



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
CAMPUS I – CAMPINA GRANDE  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE  
MESTRADO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE**

**PABLO LEONARDO DE MELO**

**“QUALQUER UM PODE FICAR PERTURBADO”: OS SENTIDOS CONSTRUÍDOS  
SOBRE O SOFRIMENTO PSÍQUICO POR USUÁRIOS DE SAÚDE MENTAL**

**CAMPINA GRANDE - PB  
DEZEMBRO/2021**

PABLO LEONARDO DE MELO

**“QUALQUER UM PODE FICAR PERTURBADO”: OS SENTIDOS CONSTRUÍDOS  
SOBRE O SOFRIMENTO PSÍQUICO POR USUÁRIOS DE SAÚDE MENTAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Saúde (UEPB), em nível de Mestrado, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia da Saúde.

**Linha de Pesquisa:** Processos Psicossociais e Saúde.

**Orientadora:** Profa. Dra. Thelma Maria Grisi Velôso

**CAMPINA GRANDE - PB  
DEZEMBRO/2021**

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

M528q Melo, Pablo Leonardo de.  
"Qualquer um pode ficar perturbado" [manuscrito] : os sentidos construídos sobre o sofrimento psíquico por usuários de saúde mental / Pablo Leonardo de Melo. - 2021.  
85 p.

Digitado.

Dissertação (Mestrado em Psicologia da Saúde) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2021.

"Orientação : Profa. Dra. Thelma Maria Grisi Veloso, Departamento de Psicologia - CCBS."

1. Saúde mental. 2. Produção de sentidos. 3. Loucura. 4. Sofrimento psíquico. I. Título

21. ed. CDD 362.2

PABLO LEONARDO DE MELO

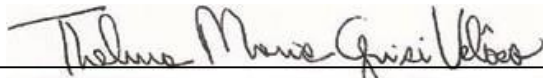
“QUALQUER UM PODE FICAR PERTURBADO”: OS SENTIDOS CONSTRUÍDOS  
SOBRE O SOFRIMENTO PSÍQUICO POR USUÁRIOS DE SAÚDE MENTAL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Saúde (UEPB), em nível de Mestrado, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia da Saúde.

**Linha de Pesquisa:** Processos Psicossociais e Saúde.

Aprovada em: 30/09/2021.

**BANCA EXAMINADORA**



---

**Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Thelma Maria Grisi Veloso**

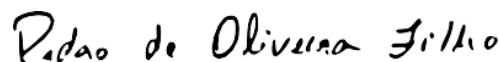
Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde - PPGPS/UEPB  
Professora Orientadora e Presidente da Banca Examinadora



---

**Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Maristela de Melo Moraes**

Programa de Doutorado Interinstitucional em Psicologia Clínica(DINTER) - USP/UFCG  
Membro titular externo



---

**Prof. Dr. Pedro de Oliveira Filho**

Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde - PPGPS/UEPB  
Membro titular interno

*Dedico este trabalho à memória de minha  
mãe, Dona Mazé.*

## AGRADECIMENTOS

Sou grato, em primeiro lugar, aos meus pais, que se esforçaram para me incentivar para a empreitada na educação e na escolarização, e a todos os familiares que foram essenciais;

A minha orientadora, Thelma Maria Grisi Velôso, que guiou a construção deste estudo com muita competência e perspicácia, quando o desenvolvimento me pareceu tão complicado;

Aos Professores Pedro de Oliveira Filho e Maristela de Melo Moraes, que, gentilmente, aceitaram o convite para compor a banca e me possibilitaram reconstruir esta dissertação de vários ângulos muito preciosos;

A Edgley Duarte, que, na análise, sempre me acolhe em “perlaboração” de angústias, e a Ana Ocilde Bezerra, que, em supervisão, potencializa e amadurece meu percurso clínico;

Aos calorosos amores e amigos(as) Tevez, Leandro, Maria Smith, Joanna e Farah, por quem tenho uma intensa estima e respeito, além da compreensão racional;

Aos companheiros de trilhas, de acampamentos e de rapel, que serviram de alento e compuseram boas memórias, em dias tão densos, por causa da rotina e das intempéries da vida;

Ao Espaço Terapêutico Mosaico e à Secretaria de Educação de Olivedos, que, por meio dos clientes, dos colegas, dos gestores, dos professores, dos pais e dos alunos, apostam em si ao depositar confiança em meu trabalho;

Ao SUS e à Ciência, que, apesar de uma necropolítica de retrocessos, me possibilitaram ser vacinado com o antígeno para uma pandemia que ceifou milhares de vidas;

A todos os sujeitos envolvidos na produção e na execução dos vídeos tão valiosos, para que eu continuasse a aprimorar a escuta dos sentidos que a fala tem;

Destarte, registro minha consideração a todos os que são especiais para mim, que deixaram suas marcas e engrandeceram minha vida. Meu carinho e gratidão.

Evoé!

*"Gosto de ser gente porque, mesmo sabendo que as condições materiais, econômicas, sociais e políticas, culturais e ideológicas em que nos achamos geram sempre barreiras de difícil superação para o cumprimento de nossa tarefa histórica de mudar o mundo, sei também que os obstáculos não se eternizam."*

*Paulo Freire*

## RESUMO

Na história da humanidade, a loucura foi concebida de diversas formas: com significado místico, na Idade Média, como doença mental, com o advento da Psiquiatria asilar, e como sofrimento psíquico/transtorno mental, com o surgimento do movimento reformista. Para compreender como os usuários de saúde mental concebem a loucura atualmente, o objetivo deste trabalho foi de analisar os sentidos produzidos sobre o sofrimento psíquico por essas pessoas em vídeos de domínio público. Os objetivos específicos foram: analisar como o surgimento e a permanência do sofrimento psíquico foram construídos nas narrativas desses sujeitos; identificar os discursos (religioso, asilar, reformista etc.) que referenciaram o sentido que eles atribuem ao sofrimento; e investigar o posicionamento dessas pessoas acerca do diagnóstico elaborado pelo saber médico. Para desenvolver este estudo, adotou-se a perspectiva teórico-metodológica da proposta da produção de sentidos a partir da análise das práticas discursivas. Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, com caráter exploratório, para cujo desenvolvimento foi feita uma pesquisa documental. Foram utilizados os vídeo-documentários ‘A loucura entre nós’ e ‘Estamira’ e a conferência ‘I am not a monster: schizophrenia’. As narrativas foram submetidas à análise de discurso, de acordo com a proposta dos mapas dialógicos (Nascimento, Tavanti; Pereira, 2014). Nos relatos analisados, alguns usuários referenciaram o sofrimento psíquico recorrendo ao discurso da Psiquiatria asilar, no entanto, alguns se posicionaram de forma contrária a esse saber. O discurso místico-religioso também foi constatado nos depoimentos, e as tramas familiares foram salientadas quando falaram sobre as crises familiares e a violência sexual sofrida. Os usuários também mencionaram as relações cotidianas, a insegurança e a sensação de vigilância ao circular no território. Os resultados indicaram que, apesar da força do discurso pautado na Psiquiatria asilar, alguns usuários exercem o protagonismo social quando se empoderam e subvertem as ideias que esse saber defende. A relevância social desta pesquisa se justifica não só porque trouxe contribuições acadêmicas, mas também por provocar reflexões sobre um novo lugar social para a loucura e sobre os caminhos que devem continuar sendo percorridos pela proposta reformista.

Palavras-chave: Produção de sentidos. Pesquisa documental. Usuários. Saúde mental. Loucura.



## ABSTRACT

Throughout human history, madness has been conceived in different ways: with a mystical meaning, in the Middle Ages, as a mental illness, with the advent of asylum Psychiatry, and as a psychic suffering/mental disorder, with the emergence of the reformist movement. In order to understand how mental health users currently perceive madness, the aim of this study was to analyze the meanings produced by these people about psychic suffering in public domain videos. The specific objectives were: to analyze how the appearance and permanence of psychic suffering were constructed in the narratives of these subjects; to identify the discourses (religious, asylum, reformist, etc.) which indicate the meaning they attribute to this suffering; and to investigate the position of these people about the diagnosis elaborated by medical knowledge. To develop this study, we adopted the theoretical-methodological perspective of the production of meanings proposal based on the analysis of discursive practices. This is a qualitative study, with an exploratory character, with documentary research carried out for its development. The 'A madness between us' and 'Estamira' video documentaries and the 'I am not a monster: schizophrenia' conference were used. The narratives were submitted to discourse analysis, according to the concept of dialogue maps (Nascimento, Tavanti; Pereira, 2014). In the analyzed reports, some users referred to psychic suffering using the asylum psychiatry discourse, however, some take a stand against this knowledge. The mystical-religious discourse was also found in the testimonies, and the family plots were highlighted when they talked about family crises and the sexual violence suffered. Users also mentioned daily relationships, insecurity, and the feeling of vigilance when walking around. The results indicated that, despite the strength of the discourse based on asylum psychiatry, some users play a leading role when they are empowered and subvert the ideas defended by this knowledge. The social relevance of this research is justified not only for its academic contributions but also because it provoked reflections on a new social place for madness and on the paths that must continue to be followed by the reformist proposal.

Keywords: Production of meanings. Documentary research. Users. Mental health. Crazy.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

|            |   |
|------------|---|
| BA         | Bahia   |
| CAPS       | Centro de Atenção Psicossocial  |
| CEP        | Comitê de Ética em Pesquisa   |
| CID-10     | Classificação Internacional das Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (10ª edição) |
| CGMAD      | Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas                             |
| CNS        | Conselho Nacional de Saúde  |
| DAPES      | Departamento de Ações Programáticas Estratégicas                                      |
| DSM-5      | Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (5ª edição)                   |
| ECT        | Eletroconvulsoterapia   |
| EUA        | Estados Unidos da América   |
| GAM        | Gestão Autônoma da Medicação  |
| MS         | Ministério da Saúde   |
| MTSM       | Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental   |
| NAMI       | <i>National Alliance on Mental Illness</i>  |
| NAPS       | Núcleo de Atenção Psicossocial  |
| PB         | Paraíba   |
| PPGPS      | Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde                                      |
| PRPGP      | Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa  |
| RAPS       | Rede de Atenção Psicossocial  |
| RJ         | Rio de Janeiro  |
| SARS-COV-2 | <i>Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2</i>                                |
| SAS        | Secretaria de Atenção à Saúde   |
| SUS        | Sistema Único de Saúde  |
| TCC        | Trabalho de Conclusão de Curso  |
| TEDx       | Tecnologia, Entretenimento e Design Independente                                      |
| UEPB       | Universidade Estadual da Paraíba  |
| UFCG       | Universidade Federal de Campina Grande  |

## SUMÁRIO

|   |    |
|---|----|
| <b>1 INTRODUÇÃO</b> .....   | 10 |
| <b>2 DA CONCEPÇÃO DE LOUCURA</b> .....  | 15 |
| <b>3 SITUANDO O APORTE TEÓRICO</b> .....  | 27 |
| <b>3.1 Produção de sentidos e práticas discursivas</b> .....                        | 27 |
| <b>4 PERCURSO METODOLÓGICO</b> .....  | 34 |
| <b>4.1 Participantes e instrumentos</b> .....                                       | 35 |
| <b>4.2 Análise dos dados</b> .....  | 37 |
| <b>4.3 Aspectos éticos</b> .....  | 38 |
| <b>5 DOS SENTIDOS PRODUZIDOS</b> .....  | 39 |
| <b>5.1 Análise dos relatos</b> .....  | 39 |
| <b>5.2 Discussão</b> .....  | 56 |
| <b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....   | 69 |
| <b>REFERÊNCIAS</b> .....  | 73 |
| <b>APÊNDICE A: ESTRUTURA DO MAPA DIALÓGICO</b> .....                                | 82 |
| <b>ANEXO A: PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (UEPB)</b> ..... | 83 |

## 1 INTRODUÇÃO

Para entender como surgiu a ideia de desenvolver esta pesquisa, é necessário elucidar um pouco de minha trajetória, sobretudo no recorte concernente ao âmbito acadêmico e que baliza parte de minha visão de mundo e prática profissional. Tomarei como marco inicial meu percurso egresso na Graduação de Psicologia, cujo resgate começou a partir de 2011, quando tive o privilégio de ser aluno do Departamento de Psicologia da Universidade Estadual da Paraíba, instituição pública que tem um campus em Campina Grande cidade onde nasci e onde moro.

No decorrer da graduação, tive dificuldade quanto à obrigatoriedade de eleger uma área, porque via que o olhar multideterminado seria importante para compreender o ser humano e a sociedade necessitava de todas as áreas da Psicologia, de tal maneira que, até o fim de 2012, participei de pesquisas e extensões nas áreas de Psicologia Organizacional, Psicologia Social e Psicologia Clínica. Todavia, meu desejo me levou, em 2013, para o âmbito da clínica e me deparei com mais uma exigência – a de eleger a abordagem. Assim, com algumas dúvidas, enveredei pela Psicanálise. A abordagem psicanalítica me abriu horizontes e, em um deles, percebi que a falta sempre seria constitutiva da condição humana e, conseqüentemente, as lacunas no campo teórico não seriam diferentes.

Avançando rumo a preencher algumas dessas lacunas, participei de extensão acadêmica, durante dois anos, no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II – Novos Tempos); em 2014, fiz um estágio extracurricular em um hospital psiquiátrico; e, em 2015, participei de eventos como o Fórum Internacional dos Ouvidores de Vozes. Essas experiências me estimularam a refletir sobre as vivências severas e persistentes de sofrimento psíquico. Contudo, como uma inquietude epistemológica e profissional continuou atravessada, em 2016, decidi analisar, no Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) – não do ângulo clínico que já havia escolhido, mas na área da Psicologia Social – a representação social da loucura elaborada pelos profissionais da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) em Campina Grande-PB.

Foi a partir do TCC que me propus a submeter um projeto com a intenção de entrevistar os familiares das pessoas em sofrimento psíquico para o Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde (PPGPS) da UEPB. Porém, entre 2017 e 2018, houve um hiato acadêmico, não por escolher ou por não desejar, mas por não conseguir ser classificado no Programa e, ao mesmo

tempo, precisar prover sustento econômico para dar conta de outras dimensões pessoais de minha vida.

Entretanto, depois de conquistar aprovação e ingressar no Mestrado do PPGPS em 2019, negociei outras possibilidades de desenvolver o projeto com minha orientadora, e tudo foi reformulado para um campo novo e complexo, que foi a proposta de análise dos sentidos sobre o sofrimento psíquico produzidos em práticas discursivas de usuários do CAPS III através de suas histórias de vida. Posteriormente, depois de qualificado, este trabalho passou, em 2020, por novas alterações em virtude do confinamento imposto pela pandemia. Isto é, inicialmente, propus uma pesquisa de campo, porém, em decorrência do isolamento social como medida sanitária, optei por realizar uma pesquisa documental em fontes audiovisuais, registradas e divulgadas por terceiros.

Para alcançar tal empreitada, o objetivo que norteou este trabalho foi de analisar os sentidos construídos sobre o sofrimento psíquico em relatos de usuários de saúde mental em vídeos de domínio público.

Esta pesquisa foi mobilizada pelos seguintes questionamentos que aguçaram a curiosidade para realizar a investigação: Como as pessoas constroem, através dos seus relatos, o surgimento e a permanência de seu sofrimento psíquico? O que os sujeitos pensam sobre o próprio diagnóstico elaborado pelo saber médico? A quais agências terapêuticas as pessoas em sofrimento psíquico recorrem? Em que medida o discurso reformista influencia os sentidos atribuídos ao sofrimento psíquico? Nos relatos, é construído um novo lugar social para a loucura?

Desse modo, os objetivos específicos foram delimitados da seguinte maneira: Analisar como se constroem, nas narrativas desses sujeitos, o surgimento e a permanência do sofrimento psíquico; Identificar os discursos (religioso, asilar, reformista etc.) que referenciam o sentido que eles atribuem ao sofrimento; Identificar o posicionamento dessas pessoas acerca do diagnóstico elaborado pelo saber médico.

Em 2021, ao completar uma década de percurso na Psicologia, finalizo o Mestrado com muita satisfação, mas continuo com uma inquietude teórica, ciente de que esse trabalho tem algumas lacunas, não de maneira deliberada, mas devido à limitação em relação ao tempo e ao espaço e por meu trajeto acadêmico e pessoal. Por outro lado, é essa incompletude que me faz caminhar no aprendizado da Psicologia e desejar ir além, possivelmente explorando o fenômeno que aqui se coloca com inúmeros enfoques e desdobramentos que a complexidade da saúde mental impõe, e o âmbito científico permite avançar.

Ciente de tais circunstâncias, o estudo realizado se justifica por direcionar visibilidade para as pessoas em sofrimento psíquico e quebrar o silêncio imposto pela medicina psiquiátrica. Em tal situação, os sujeitos ganham protagonismo, pois evidenciam suas construções de sentido sobre esse sofrimento. A investigação aqui realizada poderá contribuir para se refletir sobre as políticas públicas voltadas para a população que utiliza a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e repensar novas estratégias que tragam um fôlego para o movimento, escutando as pessoas que vivenciam o sofrimento. Isso é necessário não só por potencializar o propósito de transformar a vida das pessoas que precisam daquele serviço, mas também por causa dos entraves sócio-históricos que determinam uma força contrária à sua realização.

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, com caráter exploratório, para cujo desenvolvimento foi realizada uma pesquisa documental, como já ressaltado, levando em consideração que as pessoas entrevistadas fossem os próprios sujeitos em sofrimento psíquico. Nesse sentido, foram utilizados os seguintes vídeos: ‘Estamira’ (2004), ‘A loucura entre nós’ (2016) e ‘I am not a monster: schizophrenia’ (2017). As narrativas foram submetidas à análise de discurso de acordo com a proposta dos mapas dialógicos (Nascimento, Tavanti; Pereira, 2014).

Os motivos para identificar as práticas discursivas sobre o sofrimento psíquico, por meio de relatos de usuários de saúde mental, residem também na escassez de literatura que aborde esse tema, constatado no levantamento feito nas bases de dados eletrônicos *Google Acadêmico*, *SciELO* e *PePSIC*, que contemplou o ponto de corte a partir de 2010 e considerou estudos que abordassem a narrativa do sofrimento psíquico emitido pelos usuários de algum dispositivo de saúde mental, também porque interrogar sobre os sentidos do sofrimento psíquico é uma maneira de estimular os usuários de serviços de saúde mental a se posicionarem no tempo e no espaço em que estão situados e estimular autonomia ao proferir o discurso.

Falar em loucura é considerar um movimento que vem se desvelando ao longo dos séculos, um exercício em que se devem considerar diversas relações de poder que interferiram na formulação das políticas públicas de saúde mental. Evidentemente essa não é uma tarefa fácil, porque, em muitas circunstâncias, a Reforma Psiquiátrica, preconizada por Franco Basaglia na Itália, carrega, no Brasil, outras variáveis atreladas aos interesses de gestão política e mobilização popular do momento atual. A luta antimanicomial precisa garantir os princípios do novo modelo psicossocial, para além da desospitalização, como aponta Amarante (1995), e delimitar, com clareza, práticas que deem mais notoriedade ao movimento nos diversos segmentos da sociedade.

Assim, abordamos o sofrimento psíquico não a partir de uma ênfase individualista, centrada no modelo hospitalocêntrico, considerando-o como doença, mas realçando o potencial de criatividade e o protagonismo social que estão alinhados com o novo lugar social para a loucura defendido pela proposta reformista. Nessa perspectiva, é necessário que haja uma intervenção sensível dos poderes estatais responsáveis pela Saúde no modelo de Sistema Único de Saúde (SUS) vigente, embora o trabalho vivo do SUS esteja cada vez mais sucateado nas tecnologias duras e leves<sup>1</sup>, para usar a expressão de Merhy (2007). Portanto, essa intervenção exige o conhecimento da gravidade da situação, o que, nesse caso, é o tratamento em Saúde Mental, para que o gestor tenha embasamento do que precisa formular ou reformular na composição de uma política pública.

Percorrendo as trilhas dos sujeitos em sofrimento psíquico, entendemos que é necessário, constantemente, repensar as ações do movimento de Reforma Psiquiátrica. Uma viabilização possível para isso é considerar não somente os profissionais, os familiares ou a sociedade como um todo, mas também o próprio usuário.

No que diz respeito à estrutura, esta dissertação foi dividida em quatro capítulos: no primeiro, fazemos uma retrospectiva histórica em que exploramos a concepção de loucura desde o Século XV até a contemporaneidade. Para isso, resgatamos as contribuições, sobretudo, de Michel Foucault, ao traçar um histórico de tal fenômeno. Assim, são ressaltados práticas e discursos que permearam o enlouquecer, como, por exemplo: a nau dos loucos, a grande internação e um novo modo de enxergar o louco propiciado pela Reforma Psiquiátrica. Nesse percurso, foi inspirador perceber alguns sujeitos que ganharam notoriedade por seus feitos ou obras, como, por exemplo, Bispo do Rosário.

No segundo capítulo, situamos a fundamentação teórica, o estudo da produção de sentidos a partir da análise das práticas discursivas (Spink, 2010; Spink; Medrado, 2013), uma proposta teórico-metodológica inspirada no Movimento Construcionista, contrário a correntes que representam a mente como um espelho do mundo, sem que haja interferência dos sujeitos e suas maneiras de posicionar suas vivências. Nesse capítulo, evocamos os estudos da precursora Mary Jane Spink, que se propõem a analisar como as pessoas compreendem os acontecimentos do cotidiano e lidam com eles.

---

<sup>1</sup> Conceitos desenvolvidos no campo teórico da Saúde Coletiva. A tecnologia leve é relativa aos vínculos, como, por exemplo, as relações estabelecidas ou a humanização, e a tecnologia dura, aos recursos materiais, como as máquinas e as estruturas disponíveis para melhor suporte (Merhy, 2007).

No terceiro capítulo, apresentamos o desenho metodológico que foi trilhado, no que se refere aos participantes, aos instrumentos, à análise dos dados e aos aspectos éticos, e o que se entende por pesquisa documental, e todo o trâmite de submissão à Plataforma Brasil, bem como à emenda necessária em decorrência de ajustar o desenho de pesquisa compatível com o momento pandêmico.

No quarto capítulo, aprofundamos os resultados da pesquisa e fizemos uma discussão teórica com o fim de privilegiar os objetivos propostos. Cabe sinalizar que o discurso biomédico – saber hegemônico que tem expressões, termos e classificações muito característicos desse campo, que já foi responsável por tantas práticas desrespeitosas com as pessoas em sofrimento psíquico, ao lhes relegar uma posição de passividade, doença e incapacidade – foi muito recorrente nos relatos.

