciando suas consequências sociais, morais e éticas**. Primeiramente apresentei diferentes discursos sobre a loucura e como eles se enlaçam na inserção do louco no mercado de trabalho a partir da reconstrução de uma história sobre a loucura. Em seguida acompanhei-experimentei durante 25 encontros o cotidiano de trabalho da Secretaria Municipal de Saúde Mental na cidade de Cachoeiro de Itapemirim/ES (SEMUS) para conhecer o trabalho desenvolvido na rede de atendimento local. Por último, procurei mapear os processos de assujeitamento no trabalho de três pessoas em sofrimento psíquico inseridas no mercado formal de trabalho trazendo suas histórias narradas em primeira pessoa.

Nesse sentido, o desafio final deste texto surge no esforço de torná-lo um agenciamento que busca sustentar a complexidade e a processualidade da realidade, como uma construção coletiva de um registro provisório e transitório diante das constantes mudanças provocadas por outras afetações⁶². Deixar a escrita sair não foi tarefa fácil, como também não foi acompanhar os dias na SEMUS sem poder agir ou ainda ouvir os relatos⁶³ (daqueles que chamei de pesquisadores iniciantes) sem os interromper para falar da minha própria experiência com a loucura – que por vezes parecia a mesma história contada por outras vozes – mantendo assim minha postura reflexiva de pesquisadora. A música foi nossa rota de fuga,

⁶² Em Spinoza (2018, p. 98): “Por afeto compreendo as afecções do corpo, pelas quais sua potência de agir é aumentada ou diminuída, estimulada ou refreada, e, ao mesmo tempo, as ideias dessas afecções”.

⁶³ O manejo cartográfico da entrevista foi usado como ferramenta de acesso ao plano compartilhado da experiência.

pensar COM elas e os relatos, nos permitiu ser afetados pelo que estava ali como ritornelos⁶⁴ que sempre se repetem de maneira diferente. Penso que fazer uso de uma abordagem afetiva possibilitou implicações mútuas, aproximando pesquisa e vida, em outras palavras, permitiu-me cartografar⁶⁵.

Diferentemente de procurar uma representação no “fora”, o que busquei trazer foi um mergulho no vivido, na porção mais parcial, local, específica e relacional dos acontecimentos experienciados. Outrossim, a importância de uma abordagem afetiva se encontra na percepção “da consistente, ampla e intrincada rede de conexões que se expande sobre os territórios da vida ordinária” colocando-se em “relação com” e “em relação a” (MORICEAU, 2020, p. 8). Nesse percurso procurei acionar o corpo de cartógrafa colocando-me em relação COM experiências comuns que se inscrevem em um tempo e lugar específicos, dando passagem a construções coletivas que vão para além das representações. O rastreio cartográfico (BARRETO; CARRIERI; ROMAGNOLI, 2020) possibilitou adentrar em territórios em que a vida se torna inventiva, seja no trabalho na SEMUS na relação com os usuários do sistema que buscam lá acolhimento e respostas para os seus problemas, seja no mundo do trabalho, já tão endurecido por um modelo de subjetivação em massa do modo capitalístico.

Busquei ainda acionar os três gestos de uma abordagem baseada nos afetos (MORICEAU, 2020), transformando-os em dispositivos de agenciamento: 1. Ao me expor, no capítulo “Quando enlouqueci”, não apenas mantive meu compromisso ético-político com a pesquisa e os pesquisados, como também me arrisquei aos comuns constrangimentos existentes na academia. 2. No caminhar da pesquisa procurei me manter aberta às mudanças de caminhos teórico-metodológicos decorrentes dos encontros COM os territórios. 3. Ao pensar e refletir sobre o uso de teorias e autores procurei fugir das respostas prontas, das teorias totalizantes indo para além dos modelos ao experimentar⁶⁶ – pensar é o que não cabe no modelo, assumindo um compromisso estético. E por que experimentar? Porque “observar é, pois,

⁶⁴ O ritornelo como “literalmente uma nova maneira de escutar o mundo” (GUATTARI, 2016, p. 71). Como produzir ritornelos? “A questão é, portanto, de compreender os elementos de singularidade, não apenas no discurso do paciente, mas nas relações de transferência, de afeto. São essas relações que vão determinar, ou não, a necessidade de intervir – mais que interpretar – ou seja, de participar, de arriscar dizer alguma coisa” (GUATTARI, 2016, p. 133). Os ritornelos se fazem presentes nas falas dos sujeitos.

⁶⁵ Cartografia enquanto um processo movente e aberto, o mapa que conta um processo.

⁶⁶ Em Deleuze a dimensão da experiência é amplificada por meio do conceito de experimentação, no qual se busca sair de si e dar passagem ao intensivo de forças que se dão entre os corpos. A experimentação que se faz no mergulho cartográfico.

contentar-se com ver. Ver sistematicamente pouca coisa” (FOUCAULT, 1981, p. 148), mas principalmente para fugir do mundo da representação. Procurei assim sustentar a complexidade me colocando atenta às singularidades e as circunstancialidades, em uma realidade que é pura produção, o rizoma – imagem-pensamento e seu emaranhado de forças e linhas em interação.

Durante o rastreo cartográfico, os endurecimentos advindos do plano de consistência se fizeram presentes muitas vezes: na escrita obrigatória⁶⁷; no julgamento inconsciente; nos caminhos escolhidos. A precariedade do trabalho na SEMUS foi o maior deles, os meus dias lá – mesmo que apenas em pensamento – ativaram meu lado mais funcionalista ao querer resolver os problemas de gestão que se apresentavam, não por falha das servidoras, mas, principalmente, pela precariedade e limitação de um município com poucos recursos. A impotência se fez presente por inúmeras vezes e afetos tristes vieram à tona. Compartilhei com aquelas mulheres, trabalhadoras da SEMUS, a impossibilidade de fazer mais e melhor e, ao mesmo tempo, saber que estavam dando o seu melhor.

Resgato aqui a premissa que impulsionou este trabalho de que, **embora os discursos hegemônicos sobre a loucura apresentem-na como incapacitante, a tese que defendo é que a loucura é apenas mais uma manifestação das diferenças humanas**. A fim de reforçar minha tese, busquei mapear, a partir de narrativas autobiográficas, a história de três pessoas com diagnóstico de doença mental que trabalham (ou, no caso de José, trabalhou) no mercado formal, seus assujeitamentos e estratégias de sobrevivência nesse “mundo do trabalho”, em outras palavras, os causos de loucos no trabalho. Vale ressaltar que para além da variável demográfica, esta pesquisa foi realizada COM usuários do SUS, em outras palavras, reafirmar que esta pesquisa tem cor e classe social bem definidas, de pouco interesse no sistema capitalístico de produção.

Trazer suas histórias em primeira pessoa, com a anuência e participação deles nas análises trouxe um ganho de potência, pois não sou eu pesquisadora-acadêmica falando, somos nós, um coletivo que narra a vida no trabalho de pessoas em sofrimento psíquico. Pessoas que se

⁶⁷ Ainda assim procurei, o máximo possível, manter o compromisso assumido no início desta tese de buscar uma escrita mais performativa, mais solta, em um escrever que se coloca como forma de expressão provisória, que envolve o leitor em sobreposições de imagens e textos. A escrita em si como forma de resistência.

evocam, colocando-se no mesmo plano que as histórias que estão sendo contadas, que trazem à tona as singularidades do sujeito político, possibilitando a construção do sujeito coletivo.

Evidencia ainda que mesmo com a instauração de leis e melhoria nas políticas públicas de tratamento, a loucura ainda é vista como um problema moral e social. Procurei demonstrar como a institucionalização da loucura foi fundamental para a instauração de um saber-poder que exclui como opção as possibilidades de uma vida comum às pessoas marcadas com esta condição, classificando-as como úteis ou inúteis a uma vida produtiva.

Maria traz a palavra “*burra*” como forma de assujeitamento no trabalho que lhe tira sua potência de ser, que lhe entristece e busca na fé a capacidade de continuar sendo capaz para o trabalho. José busca no enfrentamento sua potência de ser no mundo, coragem de dizer o que pensa, nas palavras dele, “*arrebentar verbalmente*” o outro que lhe quer causar dor, e ainda a coragem de recusar o tratamento (medicamentoso) que julga não lhe fazer bem. João estabelece seu próprio tempo, ainda que o controle e a cobrança excessiva consigo mesmo lhe provoquem afetos tristes, mas ainda é nesse controle que se torna “dono” do seu tempo, que sente que é capaz de realizar as coisas a que se propõe.