Mas as pessoas também dialogam com o saber psiquiátrico asilar de maneira ativa, rejeitando atributos pejorativos. Nesse sentido, supõe-se que, quando os usuários se posicionam dessa forma, resistem ao saber hegemônico da Psiquiatria tradicional (Rocca, 2011).

Nos relatos, também se encontram explicações de teor místico-religioso para construir sentidos sobre o sofrimento psíquico, usando conceitos, rituais e termos de ordem transcendental. De acordo com estudos como o de Paiva (2018), essas referências tratam de uma dimensão com grande chance de ser aliada para uma nova política de assistência em saúde mental.

Nos relatos, os usuários indicam ainda tensões advindas de crises familiares e até violência sexual entre parentes e afirmam que as relações cotidianas interferem na vida deles, quando, por exemplo, relatam sobre a impossibilidade de circular no território, de ter a impressão de estarem sendo vigiados e o conseqüente isolamento social para se proteger das perseguições.

Para finalizar esta dissertação, virão as considerações finais, em que retomamos suas ideias centrais. Esse trajeto será feito através do resgate dos objetivos geral e específicos, da exposição breve dos principais resultados, da ênfase à relevância social, bem como de sugestões para prosseguir com este estudo acadêmico.



## 2 DA CONCEPÇÃO DE LOUCURA

Pensar na posição ocupada hoje pela loucura nos remete às colocações de Braga e Silveira (2005), que fazem uma retrospectiva que parte da Grécia Antiga, cujos filósofos a consideravam como vontade divina, até ocorrer uma mudança de concepção do campo místico para o racional. Portanto, a noção desse fenômeno varia conforme a concepção vigente em determinada sociedade.

Ressalte-se, todavia, que, nem sempre, esse fenômeno foi denominado de *loucura*. Antes do Século XV, era chamado de possessão, e as pessoas que apresentavam esse comportamento andavam pelas cidades revestidas de um caráter sagrado, conforme aponta Foucault (2008). Portanto, o louco era visto como um sujeito excepcionalmente abençoado ou amaldiçoado pelos deuses. Na Idade Média, com o fim das Cruzadas e o desaparecimento do surto leproso (Foucault, 2012), abriu-se um espaço para o louco como um novo representante de segregação social.

Os locais que antes eram destinados a pessoas com lepra passaram por uma transição muito gradual e foram designados para o louco. Logo, na França, o Século XV foi marcado por lugares como o Hospital da Paróquia de Saint-Eustache, de Saint-Nicolas, de Saint-Germain-des-Près e novas edificações foram construídas para recolher todos os que causavam medo. Na Alemanha, em igual período, casas foram construídas para receber os insanos, tanto em Nuremberg quanto em Frankfurt. Na Espanha, os “irmãos da Mercê” ergueram hospitais de insanos em Valência e em Saragoça (Foucault, 2012).

Segundo o referido autor, com a chegada do Século XVI, houve pouca alteração nesse panorama, pois os loucos continuavam a vagar nas cidades, conduzidos em meio a mares e rios e servindo de inspiração para contos e sátiras. Portanto, a convivência com esses sujeitos de condutas extravagantes ainda era corriqueira.

Ressalte-se, entretanto, que as doenças venéreas se estabelecem, fato que exige necessariamente tratamento médico, empregando um rigoroso manejo racional que destoa da maneira como vinha sendo concebido nos séculos anteriores. Além disso, esse século foi marcado pelo Movimento Renascentista, que, em função de uma perspectiva humanitária, amenizou o discurso do campo místico e da tragédia sobre temas como a loucura. Então, o louco passou a existir de forma oposta à razão, como se fosse uma antítese do pleno exercício da consciência. E ainda que a religiosidade tivesse grande força, uma travessia começou a se processar e resultou no que será observado no século a seguir.

A partir do Século XVII, o ‘insano’ começou a ser representado de maneira pejorativa. Foi nesse período em que se iniciou a chamada ‘Grande Internação’. Conforme Frayze-Pereira (1984), isso aconteceu porque o Estado burguês em ascensão passou a recolher as pessoas que não contribuíam com a riqueza da burguesia, e os interesses econômicos constituíram o fundamento da inclusão ou exclusão social. Todos os que não eram produtivos – desempregados, loucos, mendigos ou vagabundos – isto é, que não tinham uma ocupação e eram improdutivos, deveriam ser internados (Foucault, 2012). Assim, se as pessoas fossem consideradas preguiçosas ou ociosas, eram encaminhadas para locais como o Hospital Geral de Paris, onde se buscava, através do trabalho, “dignificar” o ser humano.

A internação é uma criação institucional própria ao Século XVII. Ela assumiu, desde o início, uma amplitude que não lhe permite uma comparação com a prisão tal como essa era praticada na Idade Média. Como medida econômica e precaução social, ela tem valor de invenção. Mas na história do desatino, ela designa um evento decisivo: o momento em que a loucura é percebida no horizonte social da pobreza, da incapacidade para o trabalho, da impossibilidade de integrar-se no grupo; o momento em que começa a inserir-se no texto dos problemas da cidade (Foucault, 2012, p. 89).

Percebemos, então, a proporção que o internamento tomou, pois, um de cada cem habitantes de Paris estava confinado nos hospitais locais, o que representava um agrupamento de 6000 pessoas. Esse encarceramento coletivo demonstra a repressão a que a pobreza ou a diversidade era submetida, visando, por meio de uma consciência burguesa, esquivar-se de qualquer um que parecesse exótico ou improdutivo (Foucault, 2012).

Com a chegada do Século XVIII, o louco passou a ser considerado como um “indivíduo inconveniente”. O referido autor avança na análise sobre como as estruturas de controle moldaram a justificativa para internar e, conseqüentemente, enclausurar os loucos, metaforizada pela expressão “nau dos loucos”, um transporte que, na Idade Média, conduzia, pelo mar, os perturbados e insensatos para fora do convívio social. Assim, essa nau eliminava qualquer protagonismo ou o reconhecimento de que era possível conviver com a loucura e promovia uma espécie de higienismo que pretendia afastar tal inconveniente da sociedade (Foucault, 2012).

Essas estruturas, inspiradas na racionalidade positivista, repercutiram na classificação da ciência médico-psiquiátrica. Nesse período, além de investigar a lógica própria de funcionamento

da loucura, os médicos Philippe Pinel e Samuel Tuke propuseram “a retirada das correntes e das camisas de força” para integrar os loucos em casas de asilo ou retiro. Assim, o isolamento ainda perdurou, porque

esse gesto, que fazia a loucura desaparecer num mundo neutro e uniforme da exclusão, não assinalava um compasso de espera na evolução das técnicas médicas, nem no progresso das ideias humanitárias. Ele se revestia de seu sentido exato no fato de que, na era clássica, a loucura deixou de ser o signo de outro mundo e se tornou a paradoxal manifestação do não-ser (Foucault, 2012, p. 276).

Outro fato significativo, no Século XVIII, foi a crise econômica enfrentada pela França, quando houve uma exclusão oriunda, também, da recessão econômica. Em períodos de crise, o desemprego tende a crescer e, nesse sentido, as pessoas que estavam ociosas eram presas para trabalhar e colaborar para a prosperidade geral da nação (Foucault, 2012). Nesse período, o dualismo cartesiano, que separa mente e corpo, serviu para reforçar o pensamento racional (Pelbart, 1993). Apesar de não se referir explicitamente a Descartes, Sander (2010) discorre sobre a loucura como algo que foi severamente silenciado, pois a racionalidade foi enaltecida desde o fim da Renascença.

Ainda no Século XVIII, passou-se a utilizar algumas terapias violentas, como, por exemplo, queimaduras com soda cáustica nos genitais e no crânio dos ‘pacientes’ para castigá-los por causa dos pensamentos raivosos; indução ao vômito, para eliminar alucinações; afogamento seguido de reanimação, para que retornasse com pensamentos adequados; amputação do clitóris e remoção do útero, que dariam origem à loucura; e terapia endócrina para modificar a nutrição das células que levariam à cura (Venturini, 2016a).

Já no Século XIX, se, de um lado, desapareceram as casas de internamento em toda a Europa, por ser uma terapêutica transitória e ineficaz, a sociedade ainda estava longe de um tratamento adequado para o louco. A coerção passou a ser a forma de abordar a insanidade, perseguindo todos os que não se adequavam a um padrão das ciências naturais de “normalidade” (Foucault, 2012).

Estabelecida tal segregação, estava selado o tratamento com práticas de coerção moral e afastamento do convívio social e familiar para os loucos, sobretudo no Século XIX, uma época marcada pelo surgimento do manicômio como um local voltado para a alienação mental, como

classificado por Pinel. É considerado alienado mental o indivíduo que apresenta “distúrbio ou aberração, distorção, erro, das faculdades mentais” (Pessoti, 1999, p. 57). Além do mais, com o advento das ciências naturais, o entendimento que pairava nessa época encontrou nas estruturas cerebrais a coerência para conceber a loucura como “doença mental”.

Ademais, essas práticas de coerção moral merecem especial atenção, pois, na primeira metade do Século XIX, manifestou-se uma força punitiva tão intensa quanto as formas de força física, e é nessa perspectiva que Foucault (2012) se refere ao “tratamento moral”. “O manicômio é visto também como um lugar de tratamento moral, onde as pessoas são internadas porque fizeram coisas erradas e precisam aprender o que é certo” (Grigolo, 2000, p. 102).

São inúmeras as práticas do tratamento moral ou modalidades coercitivas de contenção, destacadas por Venturini (2016a): camisa de força (usada para imobilizar os braços), cela de isolamento (quarto sem móveis), contenção forçada no leito (braços e pernas presos por tecidos em leito fixado no piso), leitos-gaiola (delimitados por grades), *strozzina* (pressão de tecido molhado no rosto até que o indivíduo perdesse a consciência), pouca e má alimentação para se adequar às horas de trabalho, banhos frios, drenagem de sangue e purgantes. Todos esses atos cruéis, degradantes e repulsivos indicavam uma vontade de punir algo considerado selvageria, pois a ideia era de que os loucos não eram humanos, portanto, seria inviável socializá-los.

Porém, em 1882, obras como *O Alienista*, publicada por Machado de Assis, contestavam a ideia manicomial. Nessa obra, as relações de poder são submetidas a uma intensa crítica, indagando a fronteira entre o normal e o anormal de uma maneira um tanto quanto irônica, como aponta Dias (2017). A história refere-se ao feito de o personagem Dr. Simão Bacamarte, psiquiatra que, depois que conquistou respeito científico na Europa e no Brasil, resolveu construir o Hospital Casa Verde, na cidade de Itaguaí. Nesse local, inicialmente ele só isolava os loucos, mas, depois, começou a incluir qualquer pessoa que agisse de maneira estranha e desviante do padrão. Assim, grande parte da cidade foi internada em seu manicômio, até que ele reviu suas atitudes, libertou todas as pessoas internadas e se internou. Ele, que, durante tanto tempo, perseguiu um ideal de perfeição psicológica.

Também foi nesse período em que alguns loucos foram reverenciados por seus feitos, ideias ou produções em diversos contextos, rompendo com essa carceragem racional. No final do Século XIX, Afonso Henriques de Lima Barreto, carioca nascido em 1881, destacou-se como escritor e jornalista, embora tenha sido diagnosticado como neurastênico e alcoólatra, e internado no

Hospício Pedro II. De acordo com Hidalgo (2007), embora marcado pela loucura, ficou reconhecido como um dos maiores autores da literatura brasileira, e sua escrita foi caracterizada por uma crítica aguçada ao reproduzir o tratamento asilar-manicomial que era convencional em sua época.

Além de ter sido sua estratégia de sobrevivência, na posteridade, o diário de Lima Barreto se configurou como um raro documento de registro do tratamento psiquiátrico no Brasil, em que ele denunciou o tratamento que era praticado desde os séculos anteriores para controlar alguém como ele que não se adaptasse à sociedade. De forma muito apropriada, essa obra ganhou o título de Cemitério de Vivos, já que revela a morbidez e o terror que circulavam a história da loucura (Hidalgo, 2007).

Já no começo do Século XX, foram documentadas mais parafernalias de coerção moral para tratar o “distúrbio mental”, como: esterilização masculina; extração dos dentes para eliminar bactérias escondidas que enlouqueceriam; hibernação através da envoltura em cobertores gelados por até três dias; terapia de choque (como indução a febre, altas doses de insulina, através do *metrazol* ou de meios elétricos); intervenção cirúrgica da lobotomia frontal e a ingestão excessiva de psicofármacos (Venturini, 2016a).

Apesar de haver o uso dessas parafernalias, destacou-se a representatividade de pessoas como Antoine Marie Joseph Artaud. Nascido em 1896 na França, popularizou-se por meio de peças teatrais e da escrita de livros ou cartas endereçadas ao médico de um dos manicômios onde foi internado. Ele era considerado surrealista (Lins, 1999).

Para Artaud, a manifestação das palavras na retórica, na leitura e na escrita não conseguiu dar conta da expressividade humana. Nesse sentido, a teatralização seria uma linguagem bem mais eficaz e de grande alcance para revelar a experiência para as pessoas. Conforme destaca Lins (1999), ao fazer isso, Artaud defende a lógica que possibilita reinventar o sujeito perante o saber psiquiátrico asilar quando, por exemplo, no âmbito das instituições psiquiátricas, ele próprio foi submetido à eletroconvulsoterapia (ECT) dezenas de vezes.

Ainda no Século XX, destacou-se o sergipano Arthur Bispo do Rosário Paes, nascido em 1909: “Um dia eu simplesmente apareci no mundo”, dizia ele. Diagnosticado como esquizofrênico paranoide, foi internado quando estava morando e trabalhando no Rio de Janeiro. Havia sumido por dois dias, depois de ver Cristo acompanhado de sete anjos. Durante 50 anos de idas e vindas a manicômios, sobretudo à Colônia Juliano Moreira, fazia bordados e assemblages e catalogava com

objetos descartados pela sociedade muitas expressões que hoje são consideradas genialidades artísticas (Lima; Johann, 2015).

Cabe salientar que é necessário cautela ao enaltecer a loucura, pois, conforme destacado em Frayze-Pereira (1984, pp. 11-12), "[...] elogiar a loucura, deixando-se fascinar por seus poderes e, no limite, acreditar no lucro de um saber inatingível para os que não embarcaram nessa ‘viagem’ pode desviar nossa escuta da vivência trágica dos loucos" (Grifo do autor). Assim, os loucos não são necessariamente extraordinários por serem loucos.

Nesse período da sociedade brasileira, destacam-se práticas revolucionárias em Saúde Mental, como o trabalho da alagoana Nise Magalhães da Silveira, que encontrou nas atividades expressivas o método adequado para superar o tratamento qualificado como agressivo aplicado à loucura. Intensamente influenciada pela Psicologia analítica de Carl Gustav Jung, de quem foi aluna, ela vivenciou em primeira pessoa o confinamento, pois foi presa sob a alegação de que era comunista.

Travando verdadeiros embates, como apontado por Castro e Lima (2007), ao questionar a eficácia do eletrochoque, coma insulínico e lobotomia, Nise ressignificou a maneira de se relacionar com os loucos. Para isso, fez com que as atividades perdessem o caráter monótono, cruel e repetitivo que preservavam a lógica asilar e que a loucura ganhasse potentes contornos artísticos. Seu espaço de trabalho eram verdadeiros ateliês, que revelavam uma atmosfera de cores harmônicas por meio das quais o louco era capaz de estabelecer relações com o mundo externo que o cercava de formas criativas e, ao mesmo tempo, terapêuticas (Castro; Lima, 2007).

Segundo as referidas autoras, figuras como Nise da Silveira confrontam a violência com leveza e a esperança de uma nova atenção ao ser humano, redirecionando um novo olhar para o enlouquecimento e possibilitando maximizar o cuidado em Saúde Mental através de terapia ocupacional. O exercício da terapia ocupacional resultou na fundação do Museu de Imagens do Inconsciente, em 1952, em que é exposto os trabalhos artísticos dos ‘pacientes’ psiquiátricos (Melo, 2009).

Na década de 60, destacaram-se fatos significativos, como a chamada “revolução dos benzodiazepínicos”, momento em que as medicações com efeitos ansiolíticos se popularizaram. Além disso, na conjuntura internacional, o mundo estava caracterizado por uma migração em decorrência da II Guerra Mundial, uma eventualidade demarcada por intolerância e exclusão de

determinadas forças políticas. Apesar desse contexto, destacou-se o posicionamento crítico de Nise da Silveira.

Nessa sucessão de marcos, cabe ressaltar que, na década de 1970, surgiu, no Brasil, o Movimento de Reforma Sanitária, idealizado no decorrer das Conferências Nacionais de Saúde, que defendiam mudanças na atuação e na gestão dos meios de acesso à saúde pública. A reforma denunciava que o manejo médico de acolher e trabalhar com os serviços básicos de saúde precisava ser repensado para dar conta das endemias, das prevenções e dos cuidados e trazer dignidade na promoção de saúde da condição humana (Escorel, 2012).

É sobremaneira relevante discutir sobre esse Movimento, visto que, no ano de 1978, a Saúde Pública foi marcada pela luta em prol dos direitos dos usuários psiquiátricos no Brasil. Tal Movimento surgiu com a união de profissionais da área, de pessoas que sofreram várias internações – ao longo do tempo e não obtiveram sucesso no tratamento – de seus familiares e sindicalistas, e contribuiu para se elaborar uma nova concepção de loucura. Assim, no contexto brasileiro, o movimento da *antipsiquiatria* criticava o tratamento moral empregado no âmbito da Saúde Mental, com uma proposta para superar o modelo asilar manicomial que causava maus-tratos e que, muitas vezes, levavam as pessoas a óbito sem que a sociedade se importasse com seu destino. Com essa crítica, no Brasil, pretendiam-se obter transformações inspiradas pelo paradigma da Psiquiatria Democrática Italiana (Delgado et al., 2007).

O novo modelo de Atenção em Saúde Pública atingiu as Instituições e suas práticas e inscreveu outro parâmetro que não mais praticasse a segregação, como era factível para determinados segmentos: psicóticos, negros, gays, bêbados, prostitutas e drogados (Pereira; Costa-Rosa, 2012).

Assim, pela primeira vez, surgiu, na cidade de São Paulo-SP, o CAPS, no ano de 1986, que trouxe um modelo de intervenção psicossocial como proposta para substituir o modelo manicomial. Em 1989, na cidade de Santos-SP, foram criados os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), que funcionavam durante 24 horas. Esses espaços reforçaram a eficiência e a viabilidade do novo modelo proposto no trato ao vulgo ‘louco’. Nesse período, somente um ano depois de se estabelecer o SUS, foram apresentadas ao Poder Legislativo duas propostas: uma para regulamentar os direitos das pessoas acometidas de transtornos mentais, e outra, para extinguir os hospitais psiquiátricos. Além disso, com a Portaria nº 106/2000 do Ministério da Saúde, foram regulamentadas as

residências terapêuticas para atender aos que saíam dos hospitais psiquiátricos e não tinham vínculos familiares ou eles eram fragilizados (Tenório, 2002).

Ressalte-se, entretanto, que, só com a chegada do Século XXI, no ano de 2001, é que foi sancionada a Lei nº 10.216/2001, criada pelo deputado Paulo Delgado e apresentada ao Congresso Nacional doze anos antes, que regulamentou, finalmente, a modalidade de assistência em Saúde Mental, propiciando tratamentos dentro da própria comunidade e estabelecendo direitos às pessoas acometidas de transtorno mental, embora a proposta para extinguir os hospitais psiquiátricos não tenha sido aprovada. Foi lançado, ainda, o ‘Programa de Volta para Casa’, com uma série de medidas que visavam estabelecer um modelo de assistência comunitária aos usuários. Ao mesmo tempo em que se instalavam as novas unidades substitutivas, reduziam-se e fiscalizavam-se os hospitais psiquiátricos existentes (Brasil, 2004).

Nesse processo, foi necessário ressignificar as noções construídas sobre o modo como se concebe o sofrimento psíquico. Apesar de ser tênue a linha entre a desrazão e a loucura, há uma potência no que não compreendemos: “(...) uma parte dela que é desmoronamento e dor; há outra parte que é potência e invenção. (...) Talvez mesmo a própria noção de desrazão não seja suficiente para que possamos acessar algumas potências vitais estranhas e mal compreendidas” (Sander, 2010, p. 385).

Assim sendo, Ernesto Venturini expõe, na obra *A linha e a curva: o espaço e o tempo da desinstitucionalização* (2016b), uma experiência na cidade de Ímola, na Itália, na qual um dos apontamentos presentes é voltado para a necessidade de um projeto terapêutico singular, uma prática que convoca para além do ato de retirar do hospital os sujeitos, empoderá-los para transformar aquele sistema.

Nessa perspectiva, sugeriu-se a desinstitucionalização, além da desospitalização, conforme proposta pelo Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) na década de 70 (Amarante; Nunes, 2018). Essa ideia baseia-se numa desconstrução do saber tradicional e do modelo centrado no profissional de Psiquiatria. Por outro lado, a desinstitucionalização não é uma desassistência, como setores conservadores ligados à indústria médico-farmacêutica ou proprietários da rede de hospitais querem fazer parecer, mas uma assistência alternativa.

O Século XXI é marcado pela busca de outro *lugar social da loucura*, como Amarante e Nunes (2018) se referem. Trata-se de uma complexa reformulação de um modelo que era pautado na hegemonia da clínica, e considera agora aspectos políticos, sociais e culturais. Na atualidade,



procura-se percorrer um caminho diferente da prática asilar, ainda que haja uma terapêutica comum para grande parte da categoria médica psiquiátrica, que é entender os fenômenos embasados na Psicopatologia e, conseqüentemente, atuar pela via medicamentosa.

Segundo Rotelli (n.d.), no ato de desinstitucionalizar, a loucura deve ser desconstruída em seus aspectos científico, legal, administrativo e cultural, que atribuam significados para ela como doença. Para isso, sugere-se uma visão radicalmente diferente em vários fatores:

Mas, se o objeto muda, se as antigas instituições são demolidas, as novas instituições devem estar à altura do objeto, que não é mais um objeto em equilíbrio, mas está, por definição (a existência-sofrimento de um corpo em relação com o corpo social), em estado de não equilíbrio: essa é a base da instituição inventada (e nunca dada) (Rotelli, n.d., p. 02).

Mas que loucura é essa que se objetiva desinstitucionalizar? É necessária uma perspectiva que vá além da humanização; um processo que enfrente constantes tensões para reconhecer o *sujeito*, inclusive, utilizando propositalmente a terminologia *sujeito* para designar as pessoas que vivenciam, entre outras coisas, a loucura. Não é um ato piedoso ou de tolerância, mas um movimento social complexo, com dimensões teórico-conceitual, técnico-assistencial, jurídico-política e sociocultural, que visam respeitar a cidadania das pessoas em sofrimento psíquico (Amarante, 2007).

É preciso se desprender de correntes ideológicas que difundem a ideia de que as pessoas em sofrimento psíquico são incapazes de estabelecer trocas sociais e simbólicas (Zanchet, Palombini; Resende, 2017). Para esses pesquisadores, a loucura passa por transformações culturais, as quais são necessárias como, por exemplo, respeitar a diversidade de comportamentos como algo típico do ser humano.

Portanto não apenas acolher ou relativizar a loucura, mas, efetivamente, questionar a dualidade razão-desrazão, demonstrando que a imprecisão quando nos referimos a manifestações de pensar, sentir, agir é o que existe de mais humano possível. Por meio dessa ambição teórica e ideológica, Pelbart (1990) analisa a perpetuação do manicômio mental criticando o caráter adoecedor do modelo asilar-manicomial, que, muitas vezes, é revestido de uma “doce piedade” no discurso da inclusão dos loucos, assim como se deu no período do movimento renascentista com suas ideias humanitárias.

E seria preciso acrescentar imediatamente: um direito à desrazão, sim, mas sem confiná-la àquele cantinho privado e secreto de nosso psiquismo chamado "nossas fantasias", onde ela costuma dormir inofensiva. O direito à desrazão significa poder pensar loucamente, significa fazer do acaso um campo de invenção efetiva, significa liberar a subjetividade das amarras da verdade, chame-se ela identidade ou estrutura; significa devolver um direito de cidadania pública ao invisível, ao indivisível e até mesmo, por que não, ao impensável. Libertar-se do manicômio mental é isso tudo e muito mais (Pelbart, 1990, p. 137, grifo do autor).

Assim, podemos extrair de Pelbart (1990) a relevância do engajamento da sociedade na luta antimanicomial, posto que o rompimento com a lógica de enclausuramento é importante para superar uma tradição que violenta o sujeito desde a Idade Média.

Evidentemente, um modelo de Saúde Mental que havia se firmado há séculos não se desconstrói imediatamente, e o funcionamento da conduta profissional, muitas vezes, engendra práticas antigas e conservadoras. Isso significa que, apesar dos avanços alcançados até o Século XXI para compreender o enlouquecimento, muitos profissionais ainda carregam uma ideia pautada na concepção do louco como um ser despersonalizado, sem razão ou direitos, incapaz. De fato, é notória a relevância da conquista da Lei Paulo Delgado, mas a ideia-proposta-projeto-movimento-processo reformista é contínua, como afirmam Amarante e Nunes (2018).

Nos dias atuais, tem se perdido o espírito contestador inerente à época em que se propagou a proposta da Reforma Psiquiátrica e as novas formas de conceber a loucura, porque, nas décadas de 1980 e 1990, o Brasil atravessou um processo de redemocratização, inclusive com a promulgação da Carta Magna que rege a República, também conhecida como Constituição Cidadã.

Especialmente a partir de 2015, a garantia da Saúde Pública, por meio do SUS, foi conturbada, pois, desde o *impeachment* de Dilma Rousseff, o Ministério da Saúde foi assumido por conservadores – para a Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, por exemplo, foi empossado o ex-diretor de um hospital psiquiátrico, que foi fechado por ação do Ministério Público, ou seja, um notório defensor do modelo manicomial – caminhando para o desmonte do que foi paulatinamente conquistado há décadas. Isso gera bastante apreensão, porque o Ministério da Saúde tornou-se objeto de negociação política e, com ele, os princípios do SUS, que passaram a ser alvo de mudanças radicais e drásticos retrocessos (Amarante; Nunes, 2018).

Essa política representa uma ameaça para a nova concepção de loucura defendida pela proposta reformista, pois desconstrói algo que havia sido conquistado. Ademais, em 2019, primeiro ano de mandato de Jair Messias Bolsonaro, foi estabelecida a Nota Técnica nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS, com a autorização federal para financiar a ECT. Além disso, a lei eliminou o termo substitutivo e investiu em hospitais psiquiátricos, que passaram a ocupar um lugar de prioridade, já que devem ser preenchidos, pelo menos, 80% e figuram como instituições que precisam ser ocupadas a priori para que, em caráter secundário, acolham as pessoas em instituições como o CAPS. No ano seguinte, em 2020, o então presidente sinalizou a pretensão de revogar esses equipamentos, dentre os quais, o Programa De Volta para Casa, as equipes do Consultório na Rua e os CAPS voltados para usuários de álcool e outras drogas.

Zanchet, Palombini e Resende (2017) refletem sobre a limitação das políticas públicas para assegurar a viabilidade do que se propõe em lei. Para tais autoras, a inclusão da loucura não se restringe à dimensão jurídica, pois há algo na cultura que precisa ser questionado. Elas acrescentam que, na escuta realizada com vizinhos de serviços residenciais terapêuticos, sobressai-se “o discurso em defesa do reconhecimento da diferença como forma de ser social – uma fala pela redução dos preconceitos” (Zanchet, Palombini; Resende, 2017, p. 236).

Assim como a dimensão jurídica e a cultural, mencionadas anteriormente, a dimensão científica também merece ser considerada. Silveira e Palombini (2016) alegam que a realização de estudos sobre o relato das pessoas que compõem RAPS é importante, pois recria uma experiência própria que desafia classificações biomédicas que caracterizaram o sujeito como incomunicável. O método denominado de PesquisarCOM pelas referidas autoras promove a horizontalidade e o envolvimento nas relações que transformam a práxis científica.

Ainda sobre essa aproximação com o sujeito em sofrimento psíquico como imprescindível para o Século XXI, Miranda e Cabral (2016) desenvolveram um estudo sobre o que é enlouquecer, através das vozes desses sujeitos, e afirmam: “Em seu processo histórico de patologização, a loucura tem sido alvo de cuidados que se instituíram com pouca ênfase à experiência do ‘enlouquecer’ tal como vivida.” (Miranda; Cabral, 2016, p. 42, grifo das autoras).

Por fim, essa digressão vai de encontro ao fato de que inúmeras expressões são utilizadas nos mais diversos âmbitos para designar as pessoas em estado de sofrimento psíquico, como: louco, maníaco, doente mental, portador de transtorno mental, dentre outras terminologias técnicas inerentes a manuais como a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas

Relacionados com a Saúde (CID-10) ou o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5). Essas denominações são exploradas com afinco por Pessoti (1999), na obra '*Os nomes da loucura*'. Elas são práticas discursivas que carregam ideologias associadas a certos sentidos esboçados ao longo do tempo e da sociedade.

### 3 SITUANDO O APORTE TEÓRICO

#### 3.1 Produção de sentidos e práticas discursivas

O marco teórico que norteia esta pesquisa é a proposta de estudos da produção de sentidos, que é um modo de produzir ciência fundamentado na perspectiva do movimento construcionista. O Construcionismo é um movimento que defende que as descrições ou posicionamentos sobre as coisas sejam repensados e reformulados por meio de críticas (Rasera; Japur, 2005). Tal movimento adota uma postura crítica aos modelos de Psicologia, por meio dos quais a subjetividade das pessoas é tão somente fruto de habilidades cognitivas, algo mecânico ou automático, governado por processos mentais. Ou seja, parte-se do entendimento de que a linguagem é uma prática social, viva, em transformação, em determinada sociedade e numa cultura. A esse respeito, partimos de um exemplo inicial.

Descrevendo as noções de etnocentrismo, Rocha (1988) traz uma história em que narra a missão de um pastor de catequizar índios no Xingu e, depois de insistentes pedidos, deu seu relógio a um jovem índio. Entretanto, o índio utilizou aquele artefato como ornamento, adornando alegremente as cercanias de sua aldeia. Posteriormente, buscando inspiração para entregar aos superiores seus relatórios, ele examinou as paredes do seu escritório: arcos, flechas, tacapes, bordunas, cocares e até uma flauta formavam a decoração. Rústica, trazia-lhe estranhas lembranças: “engraçado o que aquele índio foi fazer com o meu relógio”. Esses artefatos ilustram a função relativa da interpretação e do sentido atribuído ao mundo, um exemplo de prática discursiva.

Convém enfatizar que o Construcionismo é uma perspectiva avessa a correntes representacionistas, isto é, abdica de visões por meio das quais a mente é um espelho do mundo, sem que haja o atravessamento das pessoas e suas formas de descrever os processos que vivem:

A perspectiva nos coloca em uma dúvida metodológica permanente, ao desnaturalizar processos que nada mais são do que construções históricas e culturais. Desse modo, o conhecimento psicossocial é, na perspectiva construcionista, algo provisório que deve ser permanentemente desconstruído (Álvaro; Garrido, 2007, p. 324).

Quando nos referimos ao Construcionismo, adotamos perspectivas como a de Ibañez (2003), que afirma que o surgimento do Movimento é contextualizado em um clima de contestação inerente a sua época. Nesse contexto, a epistemologia carrega um teor crítico por meio de seus protagonistas. Porém só em meados da década de 80 foi que esse teor foi aguçado. O autor atribui a Kenneth Gergen a definição de Construcionismo social considerada mais consagrada, que o concebe como um movimento que condensa elementos teóricos em permanente reconstrução, como referido no parágrafo anterior.

Outra perspectiva que transformou os métodos de estudo, especificamente no segmento das Ciências Sociais, foi o “giro linguístico”. Essa denominação, segundo Mélo (2007), é a adoção de posturas científicas como a de Ferdinand de Saussure, na tradição filosófica, e da hegemonia da Filosofia da Consciência, de Gottlob Frege e Bertrand Russell, nas quais se desloca a análise das ideias do interior das mentes para a exterioridade dos enunciados linguísticos. Tal abordagem foi influenciada por correntes pós-estruturalistas e pós-modernistas e, segundo o referido autor, há quem associe essa vertente a uma aplicação do Construcionismo no domínio da Psicologia.

Ribeiro (2011) corrobora tal apontamento, considerando que a realidade não se opera na individualidade da mente, mas na relação com os outros. Também é combatida a "retórica da verdade", termo que remonta ao método científico que tem como atributo a verdade transcendental. A autora reconhece a linguagem como algo volátil e relacional, visto que

é nos momentos interativos entre as pessoas, nos quais elas têm que continuamente reagir umas às outras por meio de uma postura ativa e responsiva, que se poderá compreender como as pessoas produzem sentidos por meio de suas práticas discursivas (Ribeiro, 2011, p. 561).

Assim, partindo das premissas construcionistas, como a do giro linguístico, a proposta de produzir sentidos é uma perspectiva que visa analisar como as pessoas compreendem os acontecimentos e lidam com eles, como abordado por M. J. P. Spink e Medrado (2013). O sentido é apropriado por meio das práticas discursivas e de seus repertórios que permeiam o cotidiano, esboçando coerência em relação a um contexto singular, também denominado de *speech genres* ou *gêneros de fala*. Isso significa que a linguagem é produzida conforme as instituições e os momentos históricos, o que não elimina a polissemia no entendimento de um mesmo fato.

Os repertórios interpretativos são enunciados que as pessoas resgatam e organizam, que formam unidades de argumentação e constroem formas de compreender e explicar situações, ações e todo o mundo que as cerca. M. J. P. Spink (2010) discorre que essas unidades, denominadas de *unidades básicas de linguagem* são compostas de *sentença* e *palavra*. A sentença é um pensamento relativamente completo, que varia desde uma frase até um parágrafo, e a palavra pode se ramificar em *palavra neutra* (terminologia dicionarizada), *palavra do outro* (como os outros utilizam) e *minha palavra* (como eu a utilizo).

Além do *speech genres*, o conceito de enunciado e de voz é importante para compreender a constituição da produção de sentidos (M. J. P. Spink; Medrado, 2013). Para entender bem mais essa importância, ressaltamos que, enquanto as pessoas interagem, é construída uma teia de argumentos que estruturam a comunicação. Esses enunciados, quando decompostos em menores fragmentos, são constituídos de vozes, que são núcleos falantes que orientam a ação discursiva, em que a fala não é algo estanque, mas em constante movimento.

Quando pensamos em ação discursiva, no esforço para compreender os sentidos produzidos, precisamos considerar todas as vozes que se fazem presentes na fala proferida, como as provenientes do pai, da mãe, da professora, dos amigos, da religião, entre outras importantes para a posição identitária. O discurso produzido na interação entre as pessoas, fornece pistas para perceber como se manifesta determinada posição ou o porquê dela: “Nosso trabalho, como cientistas sociais que analisam práticas discursivas, é exatamente estudar a dimensão performática do uso da linguagem, trabalhando com consequências amplas e, nem sempre, intencionais” (M. J. P. Spink; Medrado, 2013, p. 27).

Isso ocorre porque, embora o fato seja único, as interpretações são várias, e é fundamental, no enfoque da produção de sentidos, compreender a linguagem como forma de mediar as práticas sociais. Isso significa que os discursos podem se deparar com uma diversidade de possibilidades, concebendo a ruptura de consensos ou regularidades como algo muito positivo. Essas rupturas ocorrem em determinada temporalidade histórica e favorecem algo muito singular e original em cada narrativa (Leite et al, 2016). Logo, cada pessoa acessa a realidade de maneira única produzindo e interferindo com um posicionamento em particular nas práticas sociais.

A temporalidade histórica, nessa perspectiva, divide-se em *tempo longo*, *tempo vivido* e *tempo curto*. O *tempo longo* envolve os conteúdos culturais, algo amplo, que faz referência a uma época em que instituições, modelos, normas e convenções moldavam o posicionamento das pessoas

na construção dos discursos. Já o *tempo vivido* é marcado pela trajetória de socialização entre as pessoas, uma vivência que ressignifica as práticas discursivas como fonte de saber. O *tempo curto* é o período dialógico propriamente dito, quando ocorre a experiência de interação em que as pessoas são convocadas para dar sentido às situações (M. J. P. Spink, 2010; M. J. P. Spink; Medrado, 2013; Brigagão, Nascimento, Tavanti, Piani; Figueiredo, 2014).

O fato é que as concepções oriundas de tempos remotos e atuais são muito imbricadas quando narramos algo. Alguns autores, como Fernand Braudel ou Mikhail Bakhtin, exploram essa cronologia da fala (M. J. P. Spink; Medrado, 2013). Assim, para a proposta de estudo da produção de sentidos a partir das práticas discursivas, embora se estabeleça uma distinção dos tempos em nível teórico, como exposto no parágrafo anterior, na prática, o diálogo carrega uma heterogeneidade muito marcante, que compõe a performance da comunicação, o que significa que haverá convergências e divergências no constante uso da linguagem.

Então, a produção de sentidos exprime, continuamente, o investimento desses três tempos, seja quando as pessoas trazem práticas discursivas de fontes como o saber religioso e o científico ou de conhecimentos e tradições do senso comum, investidas pelo tempo longo; seja quando traduzem suas memórias em forma de projeções e de laços afetivos, ao se socializar, simbolizado pelo tempo vívido; seja quando interagem, construindo uma dinâmica que vivencia as vozes acionadas pela memória cultural ou memória afetiva, revelando o tempo curto (M. J. P. Spink; P. K. Spink, 2017). Desse modo, há um caráter bem mais subjetivo do que cronológico na noção de tempo, algo que ocorre na prática discursiva resultante das trocas cotidianas.

No decorrer desses tempos, o funcionamento da linguagem é compreendido como o oposto da neutralidade, avesso à tradição positivista, porque, no modelo positivista, a ciência é a verdade, e na perspectiva discursiva, na compreensão e na explicação dos fenômenos, é valorizado um saber que existe na linguagem prática, ideológica, moral e cultural das pessoas. Logo, se as pessoas são produtoras de uma relativa “verdade”, esses repertórios interpretativos destacam o caráter prático e central da linguagem e exercem uma função contextual na construção de uma retórica (Oliveira Filho, 2013).

A expressão "verdade" merece realce em função de toda a controvérsia que lhe é inerente, pois o que é fato, para um, é apenas uma interpretação possível para outro, assim como discursos sobre a beleza de certos ornamentos (o relógio, arcos, flechas, tacapes, bordunas, cocares e flauta) exemplificada na história do pastor com os índios do Xingu, relatada no início deste capítulo. Silva



(2016) discorre sobre essa relatividade e propõe um contínuo estranhamento e indagação desses modelos de “verdades”. Para o autor, isso se alinha a concepções pós-modernas, tendo em vista que é combatida a representação do conhecimento científico como sendo absoluto e neutro, ou seja, como uma única via de alcançar a “verdade”, sem que haja interferência das relações sócio-históricas.

Segundo o autor citado, para a proposta da produção de sentidos, importa saber o lugar de onde o sujeito fala, para quem se dirige, como fala e o que deseja produzir com esse ou aquele discurso, localizando de maneira muito específica os enredos que a linguagem incorpora. Então, os discursos produzidos não se expressam em moldes naturalizantes, mas na interação entre as pessoas que, ao falar ou calar sobre determinado tema, estão se posicionando continuamente. Essa performance se opõe a certa atitude passiva, quando as correntes representacionistas tendem a ver o ser humano como reprodutor de uma realidade.

Destarte, é relevante destacar o caráter mutável da linguagem, que se remodela em cada situação em que se aplica e extrapola seu valor meramente semântico, conforme referem M. J. P. Spink e Menegon (2013). No âmbito da pesquisa acadêmica, uma linguagem tem seu esboço singular para atribuir um sentido ao mundo, construindo os repertórios de acordo com a natureza, o poder, a alienação, a consciência, o inconsciente, o gênero, entre outros marcadores.

Contudo, vivemos num mundo social que tem uma história. Os repertórios interpretativos que nos servem de referência foram histórica e culturalmente constituídos. Trabalhar no nível da produção de sentido implica retomar também a linha da história, de modo a entender a construção social dos conceitos que utilizamos no *métier* cotidiano de dar sentido ao mundo. (M. J. P. Spink; Menegon, 2013, p. 29).

Portanto, se tudo é mutável, convém entender o que propicia essa mudança e é nesse sentido que M. J. P. Spink e P. K. Spink (2017) refletem sobre a noção de lugar. Esse termo que, a princípio, pode remontar a um referencial geográfico, é apropriado pela Psicologia Social como um espaço que faz acontecer o cotidiano, a vida e a ação. Oriundo do latim *quot dies*, a palavra cotidiano ganha uma conotação simbólica, isto é, passa a ser, ao mesmo tempo, um dia e todos os dias. Consequentemente, é contemplado na temporalidade histórica sobre tempo curto, tempo longo e tempo vivido. Embora seja parte das possibilidades, o cotidiano não precisa ser associado a rotina, pois o lugar pode propiciar um fluxo instantâneo, duradouro, transformador ou repetitivo.

A perspectiva de fazer pesquisa apresentada por Mary Jane baseia-se no estudo do saber cotidiano, focalizando as maneiras pelas quais as pessoas produzem sentidos e posicionam-se nas relações sociais, no lócus onde se produzem e se significam determinadas práticas e com a preocupação de desnaturalizar as construções do cotidiano. Ao não considerá-las como objetos naturais e permanentes – e sim como objetos construídos e transitivos – posiciona-se de forma precisa e específica para desenvolver métodos próprios de investigação da ação do pesquisador na sua relação com o chamado campo de pesquisa. (Guareschi, 2010, p. V).

O lugar pode ser designado em termos de materialidades ou sociabilidades, espécie de virada para o mundo vivido influenciada por diversos personagens.

Tal como a virada para o cotidiano, a virada para o lugar veio por meio de autores diversos – muitos provenientes da geografia – e de posições várias: marxista, estruturalista, quantitativa, qualitativa, humanista ou objetivista (M. J. P. Spink; P. K. Spink, 2017, p. 195).

É fundamental essa explicação, porque alguns autores do campo da Assistência Social distinguem lugar de território, especialmente Dirce Koga, citada por M. J. P. Spink e P. K. Spink (2017), que se refere a "território vivido" como um elemento fortemente relacional na dinâmica cotidiana de populações.

Como afirma Ribeiro (2011), as práticas discursivas são possibilidades de uma retórica dedicada a tecer sentidos no cotidiano, o que implica rejeitar a linguagem como um mero reflexo ou descrição das situações. Posto isso, a análise pode captar inúmeras intenções presentes nas falas, desde um discurso ofensivo, que se refuta com descrições alternativas e/ou opostas, ou um discurso defensivo, quando se resiste a refutações.

Neste momento, cabe elucidar uma distinção importante no que se refere a discurso e a práticas discursivas: enquanto o discurso imprime certa regularidade institucionalizada, as práticas discursivas se referem à linguagem em uso (M. J. P. Spink; Medrado, 2013). Assim sendo, o discurso sobre a loucura, por exemplo, com o passar dos séculos, seguiu uma tendência biomédica.

Méllo (2007) concorda com o raciocínio desenvolvido, ao postular que a fala não deve ser considerada como um dispositivo apenas em seu aspecto formal, mas também como um modo de instrumentalizar o ser no mundo, de engendrar ações, instituições e afetos e articular relações de poder e de transformação social, assim como na perspectiva foucaultiana, em que a funcionalidade

dos enunciados se problematiza a partir do local subjetivo que o seu pronunciante ocupa, das regras e dos interesses para quem é direcionado no cerne da Biopolítica.

Então, não há uma completa ingenuidade nas palavras, mas, quando produzimos sentidos, construímos versões do tema ao qual estamos nos referindo, que terão mais coerência a partir do lugar de fala no qual está inserido.

Vivemos num mundo de sentidos conflitantes e contraditórios. Lidamos não com o sentido dado pelo significado de uma palavra ou conceito que espelham o mundo real, mas com sentidos múltiplos, o que nos leva à escolha de versões entre as múltiplas existentes. Lidamos com uma realidade polissêmica e discursiva, inseparável da pessoa que a conhece. (Pinheiro, 2013, p. 166).

Nesse contexto, as pessoas elegem uma versão com mais ou menos coerência e se posicionam e aos outros no mundo. Concordando com isso, M. J. P. Spink (2010) assevera que a noção de posicionamento é muito importante para a proposta da produção de sentidos, pois, com frequência, as pessoas emitem suas práticas discursivas diante dos outros. Os posicionamentos não se confundem com a identidade, já que ela é mais fixa/estrutural, e as posições são flexíveis. Isso significa que posicionar-se é dar uma resposta compatível com as narrativas que nos confrontam no dia a dia. “O posicionamento, como é por nós utilizado, é o processo discursivo no qual os *selves* são situados nas conversações como participantes observáveis e subjetivamente coerentes em termos das linhas de história conjuntamente produzidas” (M. J. P. Spink, 2010, pp. 36-37).

Discorrendo sobre a complexidade de se comunicar, Langenhove e Harré (1999) apontam três níveis de fenômenos sociais que precisam ser considerados ao se posicionar: pessoas, instituições e sociedade. Isso implica o fato que o enredo traçado em um discurso extrapola o valor semântico de vocabulários, pois expressa poder, carisma, papéis, moral, performance e intencionalidade.