Apoiar-me na filosofia da diferença é entender que “a diferença é parte fundamental da linha de pensamento pós-estruturalista e está diretamente associada à crítica ao sujeito humanista autoconsciente e racional” (BARRETO; CARRIERI; ROMAGNOLI, 2020, P. 55). O pós-estruturalismo invalida pressuposições sobre pureza, essências, valores ou verdades, daí o lado positivo da palavra ruptura, a subversão positiva das oposições estabelecidas; o que se procura responder é a forma como se dá determinado fenômeno. Incluir toda essa discussão no campo dos Estudos Organizacionais foi o esforço maior desta tese a fim de fazer a crítica, ao demonstrar que a lei de inclusão de pessoa com deficiência (PcD) não se caracteriza em inclusão de fato, mas sim em outros assujeitamentos no mundo do trabalho.

Diferente de outras condições prevista na lei de cotas para deficientes, estar em sofrimento psíquico muitas vezes não caracteriza uma deficiência⁶⁸, mas uma condição, um jeito de ser no mundo que requer adaptações feitas pelas pessoas acometidas por esta condição. Não há loucura que passe despercebida como um problema que se quer esconder, ainda que o médico diga para esconder. Contudo, o médico é o primeiro a desautorizar o sujeito a viver uma vida

⁶⁸ A mais valia de um corpo que não está inteiro, e que por isso se torna descartável para o mundo do trabalho.

em liberdade, seja pelo uso de medicamento, que o força a mudar o ritmo de vida como relatado por Maria, José e João, ou ainda por impor uma perda total de autonomia, fazendo com que se sintam incapazes de fazer e ser por si.

Ir além do trabalho solidário trazido no estudo de Selda Engelman (2006), possibilita a homogeneidade da diferença no trabalho formal, mas também promove a sensação de igualdade, como relatam José, Maria e João. Entretanto, seria ingênuo da minha parte trazer o trabalho como solução para a inclusão social de pessoas em sofrimento psíquico, uma vez que a força de trabalho dessas pessoas também está sendo cooptada por uma produção de subjetividade de massa em uma sociedade capitalística e em deterioração como a nossa. Contudo, é inegável o bem-estar sentido por essas pessoas no convívio, na sensação de autonomia, no livre deslocar-se, na própria liberdade de ser “louco”.

A centralidade da saúde mental como tema de crescente interesse em diferentes áreas do conhecimento não se deslocou em avanço contra o estigma e o preconceito. Nada apaga as marcas deixadas pelo preconceito vivido, as “chagas”, como chama João, ou o “estigma”, dito por José, ou ainda a “sensação de exclusão”, como disse Maria. A vergonha⁶⁹ que sentem ao falar sobre seus internamentos demonstra o esforço que fazem para deixar para trás aquilo que a sociedade não lhes permite esquecer. Ou ainda a impossibilidade de falar para os outros “o problema” que têm, pois sabem que o preconceito vem antes da aceitação, ainda que disfarçados de brincadeiras ou de superproteção. Sei que há ainda um longo caminho a ser percorrido, há que se cartografar as interseccionalidades, outros marcadores de exclusão, que atravessam os corpos loucos e que não foram abordados nesta tese, tais como: sexualidade, cor da pele, condição social e gênero.

Em termos metodológicos, sustento que a abordagem afetiva da pesquisa permite uma construção reflexiva na qual o rigor ultrapassa a objetividade pura uma vez que busca por caminhos outros, capazes de capturar não apenas o visível, mas aquilo que só pode ser sentido, o implícito, aquilo que se esconde no fora e dentro dos olhares. O afeto é, antes de tudo, uma exposição, uma capacidade de se deixar levar por aquilo que se manifesta. “O afeto

⁶⁹ A vergonha enquanto afeto “é uma tristeza acompanhada da ideia de alguma ação nossa que imaginamos ser desaprovada pelos outros” (SPINOZA, 2018, p. 148).

nos coloca em uma posição vulnerável de abertura e de recepção. Ele é a sensibilidade que nos abre ao outro, a outros sentidos” (GUIDI, MORICEAU; PAES, 2019, p. 11).

Tomar a cartografia tendo o afeto como lente analítica possibilitou a construção de uma rede ampla e intrincada de conexões que se expandem sobre os rizomas formados nos territórios da vida ordinária. Não se trata apenas de desnaturalizar interpretações institucionalizadas de mundo, ou produzir novas interpretações sobre velhos enunciados, mas sim inventar novos termos, outro vocabulário. É nesse sentido que a escrita aparece como elemento fundamental, haja vista que convoca leitor, pesquisador e pesquisados enquanto constituintes ético-estético, e por que não dizer, político do fazer pesquisa para os Estudos Organizacionais.

A escrita performativa e plural faz parte da pesquisa acionada pelos afetos, tendo em vista que é importante que o texto escrito “converse” com o leitor, transformando este em parte integrante do texto, afastando-se da “*mimesis* para se aproximar de uma *poiesis*”, associando assim estilo e teoria (MORICEAU, 2017, p. 208). Nesta escrita há um imperativo ético de origem no qual se pode identificar três presenças imbricadas e indissociáveis: pesquisadora, sujeitos de pesquisa e leitores. Quando se escreve, se fala de alguém, se fala de encontros que suscitaram perguntas e respostas; o leitor aparece como quem questiona e julga o que foi escrito, de modo que a escrita é realizada dentro dessas três relações, umas com as outras, em três relações éticas caracterizadas por uma forma de descrever e de desencadear a reflexividade (LETICHE; MORICEAU, 2018).

Retomo aqui as palavras de Paul Preciado (2019, p. 17), para reafirmar minha posição política nestes escritos que procurou trazer os casos de loucos no trabalho em primeira pessoa

Diferentemente das receitas de felicidade instantâneas e do *feel good*, a condição de possibilidade de resistência micropolítica é “sustentar o mal-estar” que gera nos processos de subjetivação a introdução de uma diferença, uma ruptura, uma mudança. É preciso reivindicar o mal-estar que tais rupturas supõem: resistir à tendência dominante da subjetividade colonial-capitalístico que, reduza ao sujeito, interpreta o mal-estar como ameaça de desagregação e o transforma em angústia, em sintoma que deve ser diagnosticado de acordo com um manual de doenças mentais, tratado com medicamento e, finalmente, soterrado em favor da reprodução da norma.

O que busquei antes de tudo foi uma mudança de escala no nível do olhar para que seja possível ver na loucura uma possibilidade de existência, de coexistência social, distinta da maioria, mas igualmente viável pela via do trabalho, da inserção social e do respeito às diferenças e ao diferente. Negar o trabalho como via de inclusão e, em paulatina medida, como quebra de paradigma da loucura enquanto doença, impede que mais pessoas possam participar do convívio com o diferente, em um constante aprendizado, “*como um eterno aprendiz*”. Uma vida que pede passagem mesmo nas dificuldades de adaptação, nas reterritorializações após o surto no retorno ao trabalho e a uma vida que precisa ser normatizada (recodificada).

Nesse contexto, ousar afirmar que a loucura vista puramente como doença é um reducionismo de toda sua complexidade, o que acontece é que a vida lança diferentes loucuras que desestabilizam, que desterritorializam o ser. A loucura surge então como linha de fuga de uma vida social homogeneizadora, prisional, de afetos tristes e que lança o sujeito na solidão. Nada é exato e único na loucura, é possível se pensar em uma loucura social, exterior e coletiva, mas também em uma loucura psíquica, interior e pessoal. Empurrar a loucura para a obrigação da razão é causa de dor, nem sempre do ser, mas do outro, das relações, dos modos de vida que se cruzam e se colocam uns em relação aos outros. Ser louco é não negar uma condição, mas é, principalmente, escapar de modelos prontos e reinventar para si outros modos de ser no mundo, criar e contar uma nova história.

...

Meu dever fez-me, como Deus ao mundo.

A regra de ser Rei almou meu ser,

Em dia e letra escrupuloso e fundo.

Firme em minha tristeza, tal vivi.

Cumpri contra o Destino o meu dever.

Inutilmente? Não, porque o cumpri.

(Fernando Pessoa, Mensagem – 26/09/1928)

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, José. Política de saúde mental no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso. **Cadernos de Saúde Pública**. Lisboa, v. 35 n. 11, p. 1 – 6. Setembro, 2019.

AMARANTE, Paulo. Novos Sujeitos, Novos Direitos: O Debate em Torno da Reforma Psiquiátrica. **Caderno Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.11 (3): 491-494, jul/set, 1995.

AMORIM, Ana K. A.; DIMENSTEIN, Magda. Loucura e cidade: cenas biopolíticas e incursões (des) institucionalizantes. **Fractal, Revista de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 319-335, Aug. 2009.

ARBEX, Daniela. **Holocausto brasileiro**. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

AVIRAM, Uri. Facilitating deinstitutionalization: a comparative analysis. **The International Journal of Social Psychiatry**. v. 7, n. 1, p. 23-32, 1981.

BARRETO, Raquel de O.; CARRIERI, Alexandre de P.; ROMAGNOLI, Roberta C. O rizoma deleuze-guattariano nas pesquisas em Estudos Organizacionais. **Cad. EBAPE.BR**, v. 18, nº 1, Rio de Janeiro, Jan./Mar. 2020.

BASAGLIA, Franco. **A instituição negada**: Relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BENJAMIN, Walter. “O Narrador. Considerações sobre a obra de *Nikolai Leskov*”. In: **Magia e técnica, arte e política**: ensaios sobre literatura e história da cultura. Ed. São Paulo: Brasiliense, 1994.

BONGIOVANNI, Julia. Desafios da desinstitucionalização no contexto dos serviços substitutivos de saúde mental. **Psicologia & Sociedade**. Rio Grande do Sul, v. 31, p. 1 – 14. Janeiro, 2019.

BRASIL. **Lei nº 10.216 de 6 de abril de 2001**. In: Legislação em Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. **Lei nº 8.213 de 24 de julho de 1991**. In: Normas, plano de benefícios, previdência social. Brasília: Direito previdenciário, seguridade e previdência social, 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados – 12**, ano 10, nº 12. Informativo eletrônico. Brasília: outubro de 2015. Acessado em 19/09/2016.

CAMPOS, Daniella. Produção do cuidado em saúde mental: práticas territoriais na rede psicossocial. **Trabalho, Educação e Saúde**. Ceará, v. 18 n. 1, p. 1- 18. 2020.

CAMPOS, Rosana. Saúde mental no Brasil: avanços, retrocessos e desafios. **Cadernos de Saúde Pública**, Campinas, v. 35 n. 11. Setembro, 2019.

CAPONI, Sandra.; VALENCIA, Maria. F. V.; VERDI, Marta.; ASSMANN, Selvino. J. (Orgs.). **A medicalização da vida como estratégia biopolítica**. São Paulo: LiberArs, 2016.

CARDOSO, Hugo Ferrari et al. Síndrome de burnout: análise da literatura nacional entre 2006 e 2015. **Rev. Psicol., Organ. Trab.**, Brasília, v. 17, n. 2, p. 121-128, jun. 2017.

CASSIANO, Marcella; FURLAN, Reinaldo. O processo de subjetivação segundo a esquizoanálise. **Psicologia e Sociedade**, Belo Horizonte, v. 25, n. 2, 2013.

DAIN, Norman. Critics and dissenters: reflections on “anti-psychiatry” in the United States. **Journal of the History of the Behavioral Sciences**. v. 25, Jan. 1989.

DELEUZE, Gilles. ¿Que és un dispositivo? In: **Michel Foucault, filósofo**. Barcelona: Gedisa, 1990. p. 155-161.

DELEUZE, Gilles. Desejo e prazer. **Magazine Littéraire**, Paris, n. 325, p. 57-65, Oct. 1994.

DELEUZE, Gilles. **Empirismo e Subjetividade**: Ensaio sobre a natureza humana segundo Hume. São Paulo: Editora 34, 2001.

DELEUZE, Gilles. **Proust e os signos**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

DELEUZE, Gilles. **Conversações**. Rio de Janeiro: Editora 34, 2013.

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. **Franz Kafka**: por uma literatura menor. Belo Horizonte: Autentica, 2014.

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. **Lógica do Sentido**. São Paulo: Perspectiva, 2015.

DELEUZE, Gilles. **Espinosa e o problema da expressão**. São Paulo: Ed. 34, 2017.

DELEUZE, Gilles. **Diferença e repetição**. Rio de Janeiro/São Paulo: Paz e Terra, 2018.

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. **O que é a Filosofia?** Rio de Janeiro: Ed. 34, 1992.

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. **O anti-Édipo**: capitalismo e esquizofrenia 1. São Paulo: Editora, 34, 2010.

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. **Mil platôs**: capitalismo e esquizofrenia 2, vol. 1. São Paulo: Editora 34, 2011a.

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. **Mil platôs**: capitalismo e esquizofrenia 2, vol. 2. São Paulo: Editora 34, 2011b.

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. **Mil platôs**: capitalismo e esquizofrenia 2, vol. 4. São Paulo: Editora 34, 2012.

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

DEMO, Pedro. **Cidadania tutelada e cidadania assistida**. Campinas: Editores Associados, 1995.

DEJOURS, Christophe. **A loucura do trabalho**: estudo de psicopatologia do trabalho. São Paulo: Cortez – Oboré, 1992.

DIDI-HUBERMAN, Georges. De semelhança a semelhança. **Alea**, v. 13, n. 1, jan-jun, 2011.

DIDI-HUBERMAN, Georges. **Invenção da histeria**: Charcot e a iconografia fotográfica da Salpêtrière. Rio de Janeiro: Contraponto, 2015.

DMS-5. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. American Psychiatric Association, tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento et al, revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli et al. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. Disponível em: <<https://aempreendedora.com.br/wp-content/uploads/2017/04/Manual-Diagn%C3%B3stico-e-Estat%C3%ADstico-de-Transtornos-Mentais-DSM-5.pdf>>. Acesso em: 24 novembro 2017.

DOSSE, François. **Gilles Deleuze & Félix Guattari**: bibliografia cruzada. Porto Alegre: Artmed, 2010.

ESLABÃO, Adriane. Rede de cuidado em saúde mental: visão dos coordenadores da estratégia saúde da família. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Rio Grande do Sul, mar; v. 38 n.1, p. 1 - 8. Abril, 2017.

ENGELMAN, Selda. Trabalho e loucura: uma biopolítica dos afetos. Porto Alegre: Sulina, Editora da UFRGS, 2006.

FELTON, Barbara. J.; SHINN, Marybeth. Ideology and practice of deinstitutionalization. **Journal of Social Issues**, v. 37, n. 3, 1981.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

FOUCAULT, Michel. **As palavras e as coisas**: uma arqueologia das ciências humanas. 2ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 1981.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura na idade clássica**. São Paulo: Perspectiva, 2012.

FOUCAULT, Michel. **O governo de si e dos outros**. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2013.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir**: nascimento da prisão. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014.

FRAYZE-PEREIRA, João. A. **O que é loucura**. São Paulo: Brasiliense: 1984.

FEDERICI, Silvia. **Calibã e a Bruxa**: Mulheres, Corpo e Acumulação Primitiva. São Paulo: Editora Elefante, 2017.

FREITAS, Fernando; AMARANTE, Paulo. **Medicalização em psiquiatria**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017.

FROMM, Erich. **A arte de amar**. Belo Horizonte: Itatiaia, 1961.

FROMM, Erich. **Psicologia da Sociedade Contemporânea**. São Paulo: Círculo do Livro, 1984.

FUGANTI, Luiz. A. Saúde, desejo e pensamento. In: LANCETTI, A. (Ed.). **Saúde e Loucura**. São Paulo: Hucitec, 1990, v. 2, p. 19-82.

GOFFMAN, Erving. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: Editora Guanabara, 1988.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, Prisões e Conventos**. São Paulo: Editora Perspectiva, 2001.

GOULART, Maria. S. B.; DURAES, Flávio. A reforma e os hospitais psiquiátricos: histórias da desinstitucionalização. **Psicologia e Sociedade**, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 112-120, abr. 2010.

GUATTARI, Félix. **As três ecologias**. Campinas, SP: Papyrus, 1995.