#### 4 PERCURSO METODOLÓGICO

A metodologia proposta inicialmente no projeto de pesquisa, como já ressaltado na Introdução, consistia em realizar entrevistas de história de vida com usuários do CAPS III de Campina Grande-PB, ou seja, foi esboçado um desenho de pesquisa de campo em que, presencialmente, as entrevistas seriam realizadas com os usuários individualmente e seriam somadas com os registros feitos em diários de campo que consolidariam uma imersão investigativa e pessoal com as pessoas daquele serviço substitutivo.

A vida tem suas contingências que nos surpreendem, provocam angústias e nos mobilizam a reinventar as experiências singulares e coletivas. Sendo assim, o coronavírus (Sars-Cov-2) começou a se propagar no início de 2020, alcançou uma proporção pandêmica e ceifou milhões de vidas, o que nos obrigou a adotar novas posturas para conviver com a ameaça de contágio do vírus, e resultou na suspensão de atividades coletivas no CAPS III. De toda forma, o projeto de pesquisa proposto foi qualificado em junho de 2020, em formato virtual, ainda considerando a metodologia proposta inicialmente. A esperança era de que, em curto prazo, fosse descoberta uma vacina como antídoto para o vírus e, com a consequente imunização da população, a pesquisa de campo no CAPS III seria realizada, observando todas as medidas de cuidado cabíveis.

A descoberta e a aplicação da vacinação aconteceram tardiamente e em um ritmo lento. Tal momento delicado nos forçou a repensar e deliberar a necessidade de readequar para uma pesquisa documental, através da análise de vídeos. A escolha por essas produções se baseou no seguinte critério: os vídeos deveriam conter relatos de usuários de saúde mental, independentemente do contexto sociocultural em que vivem. Portanto, participaram da pesquisa pessoas entrevistadas por terceiros que relataram, em três vídeos (“Estamira”, “I am not a monster: schizophrenia” e “A loucura entre nós”), de domínio público sua experiência com o sofrimento psíquico.

No que se refere à pesquisa documental, sabe-se que ela explora os conceitos e os desdobramentos de um documento, qualquer que seja seu gênero. Em se tratando da terminologia mais apropriada, carrega várias expressões que podem ser utilizadas: técnica, pesquisa, método ou análise. Por outro lado, há uma concordância de que sempre se estarão extraindo e examinando informações de um documento para que, posteriormente, sejam feitas inferências sobre ele (Fávero; Centenaro, 2019).

Outra compreensão comum nos estudos qualitativos que se detém na pesquisa documental consiste em se referir a ela como algo que irá agregar conhecimentos provenientes de uma fonte que não recebeu tratamento analítico, criando novas formas ou reexames de compreensão de um documento (Kripka, Scheller; Bonotto, 2015).

Mas, o que são documentos? De acordo com Fávero e Centenaro (2019), são registros fundamentais dos processos sociais que servirão na posteridade para uma reconstrução histórica. Alguns exemplos são papéis oficiais, textos escritos, documentos iconográficos, cinematográficos, objetos do cotidiano, elementos folclóricos, músicas etc. Também podem ser classificados como públicos e privados. Como esses registros foram feitos por uma pessoa, pode ser interessante que o pesquisador saiba para quem ou para que foi documentado.

Os vídeo-documentários são um exemplo de arquivos privados, porque trazem uma narrativa contida em um documento pessoal. Kripka, Scheller e Bonotto (2015) referem que algo interessante de se perceber é que os documentos são meios de comunicação, pois foram elaborados por uma pessoa, em um tempo e espaço, com determinada intencionalidade, por isso é necessário contextualizar a informação. Ao considerar o contexto, a utilização e a função do documento, uma pesquisa pode selecionar os mais autênticos e representativos para responder a determinada problemática, contemplar os objetivos e ter como subsídio o apoio teórico.

Por outro lado, algumas limitações quanto à realização de pesquisas documentais podem existir, como o fato de algum fragmento do documento estar danificado, a falta de um formato padrão dos documentos ou o documento não ter sido formulado com o propósito de fornecer dados para determinada investigação (Kripka, Scheller; Bonotto, 2015). Os documentos aqui propostos têm como limitação a falta de um padrão na entrevista, determinadas falas são pronunciadas de maneira ininteligível e, em alguns momentos, o áudio do documentário Estamira fica mudo.

#### **4.1 Participantes e instrumentos**

Os protagonistas dos vídeos são pessoas que já foram entrevistadas por terceiros e relataram, em vídeos no formato audiovisual, sua experiência com o sofrimento psíquico, como já salientado. Foram consideradas participantes da pesquisa todas as pessoas presentes nos vídeos que expressaram, em primeira pessoa, um relato sobre o sofrimento psíquico. Abaixo, seguem

informações obtidas das impressões causadas quando assistimos aos vídeos e os dados contidos neles.

O vídeo ‘Estamira’, um documentário de 2005 (duração de 1 hora, 54 minutos e 11 segundos) dirigido por Marcos Prado, é protagonizado por Estamira Gomes de Souza, senhora negra, que vivia como catadora de material reciclável no maior aterro sanitário da América Latina, o Jardim Gramacho, em Duque de Caxias-RJ, aparenta ter 60 anos e aparece no vídeo com os cabelos desarrumados, roupas velhas e sujas. Estamira é mãe de três filhos e mora sozinha.

A conferência ‘I am not a monster: schizophrenia’, proferida em 2017 por Cecília McGough, foi produzida no TEDx talk (duração de 14 minutos e 40 segundos), em um evento sediado na Pensilvânia-EUA. Trata-se de uma conferência legendada em língua portuguesa, traduzida por Carl Lenny Homer e revisada por Maricene Crus. Cecília é uma mulher americana, fundadora da *Organização Students With Psychosis*, conferencista no auditório da *University Park* (Pensilvânia-EUA), branca, com cabelo acima da orelha, com, aproximadamente, 30 anos, usa brincos pequenos, vestido cinza, blazer preto, salto alto preto, microfone tipo headset discreto e segura, com a mão direita, o controle de slides.

O vídeo ‘A loucura entre nós’, documentário de 2016 (duração de 1 hora, 16 minutos e 05 segundos) dirigido por Fernanda Fontes Vareille, é protagonizado por usuários, seus familiares e profissionais do Hospital Psiquiátrico Juliano Moreira, em Salvador-BA. Nesse vídeo-documentário, destacamos os seguintes participantes:

Djavan (pseudônimo)<sup>2</sup>, um homem de, aproximadamente, 35 anos de idade, negro, com semblante leve e fala tranquila, tem sotaque soteropolitano e aparece sentado fazendo artesanato, no interior do Hospital Psiquiátrico Juliano Moreira; veste uma camisa em que está escrito “Projeto Cria Mundo”.

Nadir é uma mulher branca, que aparenta ter, aproximadamente, 50 anos, sempre muito inquieta e querendo tomar a frente das filmagens; fala em tom emocionado e aparece andando sempre nos corredores do Hospital Psiquiátrico Juliano Moreira.

Elisângela é mulher de aproximadamente 40 anos, parda, soteropolitana, pobre, favelada, fumante, aparece em algumas imagens esmorecida pela medicação, mora na casa da mãe e suas cenas transitam entre momentos no hospital psiquiátrico ou na sua residência, eventualmente ela usa uma camisa em que está escrito Projeto Cria Mundo.

---

<sup>2</sup> Pseudônimo atribuído, assim como “Cartola” adiante, pois não conseguimos identificar o nome dessas pessoas.

Leonor aparenta ter aproximadamente 50 anos e ser favorecida economicamente, ela é branca, soteropolitana, usa sempre roupas novas no tom preto, ou vestido na cor caqui com cinto, ou vestido azul com lenço, relógios, pulseiras, brincos, anéis, colares, aparenta se identificar muito com a prática de artesanato e de pintura em telas. Fumante, sua fala é apressada e com um tom rouco, mas sempre com um ar de riso sutil que aparenta contentamento. Aparece no vídeo transitando no hospital, e na sua residência. Pouco antes de encerrar o documentário surge uma imagem dela passeando pela beira mar e um texto indicando o seu suicídio: “Em uma noite de abril de 2014, um mês após o término dessa filmagem, Leonor decidiu saltar para a morte”.

Cartola (pseudônimo) é um homem de, aproximadamente, 35 anos, pardo, sorridente, que está sentado em uma sala no interior do Hospital Psiquiátrico Juliano Moreira, onde aparece segurando um pincel, pois estava realizando atividade de pintura em papel, assim como outras pessoas no mesmo local.

## **4.2 Análise dos dados**

O conteúdo dos vídeos foi submetido à análise, de acordo com a proposta dos mapas dialógicos (inicialmente chamados de mapas de associações de ideias) (M. J. P. Spink, 2010; M. J. P. Spink; Lima, 2013; Nascimento, Tavanti; Pereira, 2014). Nesses mapas, são explorados enunciados que compõem categorias semânticas que se distinguem das demais. Conforme aponta os referidos autores, esse recurso organiza o conteúdo, inicialmente, de acordo com os objetivos da pesquisa, porém, depois de constatar os sentidos construídos pelas pessoas, essas categorias vão se redefinindo e se aproximando do que é relatado.

Na prática, isso é feito por meio da transcrição sequencial, que é o primeiro passo para identificar quem fala e sobre o que versa, e da transcrição integral, que preserva, literalmente, todas as falas e expressões reveladas. Desse modo, o conteúdo de todos os vídeos foi transcrito na íntegra.

Essas ferramentas fornecem subsídios para se construir uma tabela inserida pelo processador de texto “Microsoft Word”, na qual se pode visualizar o cruzamento de linhas que identificam os participantes com as colunas que apresentam as categorias/temas (M. J. P. Spink, 2010; Nascimento, Tavanti; Pereira, 2014). (Estrutura no Apêndice A).

### 4.3 Aspectos éticos

Gergen (2006) explora a dissolução de limites da Ética no Pós-Modernismo exemplificando que noções de arquitetura, gêneros musicais, tradições culinárias, escolas artísticas, dentre outras nuances situadas na contemporaneidade, não são tão puras. Para o autor, a premissa fundamental, na atualidade, é de que os fatos carregam um caráter híbrido, com fronteiras imprecisas e propositalmente confundíveis, que se opõem a um tempo moderno, em que se conformava estudar o ser humano admitindo uma compreensão fragmentária de caráter unilateral.

M. J. P. Spink (2000) argumenta, ainda, que, para compreender a noção de Ética, precisamos nos informar sobre o que era reconhecido em uma época e sociedade. Isto é, apenas em meio a determinado tecido social é que temos o parâmetro intersubjetivo das prescrições dialogadas sobre o que é certo ou errado. Logo, conforme varia a localização de um fato, também poderá variar a percepção do que seja ético. Entretanto, em outra obra, a autora traz uma objeção comum a esse relativismo: “Um dos medos é que o relativismo passe a ser licença para toda e qualquer coisa. Já que tudo é construído, tudo vale. Há também o medo do revisionismo histórico” (M. J. P. Spink, 2010, p. 17).

No primeiro desenho da pesquisa, quando nossa proposta era de analisar as histórias de vida dos usuários do CAPS III, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), conforme a Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), e foi avaliado e aprovado por meio de parecer consubstanciado.

Posteriormente, em decorrência dos motivos já explicitados no início deste capítulo, foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-UEPB), através da Plataforma Brasil, uma emenda que propunha readequação metodológica compatível com o momento pandêmico, sobretudo no que se refere aos participantes, instrumentos e distensão do cronograma. Tais modificações foram aprovadas através do parecer consubstanciado que segue no anexo A.



## 5 DOS SENTIDOS PRODUZIDOS

Este capítulo se propõe a analisar e discutir sobre os sentidos produzidos pelas pessoas em sofrimento psíquico, nos vídeos “Estamira”, “I am not a monster: schizophrenia” e “A loucura entre nós”, tendo como referencial os objetivos da pesquisa – analisar os sentidos produzidos sobre o sofrimento psíquico em relatos de usuários de Saúde Mental; analisar como se constroem, nas narrativas desses sujeitos, o surgimento e a permanência do sofrimento psíquico; identificar os discursos (religioso, asilar, reformista etc.) que referenciam o sentido que eles atribuem ao sofrimento; e identificar o posicionamento dessas pessoas acerca do diagnóstico elaborado pelo saber médico. Cabe destacar que prevalece nos vídeos o formato não estruturado das entrevistas, pois, em nenhum momento, escutam-se indagações de entrevistador.

### 5.1 Análise dos relatos

Na maioria dos relatos, o sofrimento psíquico é nomeado com expressões que remetem ao saber médico-psiquiátrico, isto é, nomenclaturas técnicas, taxonomias de manuais, como a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID) ou descrição de sintomas em contrapartida a outros saberes.

**Cecilia:** Mas o que é esquizofrenia? É importante pensar na esquizofrenia como um guarda-chuva de diagnósticos. A NAMI [National Alliance on Mental Illness] mostra diferentes sintomas como forma de diagnosticar a esquizofrenia, tais como delírios e alucinações, que são as características principais da doença. É muito importante saber que uma pessoa pode ter esquizofrenia e não ter delírios e nem alucinações. A história de cada pessoa com esquizofrenia é única.

[...]

há um desequilíbrio químico dentro da minha cabeça (**Conferência: I am not a monster: schizophrenia**).

**Djavan:** Eu tenho esquizofrenia. É... [pausa] Acho que é F G vinte ponto zero. (**Documentário: A loucura entre nós**).

**Elisângela:** A senhora sabe que eu só tenho distúrbio bipolar. Eu só tenho distúrbio bipolar eu sou uma pessoa que pode viver na sociedade como qualquer um outro, como qualquer um outro, eu não necessitava tá aqui nesse módulo C não, aqui é o módulo das mais perigosas [Fala se dirigindo a sua mãe que lhe visita por trás de alambrado do hospital]

[...]

dessa vez agora eu tive um transtorno que foi um transtorno não foi nem de humor, num foi nem transtorno bipolar, eu tive uma crise nervosa

[...]

É eu queria no lugar de, de, eu sinto falta do fluoxetina porque o trabalho me estressa demais as vezes eu fico com medo de entrar em depressão. (**Documentário: A loucura entre nós**).

**Leonor:** Eu num fiquei em pânico, não fiquei desesperada, num sei tá acontecendo algum fenômeno em mim, sabe? Que eu tô muito assim muito mais tranquila que na verdade eu sou uma pessoa tranquila, eu detesto ser estressada, entendeu!? Embora seja uma pessoa às vezes nervosa impaciente as vezes estressada, mas eu não gosto de ser assim, entende? Minha natureza é de tranquilidade savo...sabe? De paz, eu gosto de paz, de tranquilidade, eu gosto de calma, não gosto de gente agitada, sabe? Do meu lado eu num gosto. [fala enquanto firma bem e com cuidado sua pequena planta no solo]

[...]

Eu não me considero louca, mas la sociedad me tacho loca, e como lo te disse jo soy un subproduto lixo de la sociedad, jo soy loca, para la sociedad jo soy loca. Jo soy bipolar, endendes bipolar? Hora está em rima hora essa en baho, nem siempre essa en meio, jo tomo medicacion e faço question de tomar medicacion para manter meio, la media, la media, nem a rima nem abarro, en media en meio, comprendes Fernanda [diretora do documentário]? Claro que jo não voy sair a las ruas de máscara porque vão me aprisionar naturalmente, então jo tenho cuidado com mi vida, sabe!?

[...]

Dois mil e treze eu exercitei algumas coisas, mas mais assim associadas ao meu momento de crise depressiva, entende?

[...]

acho que é coisa de minha paranoia mesmo, sei não

[...]

eu acho que se eu não andar muito na linha, se eu vacilar, é como se as pessoas soubessem dessa minha fragilidade psicológica [...] (**Documentário: A loucura entre nós**).

Para explicar a esquizofrenia, a fala de Cecília se baseia na NAMI, sigla da *National Alliance on Mental Illness*, uma organização não governamental dos Estados Unidos composta de familiares, psicólogos, psiquiatras, assistentes sociais, enfermeiros, farmacêuticos e voluntários dedicados a proporcionar bem-estar às pessoas com sofrimento psíquico<sup>3</sup>. Diante da terminologia esquizofrenia e da própria citação do termo diagnóstico, quando Cecília diz que “É importante pensar na esquizofrenia como um guarda-chuva de diagnósticos”, vão sendo apresentadas pistas de um discurso médico como fonte de saber, demonstrando a familiaridade dela com esse vocabulário.

Em seguida, Cecília disse: “É muito importante saber que uma pessoa pode ter esquizofrenia e não ter delírios e nem alucinações. A história de cada pessoa com esquizofrenia é única”. Essa é uma argumentação que sugere uma concepção da esquizofrenia diferenciada da

<sup>3</sup> Disponível em <https://nami.org/About-NAMI/>, recuperado em 15 de novembro, 2021.

Biomédica, uma vez que, no Compêndio Médico CID10 (Código F20), a esquizofrenia é caracterizada essencialmente por manifestações delirantes ou vozes alucinatórias:

Os fenômenos psicopatológicos mais importantes incluem o eco do pensamento, a imposição ou o roubo do pensamento, a divulgação do pensamento, a percepção delirante, ideias delirantes de controle, de influência ou de passividade, vozes alucinatórias que comentam ou discutem com o paciente na terceira pessoa, transtornos do pensamento e sintomas negativos. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2014, p. 317).

Entretanto, para Cecília, não haveria uma padronização, pois “uma pessoa pode ter esquizofrenia e não ter delírios nem alucinações”. Para ela, cada pessoa vivencia o sofrimento de forma particular. Entretanto, finaliza afirmando que tem um “desequilíbrio químico”. Esse desequilíbrio não ocorre em qualquer lugar, mas “dentro de sua cabeça”, ou seja, em seu cérebro, aparato de visão organicista responsável por comportamentos, o que reforça, mais uma vez, o apoio em um saber biomédico.

Djavan também encontra no saber médico a referência para sua fala. Ele é direto, ao indicar que tem esquizofrenia e localiza, com precisão, a classificação FG20.0, mas sem descrevê-la. Todavia, esse é um dos códigos distribuídos no Manual de Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. O compêndio, geralmente utilizado pela categoria médica, tem 12 capítulos, sendo que o capítulo V é referente a transtornos mentais e a comportamentais e subdividido em psicopatologias que variam do F00 ao F99 (Organização Mundial da Saúde, 1997).

Já Elisângela, em três momentos distintos, fala sempre em termos de diagnóstico médico sobre sua maneira de vivenciar o sofrimento psíquico. No entanto, inicia sua fala afirmando:

Eu só tenho distúrbio bipolar. Eu só tenho distúrbio bipolar, eu sou uma pessoa que pode viver na sociedade como qualquer um outro, como qualquer um outro, eu não necessitava tá aqui nesse módulo C não, aqui é o módulo das mais perigosas.

Desse modo, ela nega a necessidade de estar naquele módulo do hospital e afasta qualquer possibilidade de ser considerada incapaz de viver em sociedade, afinal, ela “só” tem distúrbio bipolar. A alusão à crise nervosa, quando afirma: “eu tive um transtorno que foi um transtorno não foi nem de humor, nem foi nem transtorno bipolar, eu tive uma crise nervosa”, ganha um realce de

algo ocasional, uma eventualidade que é passageira e, conseqüentemente, produz efeitos de uma descrição mais branda acerca do sofrimento psíquico.

Em sua fala, Leonor, inicialmente, repete quatro vezes que é tranquila, porém, algumas circunstâncias que ela não especifica podem surpreendê-la e ela diz que fica “às vezes nervosa impaciente, às vezes estressada”. Então, a partir do argumento construído, o sofrimento psíquico vai sendo descrito sem início específico. Cabe observar que, nesse trecho, Leonor se afasta de qualquer hipótese diagnóstica, pois sequer menciona alguma classificação, admitindo tão somente que “fenômenos” ocorrem com ela.

Já no segundo trecho, a fala de Leonor traz um enunciado bastante paradoxal, pois, ao mesmo tempo em que se afasta da loucura, diz que tem algum transtorno, termo utilizado pelo discurso médico. Ao combinar o idioma espanhol com o português, assim como seus trajes carnavalescos no momento em que fala, indica alegria e entendimento, como alguém que se considera sã, mas reconhece que, para a sociedade, é considerada louca, portadora de transtorno bipolar: “Jo soy loca, para la sociedad jo soy loca. Jo soy bipolar”. Para ela, o uso da medicação regula a oscilação entre os dois polos de humor, e esse uso é fundamental para que não seja excluída ao vivenciar seu modo de ser que, às vezes, é peculiar. O uso do termo ‘bipolaridade’, provavelmente por ser uma terminologia de cunho psiquiátrico, suaviza o estigma de loucura.

Leonor também utiliza três diagnósticos para indicar o tipo de sofrimento que vivencia, uma linguagem de origem médica, por recorrer a nomenclaturas técnicas de manuais. Ela se apropria, de forma imperativa, de sua condição, dizendo na primeira pessoa: “jo soy bipolar”, “meu momento de crise depressiva”, “minha paranoia”, “minha fragilidade psicológica”, corroborando o sentido psiquiátrico ao mesmo tempo em que se posiciona com astúcia ao discernir julgamentos e punições que sofreria caso saísse com adereços inoportunos: “Claro que jo não voy sair a las ruas de máscara porque vão me aprisionar naturalmente, então jo tenho cuidado com mi vida, sabe!?”. Essa fala também sugere seu zelo pela vida e que ela cuida de sua existência e da forma como é vista.

É importante ressaltar que alguns entrevistados dialogam com o discurso médico psiquiátrico, mas, ao mesmo tempo, posicionam-se de maneira ativa, construindo outros discursos sobre a loucura, como se observa nos relatos a seguir:

**Estamira:** Bem, eu sou perturbada mais lucido e sei distinguir a perturbação entendeu como é que é? E a coitada da minha mãe não conseguia, mas também pudera eu sou Estamira,

num é? Se eu não der conta de distinguir a perturbação eu não sou Estamira eu num era, num seria, e ainda teve [tosse]

[...]

A doutora me perguntou se eu ainda tava escutando as voz que eu escutava, e eu escuto os astros, é, as coisas os pressentimento das coisas e eu tem hora que eu fico pensando como é que eu sou lúcida. Estamira sem carne, Estamira invisível vê, vê e sente as coisas tudinho, por isso que eu sou Estamira mesmo, né? Tem vez que eu fico pensando, mas eu não sou um robô sanguino, eu não sou um robô

[...]

Sou louca, sou doida, sou maluca, sou azougada, sou essas quatro coisas, mas, porém consciente, lúcido e ciente, sentimentalmente, só comecei revelar em oitenta e seis

[...]

*Atesto que Estamira Gomes de Sousa portadora de quadro é, psicótica de evolução é...é crônica alucinações auditiva, ideias de influen-influencias discurso místico, deverá permanecer em tratamento psiquiátrico continuando-continuando.* [Estamira lê o que está escrito em um laudo]. Bem, a deficiência mental eu acho que tem é quem é imprestável né!? Ora, quem tem problema mental [...] Bem, perturbação também é né, perturbação inda que tive pensando, perturbação também é, mas não é deficiência, perturbação é perturbação, qualquer um pode ficar perturbado. (**Documentário: Estamira**).

**Cecília:** Parece que tive esquizofrenia toda a minha vida. Mas ela se tornou evidente no meu primeiro ano do ensino médio e, então, foi  *aumentando* [ênfase] na faculdade. Em fevereiro de 2014, meu primeiro ano de faculdade, minha vida mudou, quando tentei me suicidar. Por quê? Minha vida se tornou um pesadelo enquanto estava acordada.

[...]

Comecei a ver, ouvir, e sentir coisas que não existiam [...] Estou muito bem, fingindo que não estou vendo o que vejo, ou simplesmente ignoro. Mas tenho gatilhos, como a cor vermelha que desperta isso em mim.

[...]

Agora, tornei-me defensora da saúde mental. Não vou me deixar levar pela autopiedade por causa do meu diagnóstico. Ao contrário, quero usá-lo como um denominador comum, para ajudar outras pessoas que têm esquizofrenia. E não vou descansar até que todas as pessoas com esquizofrenia no mundo deixem de ter medo de dizer: “Eu tenho esquizofrenia”

[...]

Precisamos mudar a cara da esquizofrenia, porque sua imagem atual está errada. Nunca permita que alguém diga que você não pode ter uma doença mental e que também não pode ser mentalmente forte. Você é forte, corajoso, é um guerreiro

[...]

eu tenho esquizofrenia e não sou um monstro (**Conferência: I am not a monster: schizophrenia**).

**Djavan:** Ser louco, para mim, é não ter domínio psicológico. Não ter capacidade psicológica de se manter, de se ajudar e de ajudar os outros. [pausa] Eu não me acho doente mental. Se parar um pouquinho para analisar eu tenho até medo de doente mental, sabia? Tenho até medo. Mas como eu tenho medo, alguns também podem ter medo de mim, né!? [fala enquanto prossegue fazendo artesanato].

[...]

Eu sei das minhas limitações, mas eu sei também onde eu posso chegar. Muitos num acreditam [quase ininteligível] no meu poten...no meu potencial. Eu não posso trabalhar sob pressão. Também não me faz bem trabalhar sob pressão. Eu gosto mesmo é de ficar à vontade. Meu pai é a mesma coisa, meu pai também falou fale-falo-falou que ele não pode trabalhar sob pressão. Faz mal. E é uma coisa desagradável trabalhar sob pressão. “Faça isso! Chega assim, num sei o quê, num sei o quê” [fala gesticulando com a mão esquerda como se interpretasse os ditos]. Um patrão cobrando muito a pessoa, eu num faço nada. Assim tem que me deixar a vontade. Dizem que eu, que eu sou, sou lento, mas eu não sou lento. Eu tenho o meu tempo, sabe? Eu tenho o meu tempo pra fazer aquilo que me agrada **(Documentário: A loucura entre nós)**.

Apesar de ser "perturbada", como se autodeclara, Estamira também se declara lúcida e tem capacidade de discernir: “Se eu não der conta de distinguir a perturbação, eu não sou Estamira, eu num era, num seria”. Destarte o efeito do sentido desse relato é ocupar um patamar diferente, ressignificando o que é negligenciado pelo enfoque asilar-manicomial.

Estamira também pondera sobre as vozes que ela escuta e, nesse instante, as relações de poder são invertidas, e seu posicionamento ganha protagonismo, pois, diante da pergunta da doutora, ela considera ouvir as vozes como constitutiva de sua pessoa e questiona sua lucidez: “eu escuto os astros, é, as coisas os pressentimento das coisas e eu tem hora que eu fico pensando como é que eu sou lúcida”.

Inclusive diz que não é um “robô sanguino”, como se reafirmasse sua singularidade em oposição a comportamentos padronizados, automáticos. Ou seja, no corpo em que habita, ela é um sujeito que descreve sua experiência e vai além de um mero reflexo ou descrição das situações, com identidade singular e sua respectiva forma de se conectar com um sagrado que, em seu entendimento, são os astros.

No decorrer de sua fala, embora Estamira aceite ser chamada de “louca, doida, maluca, azougada”, acrescenta: “mas, porém consciente, lúcida, ciente e sentimentalmente”. Esse antagonismo remete à ideia de que a loucura não é apenas “desrazão”, ideia reforçada por duas conjunções adversativas – “mas”, “porém”. Além disso, mais adiante, Estamira continua refutando esses atributos com descrições alternativas que são sempre positivas e inerentes ao ser humano, ou seja, “louca”, porém “consciente”, “doida”, porém “lúcida”, “maluca”, porém “ciente”, “azougada”, porém “sentimentalmente”.

No último fragmento, quando lê seu laudo médico, Estamira reflete sobre julgamentos que não estão contidos naquele documento, mas que são importantes de se trazer em pauta. O primeiro deles é a “deficiência mental”. Ela recusa o uso dessa terminologia por aludir a algo que seja

inválido: “eu acho que tem é quem é imprestável né!?”, indicando não se enquadrar nesse grupo e, portanto, reafirmando ser alguém útil, capaz. Já a perturbação, para ela, teria caráter corriqueiro, o que preservaria sua posição de alguém útil.

Cecília, nos trechos da Conferência *I am not a monster: schizophrenia*, apesar de carregar incerteza quando recorre ao verbo “parece”, prossegue dizendo “tive esquizofrenia toda a minha vida”. Assim, o relato é, antes de qualquer coisa, sobre a própria experiência do tempo vívido, pois denota o sofrimento psíquico como evidente desde o início de sua trajetória de socialização. Todavia, o agravo disso vem junto com sua carreira nos estudos, momento em que ela chega a tentar pôr fim na própria vida para se proteger do que lhe trazia sensações aflitivas: “Minha vida se tornou um pesadelo enquanto estava acordada”.

Cecília enfatiza que vai “aumentando”, portanto ela não teve os sintomas da esquizofrenia repentinamente, mas indica o processo gradativo no qual se intensificaram os delírios ou alucinações. Um apontamento pertinente para compreender como as pessoas podem vivenciar, de maneira crescente, o sofrimento e continuar a se reafirmar na perspectiva de que é alguém capaz apesar de tais vivências.

Negando os gatilhos para si, Cecília consegue viver bem, porém, mesmo se apoiando nessa negação, ela sabe que existe uma sensibilidade peculiar para algo, mas que esse algo precisa ser cada vez mais evitado para se proteger. O sofrimento psíquico é explicado como um fenômeno necessário de ser driblado, uma estratégia que se constata na expressão “fingindo” que ela utiliza: “Estou muito bem, fingindo que não estou vendo o que vejo, ou simplesmente ignoro.” Tal estratégia é uma forma de enfrentamento diante da experiência de ouvir vozes, como propõe o Movimento Internacional de Ouvidores de Vozes, que será explicitado mais adiante na discussão.

Cecília também produz posicionamentos em que reage ao seu diagnóstico, quando se dispõe a sair de um lugar onde teriam pena dela mesma: “Não vou me deixar levar pela autopiedade por causa do meu diagnóstico”. Seu relato dá margem para se compreender a esquizofrenia como um fenômeno que é imprescindível ser reconsiderado, se necessário, por meio de frequentes tensões com sentidos depreciativos ou que se refira aos sujeitos como perigosos e inconvenientes. Essa revisão no conceito de loucura não apela por piedade, mas, pelo reconhecimento da dignidade, da humanização e da potência dessas pessoas.

Ela não questiona o que nomeia de “doença mental”, mas que, ainda que haja esse julgamento, os sujeitos precisam ser encorajados e assumir uma identidade de resistência, conforme

sugere ao usar os adjetivos “forte, corajoso, guerreiro” para demonstrar que é possível ir além de uma ideia de loucura que, ao longo dos séculos, foi posta em um lugar de passividade e silenciamento. Cecília, assim como Estamira, adota uma postura de legitimar seu diagnóstico, mas associado a uma constatação: “eu tenho esquizofrenia e não sou um monstro”.

Djavan também questiona e afasta de si o rótulo de louco, pois, embora conceda a entrevista no interior de um hospital psiquiátrico, ele não se acha aquele sujeito ausente de domínio psicológico ou, como diz “Eu não me acho doente mental”. Entretanto a contradição em seu discurso surge quando ele fala sobre certa periculosidade da loucura, pois afirma: “Se parar um pouquinho para analisar, eu tenho até medo de doente mental, sabia? Tenho até medo. Mas, como eu tenho medo, alguns também podem ter medo de mim, né!?”.

Em seguida, no relato de Djavan, o sofrimento psíquico também não o impede de enfatizar seu potencial, embora ele diga, de maneira quase ininteligível, e gaguejando: “Muitos num acreditam no meu poten...no meu potencial”, revelando certa insegurança de se colocar de maneira ativa. Apesar disso, ele procura legitimar a maneira de trabalhar e afirma que não pode trabalhar sob pressão, pois se torna mais produtivo quando fica à vontade: “Dizem que eu, que eu sou, sou lento, mas eu não sou lento. Eu tenho o meu tempo, sabe? Eu tenho o meu tempo pra fazer aquilo que me agrada”. Então, Djavan critica um tipo de funcionalidade que desrespeita seu ritmo e impõe aceleração.

Por outro lado, em alguns vídeos, há relatos que reforçam os sentidos comumente associados ao sofrimento psíquico pelo discurso médico asilar:

**Nadir:** O sofrimento dói, meu pai é doente mental morreu por nós, entregou a meu tio pra meu tio me criar e meu tio morreu de acidente, foi acabou com minha família e acabou com minha vida, eu sou estudante do segundo grau, professora e contadora. (**Documentário: A loucura entre nós**).

**Elisângela:** Cheirei muita cocaína, fumei maconha, misturei redbull com vodka, capeta, e aquele, aquela bebida coquetel, por isso tô assim [pausa].

[...]

Comecei a destruir tudo que tinha no meu quarto ai minha mãe pegou e me trouxe e me internou aqui onde estou agora nooo, no módulo C, tô la já tem mais de 12 dias, já tem mais de 12 dias e tô querendo ir embora, porque aqui não é lugar da gente ficar, é lugar pra gente se tratar.

[...]

A doença tem vários momentos críticos né!? Que num dá nem pra distinguir assim o porquê como e como ela começa, porque quando dou por mim eu já já fiz mil e uma loucuras, mas agora vou chamar por Deus vou ter força vou lutar pra não adoecer mais, tomar os meus remédios certinho, porquê num é brinquedo não viu, uma vida dessa num é brinquedo não,



a pessoa destrói tudo que tem, até as roupa, até as roupa toco fogo nas roupas. (pausa). Se tiver agressiva deixa amarrada, graças a Deus eu num fiquei um dia amarrada naquele módulo, fiz poucas amizades, mas fiz amizades, porque as outras, tava meio descontrolada num dava pra fazer amizade não, muito mais descontrolada do que eu [...] **(Documentário: A loucura entre nós).**

Na fala de Nadir, são elencadas algumas tragédias em tom de consternação. A primeira delas foi com seu pai, que, além de ser “doente mental, morreu por nós” e, posteriormente, seu tio, que havia ficado encarregado de sua criação, que morre vítima de acidente. O sofrimento psíquico é nomeado como doença. Essa forma de se expressar se refere ao entendimento biomédico tradicional e indica uma consideração negativa, porque aquele estado é patológico. Em seguida, é necessário considerar seu sentimento de desamparo pelos sucessivos óbitos: “acabou com minha família e acabou com minha vida”. Então, ela se posiciona como alguém com conhecimento e em constante estado de luto.

Já Elisângela, no primeiro trecho, diz que o sofrimento psíquico foi decorrente do abuso de diversas substâncias. Para ela, o motivo de sua atual condição foi por causa do uso intenso de cada uma das drogas elencadas (incluindo algumas de natureza ilícita), que repercutiram gravemente em sua saúde mental. É pertinente notar que, em outros trechos do relato, ela indica um fluxo no qual repensa diversos sentidos daquele fenômeno, ora nomeado de “transtorno”, ora de “doença”. De toda maneira, estão sempre revelando uma experiência negativa.

No segundo trecho, ela admite que precisa se tratar no hospital, ainda que de modo provisório: “aqui não é lugar da gente ficar, é lugar prá gente se tratar”, e corrobora a perspectiva de que o tratamento em ambiente hospitalocêntrico pode ser conveniente, mas de forma temporária, pois pertence a outro lugar.

Nesses fragmentos, Elisângela revela que existem vários momentos críticos. A confusão gerada pelo que chama de doença é tamanha que sente dificuldade de identificar a origem, pois “não dá pra distinguir assim o porquê como e como ela começa”, assim como são utilizadas várias possibilidades de lidar com a loucura, desde um enfrentamento investido pelo sagrado a um enfrentamento materializado na contenção medicamentosa: “vou chamar por Deus, vou ter força, vou lutar prá não adoecer mais, tomar os meus remédios certinho”.

Porém, ‘o certinho’ a que se refere Elisângela é muito relativo, porque, no tocante à utilização do medicamento, há discursos que atacam diretamente a possibilidade de se usarem os remédios, como mostram estes relatos:

**Estamira:** A doutora passou remédio prá raiva [gargalha]. Eu fiquei muito decepcionada muito triste muito, muito profundamente com raiva dela falar uma coisa daquelas, é, e ela ainda disse sabe o quê? Que Deus que livrasse ela que isso é magia, telepatia, a mídia e o carai, porra porra pra que pô? Ela me ofendeu demais da quantia. Aqui ó, o retorno quarenta dias, presta atenção nisso. Ora, e ainda mais eu conheço médico médico médico médico médico médico direito, entendeu? Ela é a copiadora eu sou amigo dela eu gosto dela, quero bem a ela, quero bem a todos, mas ela é a copiadora, eles estão sabe fazendo o quê? Dopando quem quer que seja com um só remédio, num pode! O remédio? Quer saber mais do que Estamira, presta atenção: o remédio é o seguinte se fez bem para, dá um tempo, se fez mal vai lá reclama como eu fui três vez, na quarta vez que eu fui atendida, entendeu? Mas eu não quero mal deles não, eles tão copiando o tal de diazeperan entendeu?  
[...]

tudo dopante esses remédio, eu acho que é por isso que eu tô com a língua assim. [pausa, abre e fecha a boca como se estivesse sem saliva]. Desgovernada, eu tô desgovernada, sabe o que é uma pessoa desgovernada? Uma pessoa nervosa assim, querendo falar sem poder, é agoniada, e eu num sei o que é que eu faça [...] **(Documentário: Estamira)**.

**Djavan:** Eu tomo três tipos de remédios, sendo que eu tomo: três de manhã e 5 a noite. Eu tomo dois haldol de manhã com fenergan, e tomo a noite dois amplitil, dois fenergan e um haldol, peraí... de noite dois amplitil, dois haldol e um fenergan, melhorou agora, falei certinho! Eu me sinto bem, sei que esses remédios são potentes, mas eu me sinto bem. Mas esses remédio... Vou abrir o verbo, posso abrir o verbo? Posso? [sorri], o remédio me resseca, eu acho que é o amplitil, porque todo remédio tem seu lado bom né, mas também, também tem seu lado negativo: os efeitos colaterais. Esses remédios eu aprendi que eles às vezes eles viciam **(Documentário: A loucura entre nós)**.

As colocações de Estamira sugerem uma postura crítica no que diz respeito à Psiquiatria asilar medicamentosa. Ela inicia sua fala com certa ironia: “A doutora passou remédio prá raiva [gargalha]”. Em seguida, questiona as colocações da médica, diz que se sentiu ofendida e utiliza a palavra “copiadora” para se referir a ela. Portanto, Estamira elabora uma análise contundente sobre a medicação, pois denuncia a forma mecânica como os remédios são receitados sem convocar a opinião dos sujeitos e considerar seus projetos terapêuticos singulares, como fica evidente nesta fala: “devolvi na farmácia, falei com o médico e devolvi porque eu não estava precisando desse remédio, porra, quem sabe sou eu, quem sabe é o cliente”. Para ela, só é coerente usar os remédios se fizerem bem, de modo contrário, é necessário reclamar, e os profissionais de Saúde Mental precisam ouvi-la.

No segundo trecho, ela usa a palavra “dopante” para se referir à letargia causada pela medicação e diz que fica “querendo falar sem poder, é agoniada”, considerando o medicamento como uma modalidade coercitiva de contenção que bloqueia as distintas formas de se expressar ou agir. Estamira ainda associa, por meio de uma linguagem não verbal, um possível efeito colateral

dessas medicações, ao fazer um gesto de abrir e fechar a boca como se estivesse sem saliva, para advertir sobre sua boca ressecada, e, conseqüentemente, enfatizar os prejuízos de obedecer ao saber médico psiquiátrico asilar e medicamentoso.

Depois de indicar as medicações e a posologia, Djavan descreve uma sensação de bem-estar, mesmo que os remédios sejam potentes. A retórica de que se sente bem é perceptível por seu relato tranquilo e até sorridente e pela liberdade de falar sobre os aspectos negativos, que, para ele, dá-se através do ‘ressecamento’. Assim, inicialmente, a relação dele com os medicamentos parece ser bastante ponderada, entretanto, em seguida, questiona sobre se pode tecer críticas, quando enuncia: “Mas esses remédio... Vou abrir o verbo, posso abrir o verbo? Posso?”. Seu relato revela, por meio da conjunção adversativa “mas”, um elemento que considera produzir seu discurso da forma mais sincera do que os enunciados construídos na circunstância do hospital psiquiátrico poderiam ocultar, pois ele se autoriza a “abrir o verbo”, ao retratar os prejuízos do medicamento.

No que concerne à vivência em determinadas agências terapêuticas, como os hospitais psiquiátricos, destacam-se os seguintes relatos:

**Cartola:** Prá mim sair daqui é como, é um pedaço de mim vai ficar, é...é, aí faz falta né, você num perde um braço num faz falta!? Se eu sair um pedaço de mim vai ficar, que aí eu vou ficar sentindo falta, da outra falta-do outro pedaço, num é fácil não gente isso aqui não. Eu fiz amizade com quase-quase todos os que não tão aqui, todos que ficam presos lá na nas alas, eu vou sentir falta deles também, né só uma escolha não é o hospital todo, eu sinto falta deles todo, eu conheço quase todo mundo. (**Documentário: A loucura entre nós**).

**Elisângela:** Quando eu tô no Cria Mundo e vejo os interno, eu num me diferencio muito deles não, porque eu já fui interna várias vezes. Eu já fui interna oito vezes. Então eu vejo eles com o mesmos olhos que as outras pessoas me veem eu vejo eles, como pessoas normais. [fala enquanto faz um artesanato com a camisa do “Projeto Cria Mundo”]  
[...]

O hospital psiquiátrico é loucura, somos todos loucos uns pelos outros, e nós ficamos assim, nessa tribulação tentando achar uma saída né, que é nossa vida lá fora, nosso convívio social, nosso convívio social que é o mais importante. [fala sorrindo enquanto está abraçada e cercada por aproximadamente dez usuários que cantam o hino nacional em coro] (**Documentário: A loucura entre nós**).

**Cecília:** Obter ajuda médica foi a melhor decisão que já tomei. E tenho certeza que não estaria aqui hoje, se não buscasse uma ajuda médica especializada. Isso tudo resultou na minha primeira hospitalização. Estive na ala psiquiátrica quatro vezes nos últimos dois anos. Mas eu não aceitava que tinha esquizofrenia até a minha segunda hospitalização, porque a polícia foi envolvida (**Conferência: I am not a monster: schizofrenia**).

**Estamira:** A desgraçado da família Itália [ela foi casada com um italiano] juntamente com aquele meu filho me pegaram aqui dentro como se eu fosse uma fera, um monstro

algemado, e aquele meu filho ficou contaminado pela terra suja, pelo braço livre, pelo insignificante parecendo um palhaço lá, lá dentro do hospital, a coisa mais ridícula! [diz essas palavras em grito de indignação] (**Documentário: Estamira**).

Nas falas de Cartola e de Elisângela, constata-se um posicionamento favorável ao hospital, o que sugere que o sentido construído a respeito do sofrimento psíquico concorda com a terapêutica psiquiátrica recebida, seja pelos motivos apresentados de vínculos de amizade estabelecidos ou por se tratar de uma ajuda do saber médico-psiquiátrico apropriada para o que se nomeia de ‘esquizofrenia’.

No discurso de Cartola, por exemplo, a identificação com o hospital em que esteve internado é tão intensa que ele se sente incompleto por se ausentar daquele lugar, um fato tão difícil que ele repete seis vezes a palavra “falta”. Essa emoção experimentada reflete tamanha angústia a ponto de comparar com a amputação de um braço, revelando um sentimento de pertença que faz aquele hospital ser imprescindível para ele. Nesse fragmento, o sofrimento psíquico encontra apoio em toda a rede que compõe a instituição psiquiátrica: “eu vou sentir falta deles também, né só uma escolha não, é o hospital todo”. Assim, Cartola se posiciona concordando com a existência e a imprescindibilidade do hospital, pois, naquele lugar, mantém estimados vínculos com todas as outras pessoas.

Elisângela também demonstra, em sua fala, um sentimento de pertença à instituição psiquiátrica, ao declarar que não se diferencia dos internos do Projeto Cria Mundo e que, diversas vezes, já esteve em condição similar. Assim, ela tenta desconstruir a ideia do hospital como um ambiente excludente e negativo, porque relativiza o conceito de loucura ao afirmar: “O hospital psiquiátrico é loucura, somos todos loucos uns pelos outros”. Desse modo, procura minimizar a visão da loucura como uma ameaça ao convívio social.

Já Cecília começa dizendo: “Obter ajuda médica foi a melhor decisão que já tomei”. Ela demonstra ter resistido ao diagnóstico de esquizofrenia, pois, somente na segunda hospitalização, ela concorda com essa classificação: “Mas eu não aceitava que tinha esquizofrenia até a minha segunda hospitalização, porque a polícia foi envolvida”. No entanto, há certa divergência em relação a Cartola e a Elisângela, uma vez que ela concorda com a instituição psiquiátrica ao se deparar com a ajuda especializada, mas reafirma seu lugar crítico ao ponderar sobre aquela internação. Não menos simbólicos são os agentes policiais que foram envolvidos nesse convencimento, tendo em vista que não são profissionais da assistência em saúde mental, mas da segurança pública.