GUATTARI, Félix. **Caosmose**: um novo paradigma estético. São Paulo: Ed. 34, 2012.

GUATTARI, Félix. **Confrontações**. São Paulo: n-1 edições, 2016.

GUATTARI, Félix; ROLNIK, Suely. **Micropolítica**: cartografias do desejo. Petrópolis: Vozes, 1996.

GUIDI, Diego; MORICEAU, Jean-Luc; PAES, Isabela. Sobre viver. In: PESSOA, Sônia Caldas; MARQUES, Ângela Salgueiro; MENDONÇA, Carlos Magno Camargos (Orgs). **Afetos**: pesquisas, reflexões e experiências em quatro encontros com Jean-Luc Moriceau. Belo Horizonte, MG: PPGCOM/UFMG, 2019.

GUIMARÃES, Bruno Menezes Andrade. Os afetos religiosos na vida de um pesquisador em religião no Brasil. In: **Afetos**: pesquisas, reflexões e experiências em quatro encontros com Jean-Luc Moriceau. Orgs. PESSOA, Sônia Caldas; MARQUES, Ângela Salgueiro; MENDONÇA, Carlos Magno Camargos. Belo Horizonte, MG: PPGCOM/UFMG, 2019.

HAESBAERT, Rogério. **O mito da desterritorialização**: do “fim dos territórios” à multiterritorialidade. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2012.

HUNT, Lynn. **A invenção dos direitos humanos**: uma história. São Paulo: Companhia das Letras, 2009.

IRIGARAY, Hélio. A. R.; SARAIVA, Luiz. A. S; CARRIERI, Alexandre. P. Humor e Discriminação por Orientação Sexual. **Revista de Administração Contemporânea**, Curitiba, v. 14, n. 5, p. 890-906, set-out, 2010.

KYRILLOS, Fuad; DUNKER, Christian Ingo Lenz. Depois do holocausto: efeitos colaterais do hospital colônia em Barbacena. **Psicol. rev.** (Belo Horizonte), Belo Horizonte, v. 23, n. 3, p. 952-974, dez. 2017.

LANCETTI, Antonio. Loucura metódica. In: GUATTARI et at. **Saúde Loucura**, número 2. São Paulo: Hucitec, 1992.

LEÃO, Emmanuel C. **Aprendendo a pensar** vol. II. Rio de Janeiro: Petrópolis, Vozes, 1991.

LETICHE, Hugo; MORICEAU, Jean-Luc. “An interview with Alphonso LINGIS”. **Society and Business Review**, v. 13, n. 3, p. 254-257, 2018.

LIBERMAN, Flávia; LIMA, Elisabeth M. F. A. Um corpo de cartógrafo. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 19, n. 52, p. 183-194, mar. 2015.

LIMA, Andrea A.; HOLANDA, Adriano. F. História da psiquiatria no Brasil: uma revisão da produção historiográfica (2004-2009). **Estudos e pesquisas em Psicologia**, UERJ, Rio de Janeiro, v. 10, n.2, p. 572-595, 2010.

LIMA, Elisabeth. M. F. A.; PELBART, Peter. P. Arte, clínica e loucura: um território em mutação. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, v. 14, n. 3, p. 709-735, jul-set, 2007.

LIMA, Marlene. Apoio matricial como estratégia de ordenação do cuidado em saúde mental. **Trabalho, Educação e Saúde**. Rio de Janeiro, v. 18 n. 1:e 0023266, 2020, p.1 – 21. Julho, 2019.

MACHADO, Roberto. **Deleuze e a filosofia**. Rio de Janeiro, RJ: Editora Graal, 1990.

MAIRESSE, Denise. Cartografia: do método à arte de fazer pesquisa. In: FONSECA, Tania. M. G.; KIRST, Patricia. G. **Cartografias e devires: a construção do presente**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2003. p. 259-272.

MANSANO, Sonia. R. V. Sujeito, subjetividade e modos de subjetivação na contemporaneidade. **Revista de Psicologia da Unesp**, [S.l.], v. 8, n. 2, mar. 2018.

MARQUES, Tiago. P.; OLIVEIRA, Angela.; OLIVEIRA, Miguel. Dia a dia *big bang*: construções de si na pesquisa e ativismo em saúde mental. In: NUNES, M.; MARQUES, T. P. (Orgs.) **Legitimidades da loucura: sofrimento, luta, criatividade e pertença**. Salvador: EDUFBA, 2018.

MAC-ALLISTER, Mônica. Liquidação de metáforas. In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO, 22., 1998, Foz do Iguaçu. **Anais...** Foz do Iguaçu: Anpad, 1998.

MEIHY, José. C. S. B. **Manual de história oral**. São Paulo: Ed. Loyola, 2005.

Ministério da Saúde. **Doenças relacionadas com o trabalho: Diagnósticos e condutas - Manual de procedimentos para os serviços de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde do Brasil, 2002.

MORICEAU, Jean-Luc. **Afetos na pesquisa acadêmica** [recurso eletrônico] / Jean-Luc Moriceau. – Belo Horizonte, MG: Fafich/Selo PPGCOM/UFMG, 2020.

_____. Longe da distância representativa: uma pesquisa que comunica e organiza. In: MARQUES, Ângela et al. (Org). **Comunicação organizacional: Vertentes conceituais e metodológicas**. 1ª edição. Belo Horizonte: PPGCOM UFMG, 2017.

MORIN, Edgar. **Ciência com consciência**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1994.

NILES, Chavon. Examining the deinstitutionalization movement in North America. **Health Tomorrow**. v. 1, 2013.

OLIVEIRA, Luciana da Silva. Por um cuidado menor: mulheres, violências e psicologia(s) feminista(s). **Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal Fluminense**. Niterói, 2020.

ORLANDI, Eni. P. **As formas do silêncio**: no movimento dos sentidos. 6 ed. Campinas: UNICAMP, 2007.

PASSOS, Eduardo; BARROS, Regina. B. A cartografia como método de pesquisa-intervenção. In: PASSOS, Eduardo.; KASTRUP, Virgínia.; ESCÓSSIA, Liliana. (Orgs.). **Pistas do método da cartografia**: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2015. p. 17-31

PASSOS, Eduardo; EIRADO, André. Cartografia como dissolução do ponto de vista do observador. In: PASSOS, Eduardo.; KASTRUP, Virgínia.; ESCÓSSIA, Liliana. (Orgs.). **Pistas do método da cartografia**: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2015. p. 109-130.

PAULON, Simone Mainieri; ROMAGNOLI, Roberta. Quando a vulnerabilidade se faz potência. **Interação em Psicologia**. v. 22 n. 3, 2018.

PELBART, Peter. P. **A Nau do Tempo-Rei**. Rio de Janeiro: Imago, 1993.

PEREIRA, Danúbiah. M; AMARANTE, Paulo. D. Saúde Mental, Retrocessos e Impasses: desafios para a Reforma Psiquiátrica Brasileira. **Convención Internacional de Salud**, Cuba Salud 2018. Disponível em: <<http://www.convencionsalud2017.sld.cu/index.php/convencionsalud/2018/paper/viewPaper/420>>. Acesso em: 16 janeiro 2019.

PINTO, Eduardo. Ética, loucura e normalização: um diálogo entre a psicanálise e Michel Foucault. **Psicologia, Ciência e Profissão**. v. 21 n. 4. Dez 2001.

PIRES, Ronaldo. Práticas de cuidado em saúde mental no Brasil: análise a partir do conceito de cidadania. **Avances em Psicología Latinoamericana**, Bogotá (Colombia). v. 31 n.3, p. 507-521. Março, 2013.

PORTER, Roy. **Uma história social da loucura**. Rio de Janeiro: Zahar, 1990.

PRECIADO, Paul B. La izquierda bajo la piel. Um prólogo para Suely Rolnik. In: ROLNIK, Suely. **Esferas da insurreição**, notas para uma vida não cafetinada. São Paulo: n-1 edições, 2019.

Protocolo de Saúde Mental. PMCI, Cachoeiro de Itapemirim/ES, p. 1-34. 2017.

RAGO, Margareth. **A aventura de contar-se**: feminismo, escrita de si e invenções da subjetividade. Campinas, SP: Editora Unicamp, 2013.