Mas, nem sempre, as pessoas entrevistadas concordam com a prática das agências terapêuticas. Estamira, por exemplo, como vimos, lida com a hospitalização de maneira bem mais avessa e fundamentada por críticas. Ela recorda uma internação em que foi algemada para ser contida, uma afronta sem precedentes à liberdade de expressão, como se os outros estivessem se defendendo de algo ameaçador, apoiado por alguém tão significativo como seu filho, como pode se constatar neste trecho: “A desgraçado da família Itália [ela foi casada com um italiano] juntamente com aquele meu filho me pegaram aqui dentro como se eu fosse uma fera, um monstro algemado”.

Há outras falas que referendam o sofrimento psíquico utilizando um discurso religioso ou místico:

**Elisângela:** Eu tomei diazepam, ampicilil eeeee, fluoxetina, e carbolitium. Eu sou inocente, eu sou como uma criança porque eu tenho Jesus no meu coração, todo aquele que tem Jesus no coração é como uma criança, é como uma criança (**Documentário: A loucura entre nós**).

**Estamira:** Ó, tem o controle remoto superior remoto superior natural e tem o controle remoto artificial, o controle remoto é uma força quase igual assim mais ou menos igual à luz, a força elétrica, a eletricidade sabe!? Agora é o seguinte no homem na carne no sangue tem os nervos, os nervos da, do, da carne sanguina vem a seer [pausa] os fios, elétrico, agora os deuses são cientistas técnico, eles controla ele-eles vê aonde ele conseguiu

[...]

É controle remoto na minha força, é olha a câmara artificia-éé, natural num me faz mal, a que faz mal é a artificial que faz mal o cara. É na costela em tudo quanto é lugar. Aí! [tosse]

[...]

Controle remoto atacou desde manhã a noite inteira perturbando os astros negativos, ofensivos, ele está pelejando pra ver se atinge uma coisa que se chama de coração meu ou então a cabeça, eles tão fudido! Tão poderoso ao contrário o hipócrita safado traidor mentiroso *manjado desmascarado que se mete com a minha carne visível com a minha camisa sanguina, carniça Estamira está fudido, tá fudido comigo até pra lá dos quinto dos inferno* [ênfase]. [Começa falando sentada com a cabeça apoiada no joelho, depois se levanta e fuma um cigarro].

[...]

O cometa é graande, é por isso que eu passo mal a carcaça, a car, porque ele é muuito grande, ele num é do tamanho que vocês vê, daqui ele num é lá no alto espaço não, lá no alto espaço é o reflecos, ele é aqui embaixo, ele num é lá em cima não é aqui embaixo, é láá onde vocês vê é reflexo, a lua é lá no morro acolá ó, num é lá não assim não, é o reflexos é o contorno. Aaaaí, manter o controle [ininteligível], manter o controle [ininteligível], aaaí, aaaí.

[...]

O fogo ele está comigo agora, ele está me queimando, ele tá me, me testando. Sentimento todos astros tem sentimento, esse astro aqui Estamira não vai mudar o ser, não vou ceder o

meu ser a *nada*, eu sou *Estamira* e tá acabado, é *Estamira* mesmo! [ênfase] (**Documentário: Estamira**).

Elisângela inicia sua fala discorrendo sobre os diversos medicamentos psiquiátricos que já tomou e destaca-se quatro variedades diferentes. O enunciado “tomei”, conjugado no pretérito, leva a entender que não continuava usando no momento em que o vídeo foi gravado. Os efeitos desse discurso indicam que o sofrimento psíquico já foi tratado e que ela tem uma grande experiência com os medicamentos. Essa experiência contrasta com a representação de algo infantil, visto que Elisângela repete três vezes: “ser como uma criança” pelo fato de professar uma fé: “eu sou como uma criança porque eu tenho Jesus no meu coração”.

Em Estamira se revela um sentido místico, quando ela repete que é o “controle remoto” que influencia seu corpo, especificamente através de seus “nervos”. O controle remoto a que se refere é a atuação de uma energia vinda de cientistas e divindades para atacar seus sentimentos e pensamentos: “os astros negativos, ofensivos, ele está pelejando pra ver se atinge uma coisa que se chama de coração meu ou então a cabeça”. Além disso, Estamira confronta os astros negativos, pois ela também se nomeia como astro que não cede a nada. O sentido místico também aparece aliado a termos da Astronomia – “cometa”, “astros”, “alto espaço” – rituais como o teste do fogo, a luta de forças ou uma espécie de oração em que pede para manter o controle transcendental: “Aaaaí, manter o controle [ininteligível], manter o controle [ininteligível], aaaí, aaaí.”.

Outra categoria que se sobressai nos relatos dos vídeos analisados é referente ao desenvolvimento das tramas familiares, isto é, a mesma família que serve de rede de apoio para alguns pode ser fonte de sofrimento e desestabilização para outros, como se nota nos trechos a seguir.

**Estamira:** Eu Estamira visível e invisível, eu tenho muitos sobrenomes, e esses sobrenomes vem de todo lugar. Lamentavelmente o pai da minha mãe é famílias de Ribeiro, tudo polícia, tudo general, tudo num sei o que, né? [...] Ele é estropador, ele estropou minha mãe, e fez coisa comigo. A minha depressão é imensa, a minha depressão não tem cura. [pausa]. É e quando eu tinha nove anos e eu pedi ele pra comprar uma sandália pra mim, pra mim ir na festa comprar uma sandália, ele falou que só comprava se eu deitasse com ele. É, eu num gosto do pai da minha mãe porque ele me pegou com doze anos e me trouxe pra Goiás Velho eee lá era um, era um bordel. É era um bordel sabe e eu prostitui lá, era da filha dele, aí o pai do Mernani ele me conheceu lá onde meu avô me deixou lá no bordel, aí eu já tinha dezessete anos, e gostou demais de mim e deu no meu pé, arrumou uma casa e pôs eu dentro da casa. Mas o pai do Mernani [filho dela] ele era muito cheio de mulher e eu peguei num aguentei, larguei tudo dentro da casa, só panhei o menino, panhei o menino e vim embora pra Brasília. Eu tava lá na casa da, da tia lá em Brasília, apareceu o pai daquela menina lá

o italiano e levou eu na casa dele, e deu certo, depois nós fomos morar junto, e ele também é cheio de mulher, convivi com ele doze anos, tive a Carolina e tive esse que fez o cesáreo, esse que fez o cesáreo nasceu invisível e eu acho que é o que mais me ajuda é esse que nasceu invisível.

[...]

A minha cabeça trabalha muito, mas o trocadilo fez com que me separasse até dos meus parentes, eles num tão vendo também não, eles estão igual Pilatras fez com Jesus. Já me bateram com pau pra mim aceitar Deus, mas esse Deus desse jeito, esse Deus deles, esse Deus sujo! Esse Deus estrupador! Esse Deus assaltante de qualquer lugar! De tudo quanto é lugar! Esse Deus arrombador de casa! Com esse Deus eu num aceito nem picadinha a carne, nem a minha carne picadinha de faca de facão de qualquer coisa eu num aceito! [fala indignada, com olhos arregalados] (**Documentário: Estamira**).

**Elisângela:** Eu passei três dias porque eu tive uma crise familiar em casa e sai de casa transtornada, cheguei na rodoviária próximo ao Iguatemi, próximo ao Iguatemi aí eu me descontrolei, me descontrolei, os seguranças me pegaram e me jogaram no chão aiii eu peguei consegui sair deles, peguei uma garrafa, feri um policial militar, não foi pela minha vontade de feri-lo, eu queria ferir o segurança acabei ferindo um policial militar, ai acabei sendo levada pela SAMU [Serviço de Atendimento Móvel de Urgência] para o Mario Leal, mas no Mario Leal num interna mulher, ai num me internaram, lá, o médico aplicou a injeção e me levou pra casa, ai então fui pra casa depois minha mãe me levou pra aqui, eu passei três dias aqui no PA [Pronto Atendimento], passei três dias aqui e ai fui embora pra casa (**Documentário: A loucura entre nós**).

A família – como um sistema de base, porque, primordialmente, somos influenciados pelas relações de afeto, cuidado e valores de uma figura paterna e materna ou a elas associadas – serve de molde para alguns posicionamentos identitários. Estamira produz um discurso crítico a respeito disso, ao dizer que seu avô, a quem ela se refere tão somente como o pai de sua mãe, estuprou sua mãe e “fez coisa” com ela. Assim, ela menciona um ato de violência sexual como determinante do que considera depressão. Além do grotesco atentado à sexualidade, o avô a levou para um bordel e fez com que ela comercializasse seu corpo. Aqui fica implícito o sentido “desse trabalho” executado contra sua vontade, conduzido por um parente com mais autoridade do que ela. Ainda assim, com tamanhas adversidades, sua fala produz, mais uma vez, uma potência de ação muito significativa, pois ela se empodera como mulher e não concorda com algumas situações em que os homens a colocavam: “Mas o pai do Mernani [filho dela] ele era muito cheio de mulher e eu peguei num aguentei, larguei tudo dentro da casa, só panhei o menino, panhei o menino e vim embora pra Brasília”.

Além disso, Estamira reclama que seus parentes já tentaram converter sua fé contra sua vontade e deixa explícita sua aversão ao “Deus desse jeito, esse Deus deles, esse Deus sujo! Esse

Deus estrupador! Esse Deus assaltante de qualquer lugar! De tudo quanto é lugar! Esse Deus arrombador de casa!”. Então, no discurso de Estamira, essa religiosidade ocupa um lugar de embate que não é sem consequências, já que gera distanciamento e indignação como efeito de algo indesejável e revela o conflito familiar.

Sem entrar em mais detalhes, Elisângela fala de uma crise familiar que a motivou a sair de casa e desencadeou o que ela nomeia de o transtorno. Ela deixou muito clara a vivência com o sofrimento psíquico pela via do descontrole e repete duas vezes que, perante os profissionais de segurança, descontrolou-se e chegou a feri-los. Em seu relato, ela indica ir além da utilização de recursos subjetivos para lidar com aquele momento crítico, pois utilizou seu porte físico para se defender daquela contenção dos agentes de segurança. Na circunstância narrada, sua atitude produziu uma posição crítica em relação àquela abordagem violenta, advinda da situação de controle.

Outro ponto que se sobressai ao descrever aquele momento é referente à falta de uma decisão sobre onde ir, pois sempre ficou à margem da decisão de outros, por exemplo, quando precisa sair de casa, quando é conduzida ao hospital especializado Mário Leal, quando é devolvida para sua casa e quando é encaminhada ao Hospital Psiquiátrico Juliano Moreira. Assim, ela traz à tona o trajeto que pessoas em sofrimento psíquico precisam fazer ao percorrer vários lugares que se propõem a lidar com a saúde mental.

As relações cotidianas também surgem nos relatos como algo marcante que interfere na vida dessas pessoas:

**Estamira:** Me trata como eu trato que eu te trato, me trata como o teu trato que eu te devoro no teu trato, e faço questão de te devolver em triplo. Onde já se viu uma coisa dessa!? A pessoa num pode andar nem na rua que mora, nem trabalhar dentro de casa, e nem no trabalho em lugar nenhum! Aonde o senhor já se viu? Que Deus é esse? Que Jesus é esse? Que só fala em guerra e num sei o que, num é ele que é o próprio trocadilho, só pa otário, pa esperto ao contrário, bobado, bestalhado, quem já teve medo de dizer a verdade largou de morrer!? Largou? Quem anda com Deus dia e noite, noite e dia na boca ainda mais com deboche largou de morrer? Quem fez o que ele mandou, o que o, o da quadrilha dele manda largou de morrer? Largou de passar fome? Largou de miséria? Aí num dá! [tosse e bate a vassoura que segura no chão como protesto]. Não adianta, ninguém nada vai mudar meu ser! Eu sou Estamira aqui, ali e lá, no inferno, nos inferno, no céu, no caralho de tudo quanto é lugar, não adianta, quanto mais essa desgraça, esses piolho de terra suja maldiçoada excomungada que renegou os homem como único condicional mais ruim eu fico, mais pior eu sou! Perversa eu num sou não, mas ruim eu sou! E não adianta! (**Documentário: Estamira**).



**Leonor:** Eu já imagino às vezes que tem câmeras na minha casa, assim no banheiro, na cozinha no quarto. [pausa] sabe aquela coisa de ser vigiado, de estar sendo vigiado? Então isso aí pra entrar numa paranoia é daqui pra ali [risos]. Tenho uma sensação em mim que as pessoas, a sociedade, o mundo, a minha missão aqui na terra é me trancafiar, ficar presa, entende? me impedir de ser, de viver, de realizar, acho que é coisa de minha paranoia mesmo sei não [...] eu acho que se eu não andar muito na linha, se eu vacilar, é como se as pessoas soubessem dessa minha fragilidade psicológica, então às vezes eu tô aqui num canto e eu vejo duas ou três pessoas ali falando e as vezes olhando pra mim assim eu já tenho impressão que estão falando de mim, entendeu? E falando negativamente, eu já eu já entro em pânico, entendeu? Então essas coisas detonam **(Documentário: A loucura entre nós)**.

Em seus argumentos, Estamira protesta sobre a insegurança do seu território quando fala na impossibilidade de andar em qualquer lugar, mas, especialmente, nas ruas próximas à sua casa, ou de trabalhar em seu lar: “A pessoa num pode andar nem na rua que mora, nem trabalhar dentro de casa e nem no trabalho em lugar nenhum!”. Portanto, o cotidiano representa ameaça para algumas pessoas no que se refere ao seu direito de ir e vir. Para se defender desse cenário hostil, ela produz um discurso com indignação atacando Deus e a quem nele acredita ao nomeá-los de “quadrilha”. Estamira usa um tom ofensivo para caracterizar a divindade maior que deveria garantir segurança e eliminar as guerras, a fome e a miséria, usando xingamentos para extravasar e se manter ativa perante seu mal-estar.

Dessa maneira, o dia a dia é algo complexo, em que Estamira fala da insegurança e das dificuldades, apesar de o agravante para essa situação ser a falta de uma proteção divina: “Quem anda com Deus dia e noite, noite e dia na boca ainda mais com deboche largou de morrer? Quem fez o que ele mandou, o que o da quadrilha dele manda largou de morrer? Largou de passar fome? Largou de miséria? Aí num dá!”. Ademais, para ocupar um lugar mais ativo, ela enaltece a si própria, emancipando sua singularidade e soberania que, nem sempre, são assim compreendidas: “Não adianta, ninguém nada vai mudar meu ser! Eu sou Estamira aqui, ali e lá, no inferno, nos inferno, no céu, no caralho de tudo quanto é lugar, não adianta...”.

No relato de Leonor, por sua vez, ainda que ela sinalize para a manifestação de um delírio, isso não anula a posição de resistência perante o discurso asilar de segregação, porque, de uma forma muito sutil, desconfia da regulação que passa na análise dos outros: “Tenho uma sensação em mim que as pessoas, a sociedade, o mundo, a minha missão aqui na terra é me trancafiar, ficar presa, entende? me impedir de ser, de viver, de realizar”. A consequência disso é a necessidade de repensar como deve agir para se preservar: “eu acho que, se eu não andar muito na linha, se eu

vacilar, é como se as pessoas soubessem dessa minha fragilidade psicológica”. Ou seja, a narrativa revela um receio de ser vista como vulnerável e aponta para uma consciência de suas ‘fragilidades’.

No discurso de Leonor, chama-nos a atenção o fato de ela usar elementos não verbais, como pausa e riso, para tentar suavizar o relato de um tema tão delicado, que é expor a maneira como vive seu sofrimento. Ela vai até mais adiante, ao se justificar, relativizando o que havia dito: “é coisa de minha paranoia mesmo”. Assim, usa um pronome possessivo para assumir o diagnóstico e todas as sensações que experimenta.

## 5.2 Discussão

Os relatos presentes nos vídeos remetem a sentidos vinculados ao discurso biomédico quando, por exemplo, o sofrimento psíquico é nomeado por Cecília e Djavan como “esquizofrenia”, ou quando Cecília menciona os termos “diagnóstico” ou “desequilíbrio químico”, e Djavan se refere à classificação “FG20.0” presente no manual que norteia as classificações médicas, conhecido como CID10.

Como visto no primeiro capítulo, a loucura foi concebida de várias formas, desde a mudança na Grécia Antiga do campo místico para o racional, até se tornar alvo da Psiquiatria asilar no Século XIX. Nesse momento histórico, destaca-se o tratamento moral, que visava corrigir a alienação mental, dentre outros, por meio do isolamento social. Esses sujeitos eram desqualificados não só nas práticas a que eram submetidos, mas também quando eram chamados de doentes mentais (Pessoti, 1999).

Cabe salientar que o apoio no saber médico asilar, observado nos relatos dos vídeos analisados, também foi encontrado na pesquisa realizada por Silveira e Nunes (2013). Para as autoras, determinadas terminologias aparecem com mais aceitação social, fruto da influência exercida pelo discurso biomédico que continua sendo privilegiado, pois se emudece a loucura ao passo que se utiliza “doença psiquiátrica”, “transtorno mental” e “depressão” para se referir ao sofrimento psíquico, ao mesmo tempo em que ocorrem uma psicopatologização da vida e a perpetuação de modos manicomiais de subjetivar.

Rodrigues (2011), em seu estudo sobre os sentidos construídos por usuários de um CAPS acerca da saúde-doença mental e suas implicações na desinstitucionalização da loucura, indica o

uso do termo “desequilíbrio” como vocábulo ainda bastante relacionado ao significado de doença mental no discurso dos usuários.

Apesar do panorama de acentuada indefinição que foi constatado, eles puderam definir saúde e doença mental ao seu modo e produziram sentidos que circularam em torno das seguintes ideias: Saúde mental como equilíbrio das sensações e emoções; alegria; capacidade de estar bem para fazer o bem aos outros; capacidade de resolver problemas sem acumulá-los; ficar bom; poder circular na sociedade. Doença mental como desequilíbrio; acúmulo de problemas; preocupar-se demais com a opinião de terceiros; desadaptação; descontrole; depressão; algo errado; alteração; peça quebrada no organismo. (Rodrigues, 2011, pp. 90-91).

Para a autora, eles entendem o sofrimento como uma patologia do psiquismo que precisa ser curada, e o profissional especializado seria um médico, haja vista que, nas relações de poder que atravessam a sociedade, ele é quem detém conhecimento e está habilitado para diagnosticar e tratar esse sofrimento (Rodrigues, 2011). Essa reflexão questiona o papel da prática psiquiátrica quando reforça a ideia do lugar social da loucura atrelado ao conceito manicomial de anormalidade. Esse conceito foi explorado em estudos como o de Figueirêdo (2013, p. 33):

Ele vai abarcar não só a doença mental propriamente dita, mas qualquer desvio de comportamento normal. Nesse sentido, a prática psiquiátrica vai adentrar naqueles que apresentem desvios mentais, como os loucos, ou potencialmente loucos, ou ainda nos desviantes morais, como os degenerados e os criminosos; penetrando em várias instituições, como a família, a escola, as forças armadas, a prisão, objetivando a prevenção contra a criminalidade e o adoecimento.

Figueirêdo (2013) e Figueirêdo e Cordeiro (2016), ao analisar a construção de categorias para a loucura de usuários de CAPS e o efeito que elas continuam produzindo, demonstraram que esses sujeitos vinculam a posição de loucura à de quem ocupa o manicômio. Por esse motivo, é necessário afastar tal designo, que desqualifica a si ou ao seu grupo de pertença que é "normal". Assim, é percebido um esforço para evitar, silenciar e projetar nos outros o que é considerado estranho, possivelmente por não se adequar a um discurso alinhado com o normal sob o ponto de vista da Psiquiatria, da Psicologia e da Psicanálise.

De acordo com Pessoti (1999), as terminologias atribuídas ao que seja sofrimento psíquico, no discurso contemporâneo, não são casuais, mas determinadas pelas circunstâncias sócio-históricas que estão em permanente transformação. Assim, expressões como louco, doente mental, transtorno mental e taxonomias, extraídas de manuais como o CID-10 ou o DSM-5, são convenções de determinada época e sociedade em que o saber psiquiátrico exerce impacto.

Salles e Barros (2007), além de encontrar esse discurso ligado ao saber biomédico em seu estudo acerca das representações sociais de usuários de um CAPS e sua rede de pessoas sobre doença mental e inclusão social, apontaram a identificação muito acirrada de tais discursos com as instituições psiquiátricas, assim como encontramos nos relatos de Cartola e Elisângela, assinalados anteriormente. Portanto, a nova estratégia em saúde mental não garante, por si só, que o posicionamento favorável ao hospital e o entendimento das pessoas como "pacientes" irão desaparecer.

Nos vídeos apresentados, também se sobressai um posicionamento favorável à medicamentação. Para Caron e Feuerwerker (2019), o uso de medicação é impulsionado pela centralidade da Psiquiatria, bem como a influência do conhecimento neurocientífico e da psicofarmacologia ao tratar do aparato organicista que é nosso corpo. Toda essa força bioquímica é alicerçada na indústria médico-farmacêutica, nos meios de comunicação em massa, nos periódicos científicos e nos órgãos de saúde mental e está presente no discurso das pessoas, como Leonor, que diz que usa medicação para regular sua bipolaridade.

Favero et al (2019) indicam que é imprescindível superar a percepção de que o medicamento é o recurso principal no processo saúde-doença e ampliar o olhar para toda uma complexidade que há, especialmente no tocante à subjetividade e à ética do cuidado envolvida no atravessamento de momentos angustiantes. Para essa gradual transição de postura, os grupos de Gestão Autônoma da Medicação (GAM) são um contraponto encontrado na literatura, pois propõem retirar os usuários de um lugar alheio ou de invisibilidade para que se posicionem no que julgam ser mais apropriado para eles, que são a parte mais interessada.

Embora o discurso que adota a perspectiva médico-psiquiátrica como fonte de saber seja frequente, como vimos, há relatos nos vídeos analisados que constroem outros posicionamentos. Um novo lugar para a loucura é afirmado, por exemplo, nas falas de Estamira, que diz ser "lúcida", apesar de "perturbada", além do momento que posiciona sua singularidade já que não é um "robô

sanguino” e critica a medicalização, e Djavan, que recusa a classificação de “doente mental” e fala que as pessoas desacreditam em seu potencial, mas que tem seu próprio ritmo.

Soares (2020) tece contribuições a esse respeito, ao contestar o lugar de passividade em que os usuários de saúde mental foram colocados, e afirma que se apresenta uma posição de resistência ao poder psiquiátrico quando Estamira, por exemplo, diz-se lúcida, ao mesmo tempo em que se reconhece perturbada, como ele argumenta no trecho: "não querer e não aceitar ser governado de determinada forma, ao não aceitar como um discurso verdadeiro somente por que algo foi proferido por uma autoridade, ao praticar uma espécie de inservidão voluntária" (Soares, 2020, p. 278).

Então, esses relatos sugerem um movimento de construção de um novo lugar social para a loucura, no qual pessoas em sofrimento psíquico, como Estamira, procuram se empoderar diante do saber hegemônico da Psiquiatria, sobretudo a de cunho asilar. Estudos como o de Figuerêdo, Cordeiro, Oliveira Filho e Veloso (2021) sobre a construção de categorias/lugares para a loucura por usuários de saúde mental de um CAPS também apontam que, em seus relatos, eles combatem a estigmatização que sofrem.

Amarante (2007) afirma que, na prática, a construção de um novo lugar social para a loucura ganhou força com a Reforma Psiquiátrica, que contempla, em sua proposta, o aspecto sociocultural. A importância disso reside no fato de que, na dimensão sociocultural, está o saber psiquiátrico, responsável por difundir uma imagem do louco como incapaz. O saber reformista, por sua vez, está em processo de construção e requer tempo para provocar transformações mais profundas que propiciem o protagonismo social e desconstruam a lógica de doença.

Pereira e Costa-Rosa (2012) avançam na crítica acerca do lugar que a loucura vem ocupando e propõem experiências como a "Marcha pela Reforma Psiquiátrica Antimanicomial", ocorrida em 2009, com o objetivo de repactuar as políticas que lidam com o enlouquecer e criar um novo lugar social para a loucura.

Nessa direção, Soares (2020) se refere à contestação do lugar de passividade do sujeito em sofrimento psíquico como uma “heterotopia”: “Foucault concebe as heterotopias como contraespaços: os espaços sociais da diferença, do desvio e da multiplicidade. As heterotopias são os lugares nos quais as incompatibilidades se justapõem” (Soares, 2020, p. 272). Assim, o autor remete a Foucault para afirmar que, enquanto as investidas biopolíticas oriundas da Psiquiatria asilar forem permanentes naqueles que destoam da padronização, novos lugares para a loucura vão

sendo reconsiderados, com o intuito de sustentar a alteridade para demonstrar que as diferenças não são problemas.

Os grupos oficiais do Movimento Internacional de Ouvidores de Vozes são um exemplo disso, uma vez que procuram reafirmar o protagonismo dessas pessoas ao lidar com o sofrimento psíquico através da construção de redes de apoio, de reflexão e de novas estratégias, como, por exemplo, a estratégia de Cecília, do vídeo *I am not a monster: Schizophrenia*, que diz que finge que não escuta vozes. Nessa proposta apoiada em estudos de teor reformista, Andrade e Maluf (2017) indicam que as pessoas são ativas e não validam o discurso patologizante imposto pela Psiquiatria tradicional na experiência de ouvir vozes. Para Cardano (2018), como se retira a esquizofrenia – especialmente no que se refere à propriedade de ouvir vozes – do campo de uma patologia por desordens bioquímicas no cérebro, o sentido de ouvir vozes passa a ser composto de narrativas com teor biográfico das pessoas.

Esse movimento é constituído de pares que partilham sua experiência e, juntos, fornecem as possibilidades de recorrer a outras estratégias ou sentidos para conviver com as vozes (Corradi-Webster, Leão; Rufato, 2018). Ainda que a superação pessoal passe por algumas fases, como surpresa e reorganização pela presença do que antes foi considerado pela Psiquiatria tradicional como alucinação, a tendência é de chegar a uma habituação, por meio da qual o sujeito integra as vozes em seu cotidiano sem que represente uma ameaça.

Ainda sobre a nova atenção em saúde mental, Andrade e Maluf (2017) fazem uma reflexão sobre a amplitude do termo ‘usuário’, pois movimentos sociais, trabalhadores, familiares e artistas também recorrem à RAPS, e sugere o termo ‘experientes’, com a intenção de trazer ainda mais protagonismo para o lugar ocupado pela loucura. “O objetivo dessa opção foi destacar a importância que as experiências singulares e institucionais mostravam ter na constituição de práticas e relações nos serviços de saúde mental e também fora deles, bem como no processo da Reforma Psiquiátrica de modo mais amplo” (Andrade; Maluf, 2017, p. 276).

Isso diz respeito à valorização das pessoas em sofrimento psíquico que, historicamente, foram excluídas pelo saber psiquiátrico.

Entretanto, não se trata de uma mera substituição de uma expressão por outra que pareça mais correta, mas de uma incorporação do saber produzido pelos sujeitos em suas experiências nos serviços de saúde mental. Entende-se que é necessário instituir, no âmbito da política pública de saúde mental, um modo de relação capaz de considerar com

seriedade as experiências dessas pessoas e, assim, atribuir um estatuto epistemológico ao conhecimento produzido por elas (Andrade; Maluf, 2017, p. 282).

Assim, reconhecer a experiência de cada pessoa ao se referir como “experientes” traz outra visão sobre o sofrimento psíquico que vai além do termo ‘usuário’, pois, segundo Andrade e Maluf (2017), esse termo reduz as pessoas a um uso e não demonstra a relevância das narrativas pessoais. Cabe ressaltar que, apesar da relevância de tais considerações, nesta dissertação, utilizamos majoritariamente o termo ‘usuário’, por ser amplamente mencionado pela reforma psiquiátrica e, de uma forma mais geral, pelos que usufruem do SUS como um direito do cidadão.

Outro aspecto que merece ser destacado diz respeito ao fato de os relatos presentes nos vídeos dialogarem com o saber psiquiátrico, mas, ao mesmo tempo, se empenharem em questionar as experiências relatadas sobre a medicamentação, quando, por exemplo, Djavan relata que os medicamentos causam efeitos colaterais indesejados, e Estamira indaga sobre a utilização das medicações e não hesita, por exemplo, em se referir à médica como uma copiadora. Para Soares (2020), alguns sujeitos criticam os medicamentos, pois, muitas vezes, a medicação é prescrita sem a opinião do usuário sobre o fenômeno que o médico quer tratar ou de maneira indiscriminada, sem considerar cada história em particular, com a pretensão de docilizar os corpos dos sujeitos.

O ato de prescrever em massa é, inclusive, reconhecido no artigo de Caron e Feuerwerker (2019), pois, numa pesquisa de campo realizada por esses autores, constatou-se a prática de apenas renovar as datas das receitas, sem se fazer uma nova consulta ou reavaliar as necessidades. Quando consentem isso, os usuários reproduzem o silenciamento imposto pela Psiquiatria, pois não há expressividade ou protagonismo do sujeito em relação a essa contenção química que se dá pela via medicamentosa. Evidentemente esse não é o caso de Estamira, que contesta a indicação indiscriminada da médica que prescreveu sua medicação.

‘Estamira’, documentário amplamente explorado na literatura científica, revela o sujeito que se mantém insubordinado à docilização que as medicações lhe causariam, uma vez que anularia sua forma própria de existir. Isso diz sobre uma vivência que tem sentido de resistência perante a Psiquiatria asilar, contornando o padrão de subjetividade desejável pela sociedade.

Nesse sentido, Estamira parece compreender a utilização de medicamentos psiquiátricos como forma de assegurar um assujeitamento dócil às intervenções de governo – seja religioso, seja familiar, por exemplo – associado a uma perda substancial de autogoverno, como quando reclama de um dos efeitos do uso de medicações: “Desgovernada. Eu tô

desgovernada. Sabe o que é uma pessoa desgovernada? Uma pessoa nervosa assim, querendo falar sem poder... agoniada. E eu não sei o que eu faço” (Soares, 2020, p. 278).

Soto (2012) recusa compreender as alterações de comportamento como um fato doentio e toda a prescrição em massa de medicações visando curar as enfermidades. Desconstruir o sofrimento psíquico como um problema de saúde ajuda a contestar a hegemonia do saber psiquiátrico, assim como o discurso do que seria patológico. Talvez, mesmo sem saber, em suas críticas, os usuários dos vídeos analisados também atingem a indústria farmacêutica, que, através do modelo neoliberal, reconfigura uma postura manicomial no ato da prescrição medicamentosa dos sujeitos rotulados como doentes mentais, afinal, a mercantilização da cura para o sofrimento psíquico é bastante vantajosa para o sistema econômico (Madrid; Parada, 2018).

Rodrigues (2011) constata que as pessoas reconsideram várias maneiras de existir no mundo, o que é positivo por indicar o respeito ao que é diferente, entendendo o sofrimento psíquico como a radicalização dessa diferença. Dessa maneira, podemos inferir que os sujeitos têm potenciais, todos desenvolvidos em ritmo e expressão próprios. Isso remete ao posicionamento de Djavan, quando recusa a classificação de doente mental e, por outro lado, diz sobre um ritmo particular para fazer o que lhe agrada.

Rocca (2011) vai adiante nessa reflexão e enuncia que até o uso do discurso sobre "saúde mental" pressupõe o uso do inverso, que seria "doença mental". Nesse sentido, a ciência tradicional ataca a heterogeneidade e patologiza a antinomia e a singularidade das vivências do sofrimento psíquico. A ética dessas classificações, que objetiva silenciar a loucura, precisa ser revisitada pela clínica alinhada aos propósitos antimanicomiais. O referido autor acrescenta que a psiquiatrização dos discursos é tão abrangente que alcança o saber do direito quando torna um sujeito inimputável, qualifica-o como perigoso ou usa a loucura como atenuante para uma punição, mesmo que não tenha nenhuma evidência que os usuários da internação compulsória sejam mais perigosos do que as pessoas "normais".

Outra categoria presente nos relatos é o discurso místico e religioso, pois, ao dar explicações sobre o que seria o sofrimento psíquico, os sujeitos recorrem a termos e conceitos transcendentais. Esse é o caso de Elisângela, quando diz “eu sou como uma criança porque eu tenho Jesus no meu coração”, assim como Estamira, que se refere ao “controle remoto”, e utiliza uma oração pedindo para manter o controle.



Na revisão feita por Dalgalarrodo (2007), os estudos que tratam da relação entre saúde mental e religiosidade têm se multiplicado cada vez mais, entretanto, ainda se projeta de forma minoritária na Psicologia e na Saúde, em contrapartida a áreas como Antropologia, Sociologia e Teologia. Apesar disso, esse panorama crescente da literatura, também encontrado em Koenig (2007), contribui para romper com a lógica de que essa seria uma visão arcaica. Isso ilustra que a religião é tomada como algo importante para a sobrevivência, para atenuar o sofrimento psíquico e como fonte de resistir à realidade econômica, cultural e política, além de ser um debate possível de se articular com a epistemologia acadêmica.

Araújo e Barros (2019) apontam que existe uma quantidade significativa da população que recorre ao discurso religioso para dar explicações ao sofrimento psíquico. Nesse estudo, as autoras chegam a se referir à igreja como uma espécie de "pronto-socorro", no qual as pessoas com transtornos mentais recebem acolhimento e, conseqüentemente, sentem-se aliviadas, sem que necessariamente precise de um apelo medicamentoso. Essa terapêutica ocorre desde os primórdios da sociedade humana, como um discurso que produz efeitos de cura e prevenção de doenças.

A religiosidade é expressivamente utilizada como um abrigo para essas pessoas, as instituições caracterizam-se como integrantes das redes de apoio para aqueles que sofrem de segregação e/ou exclusão social. (Araújo; Barros, 2019, p.329).

Em um prefácio da Revista de Psiquiatria brasileira, realizado por Koenig (2007) sobre os diálogos entre religião, espiritualidade e psiquiatria, entendidos como uma nova era na atenção à saúde mental, o autor acrescenta que essas crenças estão associadas a um enfrentamento mais exitoso de situações estressoras ou a recuperação mais rápida de diversas maneiras do sofrimento psíquico.

Avançando nesse tema, Paiva (2018) denomina de sofrimento psíquico-espiritual a angústia que ultrapassa o nível psicológico, circunstância importante de se considerar, pois “êxtase” e “possessão” são manifestações recorrentes. Em sua concepção teórica, a autora recusa o pensamento de que a religiosidade seja considerada somente como psicose, histeria, esquizofrenia, transtorno dissociativo e outras formas que reduzem o sujeito na possibilidade de ter contato com “Deus” e o “Diabo” ou de exaltá-los por meio de sua fé. Ao recusar a compreensão da Psiquiatria tradicional, favorece narrativas da fé e, conseqüentemente, a criação de laços sociais com outros

religiosos, compreendendo que também é ético integrar o sujeito a um coletivo em contrapartida ao confinamento de algo estranho.

Portanto, a vinculação com instituições religiosas é, inclusive, uma aposta das novas práticas no campo da Saúde Mental, para favorecer outras alternativas assistenciais que não separem o sofrimento das perspectivas sociais e culturais do sujeito (Baltazar; Silva, 2014). Isso porque, marcadamente, as pessoas em sofrimento psíquico foram excluídas de sua comunidade. Contudo a vinculação com as respectivas crenças promove interações, redes sociais, solidariedade, atitudes cooperativas – que, eventualmente, dão conta do que lhes atormenta – e a ascensão social que o modo de produção capitalista não comporta.

Paiva (2018) indica como sendo uma experiência muito oportuna professar a espiritualidade em contrapartida à limitação em categorias biomédicas e construir um novo lugar social para a loucura, considerando uma ampla complexidade que vai além de fatores biológicos, sociológicos, antropológicos, históricos, políticos e culturais. Por outro lado, maneiras de professar a religiosidade que beírem o extremo, como um fanatismo que desconsidere outras dimensões da vida do sujeito, tendem a ser negativas, pois, de acordo com Murakami e Campos (2012), opõe-se a uma compreensão multifacetada em Saúde Mental e, conseqüentemente, podem causar danos ao sujeito.

Algumas vezes, determinadas religiões podem tornar-se rígidas e inflexíveis, estando associadas ao pensamento mágico e de resistência. Isso pode dificultar o tratamento do paciente, se é feita a proibição da psicoterapia ou do uso de medicação. No Brasil, onde a mudança religiosa está ocorrendo rapidamente, a pobreza e a falta de conhecimento, podem tornar as pessoas vulneráveis ao abuso espiritual. (Murakami; Campos, 2012, p. 365).

Assim, a negociação dos profissionais de Saúde com diversos saberes religiosos seria um dos desafios de uma posição reformista.

As falas remetem também a sentidos associados às tramas familiares quando, por exemplo, o sofrimento psíquico é explicado por Estamira como decorrente da relação com o avô, que “estrupou” sua mãe e “fez coisa” com ela, e o relato de Elisângela, ao afirmar que precisou sair de casa por causa de uma crise familiar, que resultou numa perseguição e contenção física. Considerar a família como relevante na vida do sujeito é essencial para lidar com a fragilização decorrente do sofrimento psíquico. Quando os parentes se organizam para viabilizar suporte, contribuem para

que essas pessoas resgatem a autonomia e a dignidade e, ao mesmo tempo, formam uma coalisão partilhada entre os membros da família: "O grande desafio nos parece ser a compreensão da indissociabilidade entre indivíduo e família, estando aí compreendidos aspectos de adoecimento e de cuidado" (Santin; Klafke, 2011).

Entretanto, para viabilizar o suporte, é necessário considerar os recursos objetivos e subjetivos. No estudo de Borba, Schwartz e Kantorski (2008) sobre a sobrecarga dos familiares que convivem com o sofrimento psíquico, as autoras consideram os seguintes fatores como preponderantes: o ônus financeiro, o físico e o emocional. Isso eleva as questões de saúde mental a um patamar mais complexo, que vai além dos determinantes subjetivos, pois não há como garantir condições favoráveis se a saúde não for vista de maneira ampliada, incluindo os determinantes objetivos.

Em sua tese sobre o transtorno psíquico e o cuidado na família, Rosa (2011) critica o processo de cuidado visto somente como um ato de amor, porque entende que, na relação entre os parentes, a dignidade atravessa variáveis objetivas que dizem respeito, por exemplo, a encargos econômicos ou à responsabilização das mulheres pelo cuidado. Essa discussão é importante, visto que é difícil prover boas condições a um sujeito em meio a um sistema que não proporciona o atendimento de suas necessidades ou dos parentes encarregados do cuidado.

É importante que a equipe de saúde mental atente para essa realidade, considerando as condições reais da família, a fim de propiciarem oportunidades de superar dificuldades vividas e minimizar a sobrecarga. A intervenção junto aos familiares visa não apenas instrumentalizá-los como cuidadores, mas como pessoas que também precisam de cuidados (Soares; Munari, 2007).

Câmara e Pereira (2010) concordam que, na atualidade, é necessário pensar no sofrimento psíquico em uma perspectiva sistêmica, porque a complexidade das subjetividades está relacionada ao contexto em que o sujeito vive. Para as autoras, é imprescindível superar o entendimento tradicional que culpabiliza o sujeito e valorizar a experiência de vida em seus territórios. Navarini e Hirde (2008) também fundamentam uma crítica a modelos de terapêutica de clínica tradicional que contrapõem os familiares ao sujeito em sofrimento psíquico, tendo em vista que essa instituição social, apesar dos conflitos próprios, é indispensável para proporcionar respeito, acolhida e cuidados a esses sujeitos.

Defendendo essa visão, Coelho, Barros e Veloso (2017) trilham o caminho de ultrapassar a ênfase numa perspectiva individualista, alicerçada pelo modelo biomédico e hospitalocêntrico. Isso nos ajuda a entender que a família, assim como toda relação, tem conflitos que geram sofrimento, mas também características positivas que podem ser exploradas e benéficas para os sujeitos. Além disso, essa perspectiva possibilita críticas ao viés clínico em contrapartida a uma valorização psicossocial, por entender que, em conjunto, a atenção em saúde mental é uma estratégia mais potente.

Santin e Klafke (2011), em seu estudo sobre o cuidado em saúde mental no ambiente familiar, indicam que o efeito de quando não se toma esse núcleo como parceiro é perpetuar um modelo clínico psicodinâmico, em que os pais são responsáveis pela estrutura de uma "psicose", ou um modelo médico psiquiátrico de causa orgânica, que, eventualmente, tem base hereditária. Para as autoras, culpar as famílias ainda é um aspecto recorrente nos discursos, com base nas teorias de adoecimento psíquico que reproduzem o pensamento manicomial e que afastam os sujeitos de seu meio sem reconhecer o potencial do convívio.

Percebe-se que, historicamente, a família muitas vezes ficou afastada do tratamento do doente mental, porque esse, na maioria das vezes, encontrava-se em hospitais psiquiátricos. Neste modelo, o familiar era aliado do tratamento, a proibição das visitas nas primeiras semanas de internação acabava reforçando a culpa da família. Nos serviços que operam no contexto da Reforma Psiquiátrica, observa-se a necessidade de a família estar ao lado do portador de transtorno mental, modificando comportamentos, aprendendo formas de manejo e interagindo com a equipe. (Navarini; Hirdes, 2008, p. 687).

Como podemos perceber, ao longo do tempo, o discurso de distanciamento e culpabilização da família foi, paulatinamente, substituído por uma corresponsabilização, pois a aliança entre os profissionais e a família é fundamental para não se perder de vista o usuário, viabilizando melhores estratégias e produzindo efeitos que propiciem dignidade às pessoas em sofrimento psíquico como quaisquer outras. Salles e Barros (2013) afirmam que é necessário melhorar as relações ao lidar com a herança cultural que permeia as famílias e exclui essas pessoas por serem representadas como perigosas.

Os discursos presentes nos vídeos também sugerem sentidos vinculados às relações cotidianas quando as narrativas trazem situações do dia a dia como marcantes. Isso acontece, por exemplo, quando Estamira discorre sobre a insegurança de andar no seu território e quando Leonor

fala sobre a sensação de que os outros regulam suas vivências diárias. Mas, ambas resistem a essas experiências.

Salles e Barros (2013) afirmam que as relações cotidianas são representativas de uma rotina que deixa marcas físicas e subjetivas nas pessoas ao longo do tempo, que não só causam efeitos benéficos como também danosos para a saúde mental. É por isso que é necessário repensar a dinâmica do dia a dia, pois, quando os costumes dão suporte e incentivo, novos horizontes são traçados, visando alcançar dignidade e respeito à cidadania, além de estímulo ao senso crítico e ao protagonismo.

Para Souza (1998), é no cotidiano que os conhecimentos são construídos. Talvez por isso eles nunca sejam fechados e homogêneos, e os discursos comportam incoerências e variabilidades que não representam um problema. É importante considerar isso, porque os símbolos e as imagens da loucura, por exemplo, são repertórios produzidos e direcionados no dia a dia, com a intenção de convencer os outros e dar sentido ao desmoronamento e à angústia trazidos pelo sofrimento naquele momento da vida do sujeito.

Nessa permanente construção/desconstrução de sentidos, Rotelli (n/d) assevera que dialogar com a comunidade também é uma possibilidade de ‘desinstitucionalizar’ os pensamentos asilares que vão sendo sutilmente absorvidos pelas pessoas, pois, se o sujeito é a unidade que faz parte de um coletivo maior, precisa reestabelecer seus vínculos com qualidade. Na prática, esse novo lugar para o sofrimento psíquico se dá quando se rompe com discursos científicos, legalistas, administrativos e culturais, que constroem o entendimento da loucura, de maneira deturpada, como adoecimento ou incapacidade.

A produção da vida e a reprodução social que são o objetivo e a prática da "instituição inventada" devem evitar as estreitas vias do olhar clínico, assim como da investigação psicológica e da simples compreensão fenomenológica, e fazer-se tecido, engenharia de reconstrução de sentido [...] (Rotelli, n/d, p. 3, grifo do autor).

A citação destacada concorda com o pensamento de Zanchet, Palombini e Resende (2017) de que é necessário transformar as ideias acerca do sofrimento psíquico em concepções que reconheçam o potencial e o protagonismo dos sujeitos, como já exaustivamente sinalizado neste trabalho. Talvez a sensação de Leonor de ser vigiada, em seu dia a dia, não seja apenas uma interpretação própria, mas a denúncia de que sua liberdade de expressão não pode ser plenamente

estabelecida, indicando a loucura como esse fenômeno que ainda luta por um espaço de dignidade e tolerância por mais estranho que soem seus comportamentos.

Em seu capítulo sobre outras faces da clausura, Pelbart (1990) discorre sobre os manicômios mentais que permanecem incutidos na representação de “tratamento” psíquico, inclusive no cotidiano. Assim, a contribuição desse autor com essa discussão reside no fato de que, ao vivenciar a loucura, as pessoas sofrem rechaço de maneiras bem mais camufladas, mas que perpetuam a discriminação e a passividade – questão importante, sobretudo, atualmente, quando é ambicionado um novo lugar social para a loucura pela proposta reformista.