RAMMINGER, T. A saúde mental do trabalhador em saúde mental: um estudo com trabalhadores de um hospital psiquiátrico. **Bol. da Saúde**, v.16, n.1, 2002.

REIS, Helena. E. Sobre o processo de formação do cidadão. **Educação e Filosofia**, Uberlândia, v. 26, n. 51, p. 81-92, jan./jun. 2012.

RIBEIRO NETO, Pedro M.; AVELLAR, Luziane. Z.; BONOMO, Msriana. Etnografia e desinstitucionalização da loucura: um estudo no contexto das residências terapêuticas. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v.8, n.17, p. 57-77, 2016.

ROCHA, José. M. S. Doença mental e controle social: uma releitura a partir de Michel de Foucault. **Revista Sociais & Humanas**, v. 30, n. 1, p. 55-74, 2017.

RODRIGUES, Arlete. M. A cidade como direito. In: IX Coloquio Internacional de Geocrítica Los problemas del mundo actual. Soluciones y alternativas desde la Geografía y las Ciências Sociales. **Anais...** Porto Alegre, UFRGS, jun. 2007. Disponível em: <<http://www.ub.edu/geocrit/sn/sn-24533.htm>> Acesso em: 25 julho 2017.

ROLNIK, Suely. O corpo vibrátil de Lygia Clark. **Folha de São Paulo**: +mais! Recuperado de <<https://www1.folha.uol.com.br/fsp/mais/fs3004200006.htm>> Abril, 2000.

ROLNIK, Suely. **Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo**. Porto Alegre: Sulina: UFRGS, 2006.

ROLNIK, Suely. **Esferas da insurreição**: notas para uma vida não cafetinada. São Paulo: n-1 edições, 2018.

ROMAGNOLI, Roberta. C. A cartografia e a relação pesquisa e vida. **Psicologia e Sociedade**, Florianópolis, v. 21, n. 2, ago. 2009.

ROMAGNOLI, Roberta. C. Acerca da noção de território no SUAS: a proposta esquizoanalítica. In: ROMAGNOLI, R. C.; MOREIRA, M. I. C. (Orgs.). **O Sistema Único de Assistência Social - SUAS**: a articulação entre psicologia e o serviço social no campo da proteção social, seus desafios e perspectivas. Curitiba: Editora CRV, 2014, 117-131.

SALISBURY, Tatiana. T.; KILLASPY, Helen.; KING, Michael. An international comparison of the deinstitutionalisation of mental health care: Development and findings of the Mental Health Services Deinstitutionalisation Measure (MENDit). **BMC Psychiatry**, 2016.

SERAPIONI, Mauro. Franco Basaglia: biografia de um revolucionário. **História, Ciências, Saúde, Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.26, n.4, out.-dez. 2019, p.1169-1187, p. 1169 – 1187. Dezembro, 2019.

SILVA, Matheus A. F.; SARAIVA, Luiz Alex S. Relações raciais e histórias de vida: trabalhadores industriais negros em foco. **Organizações & Sociedade**, Salvador, v. 27, n. 94, 2020.

SIMMEL, Georg. A metrópole e a vida mental. In: VELHO, O. G (Org.). **O fenômeno urbano**. Rio de Janeiro: Zahar, 1967. p. 10-24.

SOARES, Maria. V. B. Cidadania e direitos humanos. **Instituto de Estudos Avançados da Universidade de São Paulo**. São Paulo: IEA/USP, 2013.

SOUZA, Jandira M.; SALVAGNI, Julice; NODARI, Cristine H.; RASIA, Isabel C. R. B. Inclusão de Pessoas com Deficiência: Das Políticas Públicas ao Preconceito. **Revista Alcance**, v. 24, n. 1, p. 22-35, 2017.

SPINOZA, Benedictus de. Terceira parte: a origem e a natureza dos afetos. In: SPINOZA, Benedictus de. **Ética** / Spinoza. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2018.

SZASZ, Thomas. S. **O mito da doença mental**: fundamentos de uma teoria da conduta pessoal. Rio de Janeiro: Zahar, 1974.

TEDESCO, Silvia. H.; SADE, Christian.; CALIMAN, Luciana. V. A entrevista na pesquisa cartográfica: a experiência do dizer. **Fractal Revista Psicologia**, v. 25, n. 2, p. 299-322, 2013.

VARGAS, Annabelle. A trajetória das políticas de saúde mental e de álcool e outras drogas no século XX. **Ciência & Saúde Coletiva**, Campos. v. 24 n.3, p. 1041-1050. Maio, 2017.

WANDERLEY, Lula. O antes é o depois. In: CABAÑAS, Kaira M. (Org.). **No silêncio que as palavras guardam**: o sofrimento psíquico, o objeto relacional de Lygia Clark e as paixões do corpo. São Paulo: n-1, 2021.

WILLIAMS, James. **Pós-estruturalismo**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

World Health Organization. **Mental Health Action Plan 2013-2020**. Geneva: World Health Organization; 2013.

ZOURABICHIVILLI, François. **Deleuze**: Uma filosofia do acontecimento. São Paulo: Editora 34, 2016.

ANEXOS

Anexo I – Pré produção do território de pesquisa

Um passeio no museu

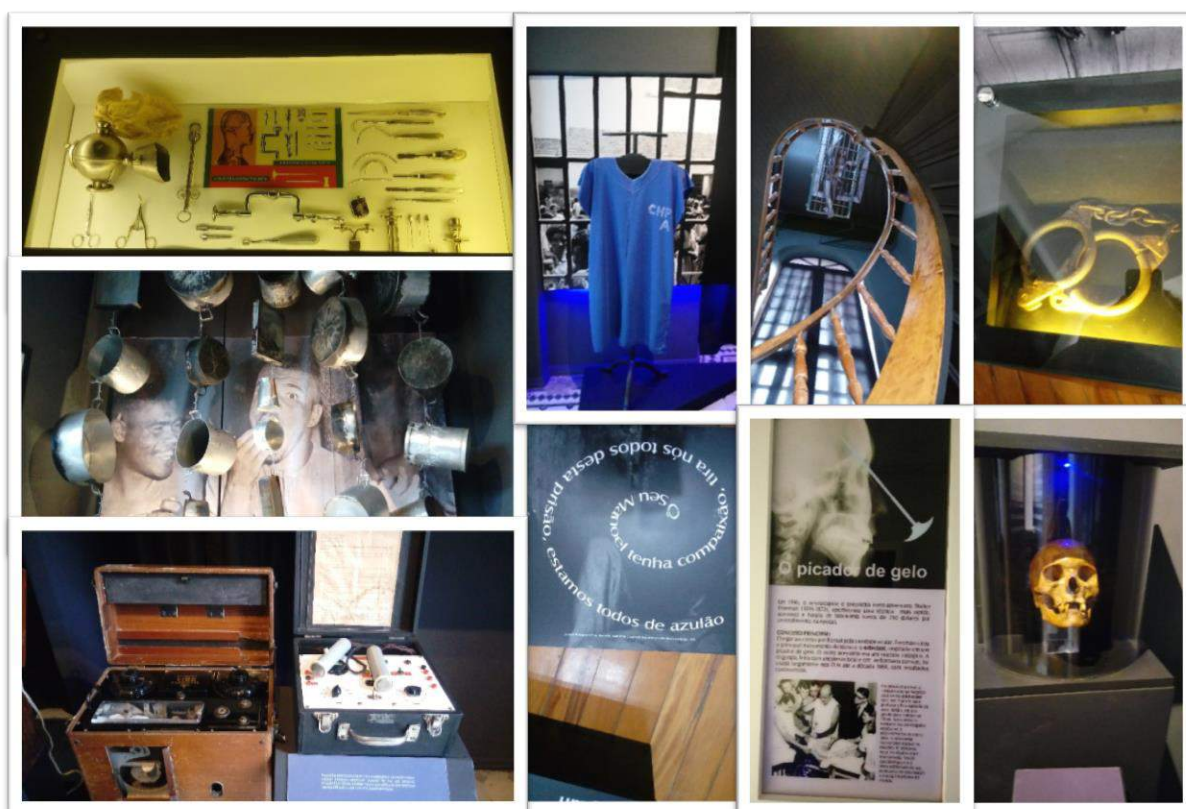
Fevereiro de 2017. Sexto dia meu morando em Belo Horizonte, viajei para Barbacena para conhecer o Museu da Loucura inaugurado em agosto de 1996. O museu fica em um dos prédios restaurados do antigo Hospital Colônia. Tinha curiosidade de saber que memórias do horror relatado em livros, documentários, filmes e histórias contadas aquele lugar preservava. Para minha surpresa, parte do local ainda opera como um centro de atendimento psiquiátrico. Alguns ex-moradores da “Colônia” ainda vivem por lá, que tem seus portões abertos e entrada autorizada para visitação de familiares e amigos de pessoas que ali estejam para tratamento. Conversei, ou melhor, fui abordada por dois deles. O primeiro, que gostava muito de ônibus, mostrava-me sorrindo um ônibus *double deck* colorido de turismo. A impressão que tive   que aquele era o ônibus mais bonito que ele possivelmente já vira.

O outro, levou-me até o estacionamento de carros, confesso que sua dificuldade na fala impedia que eu o entendesse. Mesmo assim não deixei de prestar atenção nele, procurando realmente entender o que ele tentava me explicar. Um rapaz uniformizado que nos observava, provavelmente da equipe de seguranç a do local, explicou-me que ele “cuida” dos carros estacionados e ganha algumas moedas para isso. Os dois homens eram facilmente identificados como egressos do que foi aquele lugar: idosos, sem dentes e apresentavam algum tipo de disfasia. O porteiro do museu contou-me que são quinze pessoas “daquela época” que ainda “moram” na colônia. Ele trabalhou também durante o período de funcionamento do hospital psiquiátrico e diz que tudo era muito diferente, que agora é bonito, mas que era tudo muito triste. Os gritos.

Procurei apreender o máximo de informações daqui, daquele território que esconde histórias de muita dor e sofrimentos. A casa antiga, ainda que restaurada e bem conservada, não deixa dúvidas sobre a crueldade no trato dos seres humanos que eram largados l  para morrer como alguns dos relatos expostos por Arbex (2013), mas principalmente por tantas pessoas que passaram, trabalharam ou tiveram qualquer tipo de contato com práticas que há quatro

décadas eram consideradas como tratamento para “doença mental”. Fiz uma colagem com algumas das fotografias que fiz no dia (Figura 6). As ferramentas e equipamentos utilizados para procedimentos como: trepanação, eletrochoque e lobotomia. Também quis registrar o conhecido “azulão” – uniforme⁷⁰ único que os pacientes recebiam na entrada.

Figura 6 - Dispositivos de controle e assujeitamento



Fonte: Acervo pessoal.

No fundo de um corredor há uma pequena sala toda azulejada na qual o visitante do museu pode entrar, fechar a porta e apagar a luz para ouvir uma simulação de um eletrochoque com direito a gritos desesperados e piscar de luzes, simulando uma queda, ou sobrecarga, de energia. A experiência sensorial dura pouco mais de um minuto, mas vi algumas pessoas se recusando a entrar por medo da reação, outros que passam mal ao sair. Entrei. Confesso que foi uma sensação ruim que senti, fazendo com que aquele um minuto tivesse uma duração muito maior. Os gritos ecoavam na minha cabeça mesmo depois que fui embora do museu.

⁷⁰ Goffman (2013) explica que a estratégia de uniformizar o vestuário do indivíduo faz parte do processo de “mortificação” do “eu”, no sentido de “matar” a subjetividade como prática de homogeneização das pessoas.

Um bar “diferente”

Outubro 2017. Convidei dois amigos para conhecer comigo o espaço Suricato⁷¹ num sábado à noite, que teria música ao vivo (nem me lembro o nome das cantoras, apenas que o som era muito bom). Ao chegar tivemos dificuldade de encontrar o lugar, não há placas de identificação, apenas uma casa comum no bairro Floresta, escolhemos uma mesa e sentamos. Diferente de outros bares, ninguém veio nos atender até que chamássemos, fizemos nossos pedidos ao Waltinho (assim que ele gosta de ser chamado), um rapaz aparentemente jovem, muito sorridente, que mora no bairro Sabará, participa das oficinas promovidas pela Associação Suricato e atende no bar alguns dias na semana.

Outra pessoa que conheci e com que conversei muito lá foi o Edmundo – bom, ele que gostou de conversar comigo – ele explica seu próprio nome dizendo “É do Mundo”. Ele contou que fazia uma semana que estava dormindo na rua porque tinha esquecido que tinha casa, um quatinho na casa de sua mãe. Edmundo é um homem que aparenta ter cerca de cinquenta, sessenta anos de idade, cabelo e barba bem brancos, olhos azuis e uma voz muito rouca e baixa, quase não conseguia ouvir o que ele dizia. Disse ser um artista, entoava poesias e balbuciava músicas antigas, tudo isso sem tirar o sorriso do rosto.

Fiquei particularmente encantada com os objetos vendidos lá em um pequeno bazar logo na entrada, fruto do trabalho que os participantes da associação fazem nas oficinas. Foi então que conheci a Marta, e mais uma vez, como não se tem um marcador físico, pensei que ela também fosse uma pessoa em sofrimento mental, uma vez que essa é a proposta do lugar. Entretanto, Marta Soares é terapeuta ocupacional e coordenadora do Suricato. Em uma conversa informal, apresentei-me como pesquisadora e perguntei mais sobre o trabalho que eles fazem lá. Ela me contou um pouco sobre as oficinas de marcenaria, costura, culinária e mosaico. Pedi ainda para conhecer os espaços de produção, acompanhar os trabalhos deles, conversar com as pessoas que participam do projeto, para minha surpresa ela aceitou prontamente e até trocamos telefone, marcamos para fevereiro nosso próximo encontro. Voltamos a nos encontrar em outros eventos na cidade, todos relacionados com saúde mental e luta antimanicomial que passei a frequentar.

⁷¹ A Associação Suricato foi criada em 2004 com o objetivo de promover o encontro entre a cidade e a loucura. O nome, emprestado da natureza, faz referência a um animal africano que consegue sobreviver às intempéries comuns das regiões de savanas, que tem como característica a vida coletiva, na qual um ser protege o outro.

Uma rápida visita na Superintendência de Saúde de Minas Gerais

Novembro 2017. Uma servidora pública fez um convite livre a alunos do CEPEAD⁷²/UFMG para falarem sobre estudos em andamento relacionados com gênero, feminismo e saúde. Fui lá, junto com outros dois colegas de curso, apresentar praticamente uma carta de intenções, pois ainda estávamos acabando de cursar as disciplinas obrigatórias. Hoje reconheço que estávamos bem “crus” para estar ali. A cada reunião de orientação aumentava a minha sensação de que eu não fazia a menor ideia do que pretendia pesquisar, minha única vontade era construir uma crítica à métrica que pauta o socialmente aceito como “louco” ou “normal”. Uma convenção que não reconhece a diferença e por isso insiste no igual, na reprodução infinita de padrões. O que mais me incomoda é que, de forma recorrente, acabo cometendo o mesmo tipo de preconceito que tanto critico, ainda que de forma inconsciente, em situações por vezes contornáveis.

A reunião aconteceu num dia chuvoso, na Cidade Administrativa, com duração de duas horas. Uma sala enorme, com uma vista bonita para o lado interno do complexo de prédios que fazem parte do lugar. Tudo ali chama a atenção pelo luxo. Os elevadores são codificados por letras, tem elevador de A até Z literalmente. Participaram da reunião a superintendente que nos fez o convite, nós, os três convidados da UFMG e quinze servidores, todos com cargos em secretarias, superintendências ou centros das redes de saúde da mulher, emergência, saúde mental, doenças crônicas e raras, entre outras. Alguns participantes aproveitaram a presença de alguns departamentos para tratar de assuntos, digamos assim, fora de pauta. Achei ótimo, aproveitei para fazer contato com pessoas envolvidas nas políticas de saúde mental do governo, ouvir um pouco das queixas e dificuldades de alguns setores. Foi como se por alguns minutos eu pudesse ver os bastidores, a coxia de uma grande peça teatral.

DesConstruções

Mai 2018. DesConstruções é um ciclo de debates de abordagem crítica, que tem como público-alvo alunos de graduação e pós-graduação, mas que é também aberto ao público em geral. O Núcleo de Estudos Organizacionais e Sociedade (NEOS) é um coletivo de

⁷² Centro de Pós-Graduação e Pesquisas em Administração - FACE/UFMG.

pesquisadores composto por professores e alunos de doutorado, mestrado e graduação, que atuam de forma interdisciplinar, tanto em termos metodológicos como teóricos. Integrante ativa do núcleo, propus o tema “Sofrimento mental de quem? Loucura: mito, estigma e preconceito⁷³”.

Minha ideia era levar a Marta Soares do Suricato para falar sobre a instituição, o trabalho desenvolvido por ela e seu grupo, além de contar dificuldades relacionadas com o estigma e o preconceito que pesam muito na vida das pessoas em sofrimento mental. O medo da loucura. Deu tudo errado. Há menos de dez dias do evento Marta teve alguns problemas no trabalho e não teria como comparecer, ficou de arranjar alguém para substituí-la, mas em cima da hora tudo ficou mais difícil. Entrei em contato com um psiquiatra com quem tenho proximidade e ele sugeriu o nome de Patrícia Siqueira Silveira.

Patrícia é advogada e auditora fiscal do trabalho, coordena um projeto de inclusão de pessoas com deficiência/reabilitados pelo INSS no mercado de trabalho em MG, pela Superintendência Regional do Trabalho (SRTE/MG). Foi assim que tomei conhecimento do projeto coordenado por ela que iniciou em 2014. Além dela, participou também o Prof. Dr. Virgílio de Mattos, que desenvolveu pesquisas sobre encarceramento, sofrimento mental e organização popular, advogado criminalista e participante do Fórum Mineiro de Saúde Mental. Mediei a discussão.

Desfile 18 de maio 2018

Mai 2018. Queria observar, fotografar e participar do desfile. Dentro do ônibus até a praça da Liberdade, lugar marcado para concentração de quem iria desfilar fui pensando como fazer, tentando antecipar alguma coisa. Cheguei cedo, uma hora ou mais antes de começar o desfile e pude ver chegando os ônibus que traziam pessoas de lugares diferentes. Pelo que entendi eram representantes dos nove centros de convivência de Belo Horizonte e de outras regiões também, usuários, trabalhadores da área da saúde e rede de apoio. Cada unidade fez sua própria fantasia, enfeites, ensaiaram a música, a bateria afinada se preparava para descer a rua. Enquanto eu passeava entre os grupos, tentava fotografar o máximo possível de cartazes, fantasias diferentes, adereços criativos, tudo para ajudar a me recordar deste dia (Figura 7).

⁷³ Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=UVGrWHfhPsg&t=6864s>> Acesso: 20 maio 2019.

Figura 7 - Colagem de fotos do desfile da luta antimanicomial, ano 2018



Fonte: Acervo pessoal (2018).

Durante o desfile, que saiu da praça da liberdade percorrendo ruas importantes do Centro de Belo Horizonte até chegar à Praça da Estação, reencontrei a Marta, o professor Virgílio, a Patrícia, O Edmundo, o Dr. Fernando (psiquiatra que me apresentou para Patrícia), entre outras pessoas que já encontrei em outros espaços que representam a luta antimanicomial. Cantei, conversei, sorri e cantei com todo mundo. Eu estava gritando contra os retrocessos sucessivos que estão sendo promovidos pela atual gestão pública e seu descaso com a saúde mental.

Pequenas aproximações em 2019

Abril. Fiz duas visitas ao CERSAM Pampulha. Na primeira vez que fui, pretendia marcar uma conversa com alguém da administração para entender um pouco mais sobre o tipo de atendimento, quantidade de pacientes, informações básicas e principalmente se eles tinham

algum usuário da rede que partiu deles e chegou ao projeto de inserção trabalhista⁷⁴. Cheguei e me apresentei como pesquisadora, falei um pouco sobre qual meu interesse etc. A pessoa que me recebeu disse que ali não era seu local de trabalho e que só estava ali cobrindo o horário de almoço do rapaz que ocupa aquela função, quem me daria mais informações quando voltasse. Pedi para ficar do lado de fora da casa, mas ainda do lado de dentro das grades do CERSAM.

Aliás, essas grades me fizeram lembrar uma prisão, talvez por serem altas, mas talvez porque tinha uma mulher que queria muito sair delas, sair dali. Ela estava visivelmente incomodada, reclamava que os remédios a deixaram “dopada” e que daquela forma sua mente não funciona direito. Sinto que ela tem razão. A cada movimento de entrada ou saída de alguém, ela se dirigia para o portão no intuito de ir embora.

Senti em uma das cadeiras plásticas dispostas do lado de fora (uma espécie de terraço, varanda, não sei). Quanta coisa para uma tarde só. A primeira meia hora foi mais difícil, fiquei com medo de que alguém que trabalha no atendimento ou nas terapias me pedisse para sair, então resolvi não olhar ninguém nos olhos. Também era difícil distinguir quem era usuário ou trabalhador dali. Fiquei sentada, sobrevoando, meu olhar às vezes se perdia, fixava na árvore que ficava no meio desse espaço. Um piso de cerâmica com uma pequena falha, um quadrado, no qual uma árvore proporcionava uma pequena sombra. Lembrei-me da frente da casa da minha avó materna que também era assim.

Fiquei ali por duas horas e meia. Aproveitei a espera para observar as coisas ao meu redor como quem contempla a “coemergência sujeito/mundo” (PASSOS; EIRADO, 2015, p. 110), ou como ouvi uma pesquisadora cartógrafa dizer “demorar”. Demorar no sentido de olhar, sem julgamentos, apenas observar o que me chamava a atenção. Ao chegar em casa tomei nota do que despertou meu interesse e curiosidade naquele dia. Como ninguém poderia me atender mais, pois já chegava a hora do final do expediente, fiquei de voltar outro dia.

A segunda visita teve praticamente a mesma duração, mas desta vez consegui conversar com o gerente do CERSAM Pampulha que explicou o funcionamento, mostrou-me as instalações e

⁷⁴ Percebo que preciso que dar um nome ao projeto, caso contrário cada vez que mencioná-lo terei que explicar novamente para não ficar desconexo o texto.

os setores de atendimento. Apresentou-me técnicas de separação de remédios feitas em formato de *kits* que são preparados para cada usuário atendido de acordo com a prescrição médica. As caixas *bin* cheias de medicação lembrou-me das inúmeras caixas de parafusos que via na linha de produção quando eu ainda trabalhava na indústria. Consegui gravar a conversa com ele.

Mai. Fui convidada pelo Dr. Fernando para participar de uma reunião de apresentação, organizada pelo do colegiado de saúde mental Oeste, no dia 29, para divulgação das atividades desenvolvidas e principalmente para falar sobre inserção no trabalho (o tal projeto). Durante a reunião fiquei sentada ouvindo as discussões, perguntas e dúvidas de outros centros de convivência. A maioria dos participantes eram estudantes de Psicologia da Newton Paiva (a reunião foi no auditório da universidade), trabalhadores da área de saúde mental e usuários da rede. Após a reunião teve ainda uma apresentação musical com dança. As músicas apresentadas tinham letra própria, desenvolvida entre os usuários da rede e o professor de música Rafael.

Durante esta reunião e de uma palestra de que participei no mesmo dia no Conselho Regional de Psicologia (CRP), na qual foram discutidos pontos que relacionavam a Lei 10.216/01, a portaria 3588 e a nota técnica 11/2019⁷⁵, fiquei escrevendo algumas palavras que me chamavam a atenção, ou melhor, que me afetavam de alguma forma. Juntando todas as palavras que fui destacando, formei a árvore de afetamentos disposta na Figura 3. Ao final da palestra foi feito o convite aos interessados no Fórum Mineiro de Saúde Mental no dia primeiro de junho.

Junho. Na reunião do fórum mineiro tive a ideia de procurar também o sindicato dos trabalhadores de saúde mental Sindirede. A reunião começou de uma forma desorganizada, todos tinham muitas coisas para falar. Senti que ali era o lugar de discutir as dificuldades relacionadas aos trabalhadores da rede, problemas e situações vividas eram compartilhadas. Achei interessante ver alguns rostos que estavam na palestra do CRP, usuários, trabalhadores

⁷⁵ Pretendo, futuramente, escrever sobre a correlação e impactos na Lei 10.216/01 (lei de reforma psiquiátrica), no sentido de enfraquecimento de ações em desenvolvimento por toda rede de apoio, via a portaria e a nota técnica discutidas neste encontro. Adiantando, algumas das discussões dizem respeito ao desmonte, com incentivo financeiro e abertura para as chamadas “comunidades terapêuticas” (em geral privadas), receberem recursos públicos (repasse via convênio público-privado) para ampliação de leitos psiquiátricos e legalização do internamento involuntário.

da saúde, militantes e estudantes. Todos tinham o interesse de buscar apoio, compartilhar problemas para buscar alívio e, se possível, respostas.

Senti momentos de tensão quando a Marta (do Suricato) falou sobre reportagens veiculadas em jornais televisivos que falavam em fechar o Centro de Convivência São Paulo por conta de pressão social. Em resumo, a diretoria da escola queria tirar “aquela gente” de perto das crianças alegando a imprevisibilidade do comportamento dos usuários em relação à segurança das crianças. Outro momento mais tenso foi quanto o representante de Brumadinho contava os efeitos das ações (midiáticas) promovidas pela Vale e o esvaziamento da rede por conta de funcionários que se desligaram para ir trabalhar para a Vale, com salários altos. Ouvi ali relatos impressionantes do descaso com o humano, com ações que enaltecem o dinheiro (como dito: “nunca teve tanto dinheiro circulando na cidade”), colocando a humanidade em segundo plano. Continuei escrevendo as palavras que me provocavam diferentes tipos de afetos (Figura 8).

Figura 8 - Árvore de afetamentos (ou afecções)



Fonte: elaborado pela autora.

Neste primeiro momento transformei em árvore meus afetamentos, como forma de expressar e dar sentido a essas palavras que têm impacto naquilo que estou experimentando nestes encontros, ainda de forma muito incipiente. O formato de árvore aqui expressado demonstra meu endurecimento ainda sobre o tema.

ANEXO II – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO⁷⁶

Título do Projeto

Cartografias da diferença: “causos” de “loucos” no trabalho, o assujeitamento de pessoas em sofrimento psíquico no mundo do trabalho

1) Introdução

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa " Cartografias da diferença: “causos” de “loucos” no trabalho, o assujeitamento de pessoas em sofrimento psíquico no mundo do trabalho". Se decidir participar dela, é importante que leia estas informações sobre o estudo e o seu papel nesta pesquisa. Você foi selecionado(a) em virtude de possuir características de interesse para a composição da amostra da pesquisa. Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a organização. É preciso entender a natureza e os riscos da sua participação e dar o seu consentimento livre e esclarecido por escrito.

2) Objetivo

O objetivo deste trabalho é cartografar em que medida a compreensão da loucura vista como incapacitante para o trabalho formal afeta a vida de pessoas em sofrimento psíquico no mundo do trabalho, evidenciando suas consequências sociais, morais e éticas.

- (1) apresentar discursos sobre a loucura e como eles se enlaçam na inserção do louco no mercado de trabalho para desterritorializar narrativas que qualificam a loucura como incapacitante, por meio de pesquisa bibliográfica e documental;
- (2) acompanhar-experimentar o cotidiano de trabalho de uma secretaria municipal de saúde mental para conhecer o trabalho desenvolvido na rede de atendimento local, por meio de entrevistas, observação não participante e diário de bordo;

⁷⁶ **Observação:** durante o trabalho de campo, este termo será feito em **duas vias**: uma para o participante da pesquisa e outra para ser arquivada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG.

(3) mapear os processos de assujeitamento no trabalho de pessoas em sofrimento psíquico inseridas no mercado formal de trabalho com objetivo de perceber contextos e relações na complexidade da vida do “louco”, em uma abordagem cartográfica.

3) Procedimentos do Estudo

Se concordar em participar deste estudo, você será solicitado(a) a responder questões e perguntas colocadas pelos pesquisadores. A entrevista será gravada e posteriormente, transcrita. Posteriormente, as informações serão analisadas pelos pesquisadores. A identificação dos respondentes será sempre preservada.

4) Riscos e desconfortos

Você poderá ter receio de alguma informação fornecida aos pesquisadores seja negativamente interpretada, e que por isso sua posição seja ameaçada. De forma alguma os pesquisadores possibilitarão a identificação dos respondentes, nem repassarão informações obtidas durante a entrevista de forma aleatória. Nosso objetivo não é julgar você ou suas opiniões, mas tão somente analisar técnica e academicamente a questão “loucura e trabalho”. Dificuldades são inerentes a esse processo e serão tratadas como tal, sempre com o objetivo de contribuir positivamente para seu aprimoramento.

5) Benefícios

Sua participação na pesquisa é fundamental, dadas as suas características e conhecimento sobre o assunto. Ao responder às questões colocadas por esta pesquisa, você poderá aproveitar para refletir sobre esse processo, seu amadurecimento, as dificuldades já enfrentadas e superadas e aquelas que ainda constituem um desafio. Adicionalmente, você estará contribuindo para que a universidade avance a pesquisa nessa área, ainda tão incipiente no Brasil.

6) Custos/Reembolso

Você não terá nenhum gasto com a sua participação no estudo, sendo sua contribuição fundamental ao andamento deste estudo.

7) Caráter Confidencial dos Registros

Você não será identificado(a) quando o material de seu registro for utilizado, seja para propósitos de publicação científica ou educativa. Ao assinar este consentimento informado, você autoriza a utilização das respostas do questionário para a construção de uma análise global sobre “Cartografias da diferença: “causos” de “loucos” no trabalho, o assujeitamento de pessoas em sofrimento psíquico no mundo do trabalho”, sobre a qual você foi entrevistado(a). Após a transcrição das entrevistas, essas serão mantidas sob a guarda dos pesquisadores, que apenas autoriza o uso e manuseio do material escrito, e que não permitirão, em hipótese alguma a identificação dos entrevistados. Em caso de transcrição de partes da fala do(a) entrevistado(a), estes serão referidos por E1, E2.. ou codificação semelhante, para impedir sua identificação.

8) Participação

A construção de dados dessa pesquisa será sempre realizada pelos pesquisadores responsáveis, que solicitarão aos entrevistados um horário para realização da entrevista. Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder as questões que lhe forem dirigidas, sendo-lhe totalmente facultado se recusar a responder aquelas que não desejar ou sobre as quais não dispuser de informações.

É importante que você esteja consciente de que a participação neste estudo de pesquisa é completamente voluntária e de que você pode recusar-se a participar ou sair do estudo a qualquer momento sem quaisquer penalidades. Em caso de você decidir retirar-se do estudo, deverá notificar ao pesquisador que o esteja atendendo. A recusa em participar ou a saída do estudo não influenciará suas relações particulares com nossa instituição.

9) Para obter informações adicionais

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal⁷⁷, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

10) Declaração de consentimento

Li as informações contidas neste documento antes de assinar este termo de consentimento. Declaro que tive tempo suficiente para ler e entender as informações acima. Declaro também que toda linguagem técnica utilizada na descrição deste estudo de pesquisa foi satisfatoriamente explicada e que recebi respostas para todas as minhas dúvidas. Confirmando também que recebi uma cópia deste formulário de consentimento. Compreendo que sou livre para me retirar do estudo em qualquer momento, sem perda de benefícios ou qualquer outra penalidade. Dou meu consentimento de livre e espontânea vontade e sem reservas para participar como entrevistado deste estudo.

Nome do(a) participante (em letra de forma)

⁷⁷ **Coordenador da Pesquisa:** Prof. Luiz Alex Silva Saraiva, Dr. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Ciências Econômicas, Departamento de Ciências Administrativas, Gabinete 4073, Campus Pampulha, Av. Antônio Carlos, 6627, Pampulha, Belo Horizonte – MG. CEP: 31270-901. Telefone: (31) 3409-7235. **Comitê de Ética em Pesquisa – COEP:** Unidade Administrativa II - 2º andar, Sala 2005, Campus Pampulha, Av. Antônio Carlos, 6627, Belo Horizonte – MG. CEP: 31270-901. Telefone: (31) 3409-4592.

Assinatura do participante

Data

Atesto que expliquei cuidadosamente a natureza e o objeto deste estudo, os possíveis riscos e benefícios da participação no mesmo, junto ao participante. Acredito que o participante recebeu todas as informações necessárias, que foram fornecidas em linguagem adequada e compreensível e que ele(a) compreendeu essa explicação.

Assinatura do(a) pesquisador(a)

Data