Nessa direção, Saad, Bastos e Souza (2019, p. 653) indicam que a estratégia de comunicação fica bastante enriquecida quando se valoriza o diálogo, pois rompe com a hegemonia do modelo biomédico ao conferir protagonismo aos usuários. “Tais abordagens devem romper com o habitual para dar sentido aos discursos e favorecer ressignificações na interlocução”.

Assim, encerra-se provisoriamente essa discussão, ciente de que o saber médico psiquiátrico com formato asilar precisa ser contestado. Como afirma Figueirêdo (2013), a ideia de que o louco é um monstro que compromete a vida em sociedade deve ser revista.

Venturini (2010) refere-se ao “caminho dos cantos” para indicar que os aborígenes australianos, enquanto percorrem determinadas estradas, cantam, uníssonos com seus companheiros e antepassados, uma metáfora para o que deveria ser a saúde comunitária que nos aproxima da “tessitura do amanhecer”, no poema ‘Tecendo a manhã’, de João Cabral de Melo Neto (2008, p. 219). É com esses versos que finalizamos este capítulo:

Um galo sozinho não tece uma manhã: ele precisará sempre de outros galos. De um que apanhe esse grito que ele e o lance a outro; de um outro galo que apanhe o grito que um galo antes e o lance a outro; e de outros galos que, com muitos outros galos, se cruzem os fios de sol de seus gritos de galo, para que a manhã, desde uma teia tênue, se vá tecendo, entre todos os galos.

E se encorpando em tela, entre todos, se erguendo tenda, onde entrem todos, se entretendendo para todos, no toldo (a manhã) que plana livre de armação. A manhã, toldo de um tecido tão aéreo que, tecido, se eleva por si: luz balão.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa surgiu da necessidade de explorar o desconhecido e da possibilidade de estranhar os processos e as contradições inerentes ao fluxo contínuo de transformação do cotidiano. Considerando isso, fizemos uma pesquisa documental, que se fundamentou na perspectiva teórico-metodológica da produção de sentidos, por meio da análise das práticas discursivas, e tomou como fonte os vídeos ‘Estamira’, ‘I am not a monster: schizophrenia’ e ‘A loucura entre nós’, três obras audiovisuais que foram selecionadas, pois respondiam ao principal objetivo deste trabalho, que foi de analisar os sentidos produzidos sobre o sofrimento psíquico em relatos de usuários de Saúde Mental.

Esse objetivo geral abrange outros três específicos – analisar como se constroem, nas narrativas desses sujeitos, o surgimento e a permanência do sofrimento psíquico; identificar os discursos (religioso, asilar, reformista etc.) que referenciam o sentido que eles atribuem ao sofrimento; e analisar o posicionamento dessas pessoas acerca do diagnóstico elaborado pelo saber médico.

Em primeiro lugar, podemos ressaltar que os discursos diziam do surgimento ou da permanência do sofrimento sem um início que fosse igual para os outros, pois, enquanto um participante o localizou numa etapa da vida em particular, outros disseram que o sofrimento veio em decorrência de tragédias ou do uso abusivo de diversas substâncias. Podemos inferir disso a inexatidão e a imprevisibilidade do existir, que revela a inconstância das experiências que mobilizam afetos e transformam os posicionamentos. Embora essa seja uma conclusão óbvia, consideramos importante mencioná-la.

Então, os discursos apontaram para o surgimento e a permanência do sofrimento psíquico de forma muito particular, pois são determinados por circunstâncias singulares advindas da forma como cada pessoa lida com o cotidiano na trajetória de sua vida. Logo, cada um tem condições muito únicas, e isso nos leva a refletir sobre a questão dos fatores objetivos, como o poder econômico ou até condições físicas, além de fatores subjetivos.

Nos relatos, a visão tradicional da loucura foi questionada no que se refere a algo ofensivo, indesejável e comparável com o que não é humano, sobretudo na conferência de Cecília, que já carrega como título a negação de que o esquizofrênico é um monstro.

Nos vídeos, os relatos se apoiam no saber da Psiquiatria para descrever e nomear o sofrimento psíquico usando expressões como esquizofrenia, paranoia, crise depressiva, bipolaridade ou referências a manuais classificatórios da medicina. Há quem se identifique com o hospital psiquiátrico de tal maneira que chega até mesmo a traçar um comparativo entre se ausentar daquele recinto e ter um braço amputado. Entretanto, outros relatos usam as mais diversas estratégias retóricas para lidar com essa experiência de outra maneira.

Nessa direção, alguns relatos demonstram uma recusa a aceitar a tendência hospitalocêntrica e de medicamentação. Posicionando-se dessa maneira, os sujeitos também resistem ao processo de estigmatização, pois são vozes que protagonizam e reivindicam dignidade, respeito e tolerância. Além disso, alguns deles rompem, ainda que provisoriamente, com um diagnóstico que minimiza seu próprio saber.

Os relatos também referenciam o sofrimento no sentido religioso ou místico. Isso possibilita concluir que a fé tem uma força muito intensa e pode se articular a questões de Saúde Mental. Essas dimensões que transcendem a racionalidade são um desafio para os profissionais, que precisam ultrapassar uma perspectiva dos saberes que negam a dimensão espiritual e acolher a amplitude que a reflexão sobre saúde pode alcançar.

Outro comentário pode ser realizado no tocante à medicação, pois alguns usuários se posicionaram utilizando o recurso de forma moderada, gerido por suas intenções e pelo reconhecimento do momento necessário para usá-lo. Esse posicionamento nos leva a pensar que a medicamentação pode ser superada quando se retira a centralidade orgânica e redirecionamos o olhar para uma perspectiva “biopsicossocioespiritual”.

Constatamos, ainda, que as tramas familiares são fundamentais na história de vida dessas pessoas, quando os participantes falam de situações de abuso sexual e crises familiares. As tensões são constantes, mas acreditamos, assim como a proposta reformista defende, que pode existir uma conexão entre os parentes que vai além de consanguinidade, pois os afetos são constitutivos das identidades e carregam um potencial que auxilia o processo de cuidado.

Não obstante, além da família, os usuários referenciam o cotidiano, quando dizem que não podem circular ou que se sentem vigiados e, conseqüentemente, aprisionados, o que reforça o pensamento de que é importante imergir no território dos sujeitos, pois, só assim, teremos condições de proporcionar uma atenção em Saúde Mental que acolha o sofrimento psíquico a partir de suas referências do dia a dia. Além disso, é preciso aproximar o sujeito do seu coletivo de



pertença, colocando em prática a política reformista de conferir assistência aos transtornos psíquicos no território sem ocorrer à segregação que é inerente ao paradigma asilar.

Dessa maneira, os sujeitos ressaltaram que têm vínculos com outros contextos e ocupam diversos lugares além do hospital, por mais que haja conflitos em algumas relações. E como se reconhecem como parte integrante desses locais, podemos concluir que convocam o outro a se corresponsabilizar. Então, é preciso garantir justiça social e proporcionar uma atenção psicossocial de boa qualidade, na perspectiva de não excluir ou discriminar as pessoas em sofrimento psíquico.

Tomadas em conjunto essas reflexões, podemos ser levados a concluir que a Reforma Psiquiátrica está em permanente construção, e a conquista por um novo lugar social da loucura é gradual. Caso essa proposta de fortalecimento do movimento reformista não seja considerada, pode haver uma violência significativa, proposição tão legítima que é inevitável a reclamação de Estamira através de grito e de indignação.

Todos esses elementos podem ser valiosos para reestruturar a atenção em saúde mental e, especialmente, para se praticar com mais eficácia a abordagem psicossocial. Assim, esperamos que a Reforma não se restrinja à retirada das pessoas dos hospitais, mas que, junto com elas, proporcione o resgate de sua cidadania, e que estimule a autonomia e a “habilitação” ao usuário.

Como serviço substitutivo, que tem o objetivo de desconstruir a loucura como doença mental, o CAPS, através de equipe multidisciplinar nos territórios, enfoca não apenas o atendimento individual do usuário, mas também seus relacionamentos afetivos, sociais, familiares e comunitários, considerando o papel indispensável desses coletivos para “habilitar” o indivíduo. Portanto, o sofrimento psíquico existe, mas não deve descaracterizá-los como pessoas, ao contrário, ele não elimina o potencial do sujeito nem a condição humana de ser criativa e potente. Cada vez mais, esse discurso deve ser considerado, devido à urgência de se superar uma Psiquiatria asilar, segregatória e intolerante com a variedade de posicionamentos identitários.

A relevância social deste estudo é que pode ser somado com os que já existem sobre o tema, ao escutar as pessoas em sofrimento psíquico e valorizar suas experiências, ressignificando-as, rompendo com um diagnóstico que minimiza seu saber. Isso se justifica porque é imprescindível, nas novas abordagens sobre Saúde Mental, trazer notoriedade para pessoas que, durante tantos anos, foram excluídas, porque, mais do que silenciadas, essas pessoas foram deixadas de ser ouvidas, já que nunca perderam suas vozes. Com esse olhar atento, passamos a nos entender como

parte responsável pelo acolhimento e pelo respeito ao outro em sua diversidade de expressões e significados.

Assim, considerando todos os aspectos aqui abordados, esperamos que este trabalho possa contribuir com uma reflexão acerca do que é sofrimento psíquico, na voz dos próprios usuários da Saúde Mental, e para reorientar as políticas públicas de saúde comprometidas em favorecer a cidadania e a inclusão social. A pesquisa também poderá trazer subsídios acadêmicos que fortaleçam o movimento da Reforma Psiquiátrica, pois, como já salientado, desde 2015, o cenário político nacional tem sido assumido por conservadores que endossam uma Contrarreforma alinhada aos interesses particulares de pessoas que se beneficiam através da indústria médico-farmacêutica, dos meios de comunicação em massa e de alguns periódicos científicos.

No âmbito acadêmico, sugerimos que sejam feitos novos estudos sobre o sofrimento psíquico, por meio de entrevistas que facilitem a exploração de determinadas questões que o limite de uma pesquisa documental não contemplou, dentre outros aspectos, visto que a mídia escolhida já havia seguido roteiros com outras estruturas ou objetivos.

Seja como for, que a utopia sirva para nos mobilizar como o escritor uruguaio Eduardo Galeano pondera: “me aproximo dois passos, ela se afasta dois passos, caminho dez passos, e o horizonte corre dez passos, e por mais que eu caminhe, jamais alcançarei. Para que serve a utopia? Serve para isso: para que eu não deixe de caminhar”.

## REFERÊNCIAS

ÁLVARO, José Luís; GARRIDO, Alícia. **Psicologia social: perspectivas psicológicas e sociológicas**. São Paulo: McGrawHill, 2007.

AMARANTE, Paulo. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

AMARANTE, Paulo; NUNES, Mônica de Oliveira. A Reforma Psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23 n. 6, p. 2067-2074, 2018. [doi:10.1590/1413-81232018236.07082018](https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018).

ANDRADE, Ana Paula Muller de; MALUF, Sônia Weidner. Loucos/as, pacientes, usuários/as, experientes: o estatuto dos sujeitos no contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira. **Saúde debate**, v. 41, n. 112, p. 273-284, 2017. [doi: 10.1590/0103-1104201711222](https://doi.org/10.1590/0103-1104201711222).

ARAÚJO, Thayse Samara Galdino; BARROS, Marcia Maria de Mont'Alverne. Concepções de líderes religiosos sobre as pessoas com transtornos mentais. **Revista Interinstitutional Brazilian Journal of Occupational Therapy**, v. 3 n. 3, p. 316-331, 2019. [doi:10.47222/2526-3544.rbto21956](https://doi.org/10.47222/2526-3544.rbto21956).

BALTAZAR; Daniele Vargas; SILVA, Claudia Osório de. O que a saúde mental tem a ver com religiosidade? **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 6, n. 14, p. 75-97, 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/68738>. Acesso em: 08 nov. 2021.

BORBA, Letícia de Oliveira.; SCHWARTZ, Eda; KANTORSKI, Luciane Prado. A sobrecarga da família que convive com a realidade do transtorno mental. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 21, n. 4, p. 588-594, 2008. [doi:10.1590/S0103-21002008000400009](https://doi.org/10.1590/S0103-21002008000400009).

BRAGA, Violante Augusta Batista; SILVEIRA Lia Carneiro. Acerca do conceito de loucura e seus reflexos na assistência de saúde mental. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 4, n. 13, p. 591-595, 2005. [doi:10.1590/S0104-11692005000400019](https://doi.org/10.1590/S0104-11692005000400019).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília, DF: o autor, 2004.

BRIGAGÃO, Jaqueline Isaac Machado *et al.* Como fazemos para trabalhar com a dialogia: a pesquisa com grupos. In SPINK, Mary Jane Paris *et al.* (Orgs.). **A produção de informação na pesquisa social: compartilhando ferramentas** (1a ed., cap. 4). Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2014. p. 73-96.

CÂMARA, Mariana Cristina; PEREIRA, Maria Alice Ornellas. Percepções de transtorno mental de usuários da Estratégia Saúde da Família. **Revista Gaúcha Enfermagem**, v. 31, n. 4, p. 730-737, 2010. [doi:10.1590/S1983-14472010000400017](https://doi.org/10.1590/S1983-14472010000400017).

- CARDANO, Mario. O movimento internacional de ouvidores de vozes: as origens de uma tenaz prática de resistência. **Journal of Nursing and Health**, v. 8, p. 1-12, 2018. [doi: 10.15210/jonah.V8I0.13981](https://doi.org/10.15210/jonah.V8I0.13981).
- CARON, Eduardo; FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. Gestão Autônoma da Medicação (GAM) como dispositivo de atenção psicossocial na atenção básica e apoio ao cuidado em saúde mental. **Saúde e sociedade**, v. 28, n. 4, p. 14-24, 2019. [doi:10.1590/S0104-12902019190697](https://doi.org/10.1590/S0104-12902019190697).
- CASTRO, Eliane Dias de; LIMA, Elizabeth Maria Freire de Araújo. Resistência, inovação e clínica no pensar e no agir de Nise da Silveira. **Interface**, v. 11, n. 22, p. 365-376, 2007. [doi: 10.1590/S1414-32832007000200017](https://doi.org/10.1590/S1414-32832007000200017).
- COELHO, Raquel Souza; VELÔSO, Thelma Maria Grisi; BARROS, Sibelle Maria Martins. Oficinas com usuários de saúde mental: a família como tema de reflexão. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 37, n. 2, p. 489-499, 2017. [doi:10.1590/1982-3703002612015](https://doi.org/10.1590/1982-3703002612015).
- CORRADI-WEBSTER, Clarissa Mendonça; LEÃO, Eduardo Augusto; RUFATO, Livia Sicaroni. Colaborando na trajetória de superação em saúde mental: grupo de ouvidores de vozes. **Nova perspectiva sistêmica**, v. 61, p. 100-119, 2018. [doi:10.21452/2594-43632018v27n61a01](https://doi.org/10.21452/2594-43632018v27n61a01).
- DALGALARRONDO, Paulo. Estudos sobre religião e saúde mental realizados no Brasil: histórico e perspectivas atuais. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 34, n. 1, p. 25-33, 2007. [doi: 10.1590/S0101-60832007000700005](https://doi.org/10.1590/S0101-60832007000700005).
- DELGADO, Pedro Gabriel Godinho *et al.* Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil in MELLO, Marcello Feijó de; MELLO, Andrea de Abreu Feijó; KOHN, Robert (Orgs.), **Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2007. P. 39-79.
- DIAS, Humberto Luiz. O Alienista: a materialidade no texto de Machado de Assis. **Revista Unitalo em pesquisa**, v. 7, n. 4, p. 144-158, 2017. Disponível em: [www.italo.com.br/portal/cepep/revista\\_eletronica.html](http://www.italo.com.br/portal/cepep/revista_eletronica.html). Acesso em: 08 nov. 2021.
- ESCOREL, Sarah. História das Políticas Públicas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990. In: GIOVANELLA, Lígia *et al* (Org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**, 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 323-364.
- FÁVERO, Altair Alberto; CENTENARO, Junior Bufon. A pesquisa documental nas investigações de políticas educacionais: possibilidades e limites. **Contrapontos**, v. 19, n. 1, p. 170-184, 2019. [doi: 10.14210/contrapontos.v19n1.p170-184](https://doi.org/10.14210/contrapontos.v19n1.p170-184). Acesso em: 08 nov. 2021.
- FAVERO, Caroline Poletto *et al.* Grupo de gestão autônoma da medicação num centro de atenção psicossocial: experiência de usuários. **Revista de Enfermagem Referência**, v. 4, n. 21, p. 91-105, 2019. [doi:10.12707/riv19002](https://doi.org/10.12707/riv19002).
- FIGUEIRÊDO, Alessandra Aniceto de. **A construção de categorias e de lugares para a loucura: uma análise dos discursos de usuários de CAPS I**. 2013 (Dissertação de Mestrado).

Programa de Pós-Graduação em Psicologia - Universidade Federal de Pernambuco, Recife, PE, Brasil, 2013.

FIGUEIRÊDO, Alessandra Aniceto de *et al.* Construção de categorias/lugares para a loucura em relatos de usuários de CAPS. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 41, n. 4, p. 1-16, 2021. [doi:10.1590/1982-3703003215322](https://doi.org/10.1590/1982-3703003215322).

FIGUEIRÊDO, Alessandra Aniceto de; CORDEIRO, Rosineide de Lourdes Meira. Discurso sobre a loucura. **Estudos Contemporâneos da Subjetividade**, v. 6, n. 2, p. 249-262, 2016. Disponível em <http://www.periodicoshumanas.uff.br/ecos/article/view/1850>. Acesso em: 08 nov. 2021.

FOUCAULT, Michel. **Doença mental e Psicologia**. São Paulo: Edições Texto & Grafia, 2008.

\_\_\_\_\_. **História da loucura na Idade Clássica** (9ª. ed). São Paulo: Perspectiva, 2012.

FRAYZE-PEREIRA, João Augusto. **O que é loucura** (3ª. ed.). São Paulo: Editora Brasiliense, 1984.

GERGEN, Kenneth Jay. **El yo saturado: dilemas de identidad en el mundo contemporáneo**. Barcelona, Buenos Aires, México: Paidós, 2006.

GRIGOLO, Tânia Maris. “Dizem que sou louco”: um estudo sobre identidade e instituição psiquiátrica. **Revista de Ciências Humanas** (Edição Especial Temática), v. 1, n. 1, p. 95-119, 2000. [doi:10.5007/%25x](https://doi.org/10.5007/%25x).

GUARESCHI, Neuza Maria de Fátima. Prefácio. In SPINK, Mary Jane Paris (Org.), **Linguagem e produção de sentidos no cotidiano**. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2010.

HARRÉ, Rom; LANGENHOVE, Luk Van. Introducing positioning theory. HARRÉ, Rom; LANGENHOVE, Luk Van (Orgs.), **Positioning theory: moral contexts of intentional action** (Cap 2). Massachusetts: Blackwell Publishers, 1999. p. 14-31.

HIDALGO, Luciana. **Lima Barreto e a literatura da urgência: a escrita do extremo no domínio da loucura**. 2007 (Tese de Doutorado). Programa de Pós-Graduação em Letras - Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2007.

IBAÑEZ, Tomás. La construcción social del socioconstruccionismo: retrospectiva y perspectivas. **Política y Sociedad**, v. 40, n. 1, p. 155-160, 2003. Disponível em: <https://revistas.ucm.es/index.php/POSO/article/view/POSO0303130155A/23709>. Acesso em: 08 nov. 2021.

KOENIG, Harold George. Religião, espiritualidade e Psiquiatria: uma nova era na atenção à saúde mental. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 34, n. 1, p. 5-7, 2007. [doi: 10.1590/S0101-60832007000700002](https://doi.org/10.1590/S0101-60832007000700002).

KRIPKA, Rosana Maria Luvezute; Scheller, Morgana; Bonotto, Danusa de Lara. Pesquisa documental na pesquisa qualitativa: conceitos e caracterização. **Revista de Investigaciones UNAD**, v. 14, n. 2, p. 55-73, 2015. Disponível em: <http://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2015/article/view/252>. Acesso em: 08 nov. 2021.

Lei nº. 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/110216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm). Acesso em: 08 nov. 2021

LEITE, Jader Ferreira *et al.* Produção de sentidos sobre os serviços de saúde: estudo com homens da cidade de Natal - RN. **Psicologia em revista**, v. 22, n. 1, p. 126-144, 2016. [doi: 10.5752/P.1678-9523.2016V22N1P126](https://doi.org/10.5752/P.1678-9523.2016V22N1P126).

LIMA, Ana Celma Dantas; JOHANN, Rejane Lucia Veiga Oliveira. Arthur Bispo do Rosário: a arte enquanto linguagem da esquizofrenia. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 7, n. 2, p. 99-107, 2015. Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2177-093X2015000200003](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2015000200003). Acesso em: 08 nov. 2021.

LINS, D. **Antonin Artaud: O artesão do corpo sem órgãos**, Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1999.

MADRID, Juan Carlos Cea; PARADA, Tatiana Castillo. Locura y neoliberalismo. El lugar de la antipsiquiatria en la salud mental contemporánea. **Política y Sociedad**, v. 55, n. 2, p. 559-574, 2018. [doi:10.5209/POSO.57277](https://doi.org/10.5209/POSO.57277).

MELO, Walter. Nise da Silveira e o campo da saúde mental (1944-1952): contribuições, embates e transformações. **Mnemosine**, v. 5, n. 2, p. 30-52, 2009. Disponível em: [https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/mnemosine/article/view/41432/pdf\\_158](https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/mnemosine/article/view/41432/pdf_158). Acesso em: 08 nov. 2021.

MELO NETO, João Cabral de. **A educação pela pedra** (1ª ed.). Alfaguara. 2008. Disponível em: <https://moisesnascimentoblog.files.wordpress.com/2016/08/a-educac3a7c3a3o-pela-pedra.pdf>. Acesso em: 08 nov. 2021.

MÉLLO, Ricardo Pimentel *et al.* Construcionismo, práticas discursivas e possibilidades de pesquisa. **Psicologia & Sociedade**, v. 19, n. 3, p. 26-32, 2007. [doi:10.1590/S0102-71822007000300005](https://doi.org/10.1590/S0102-71822007000300005).

MERHY, Emerson Elias. (2007). **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2007.

MIRANDA, Anne Crystie da Silva; CABRAL, Barbara Eleonora Bezerra. Vozes da loucura: reflexões críticas a partir de narrativas de pessoas que viveram uma internação psiquiátrica. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 8, n. 19, p. 42-66, 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/69056/41537>. Acesso em: 08 nov. 2021.

MURAKAMI, Rose; CAMPOS, Claudinei José Gomes. Religião e saúde mental: desafio de integrar a religiosidade ao cuidado com o paciente. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 65, n. 2, p. 361-367, 2012. [doi:10.1590/S0034-71672012000200024](https://doi.org/10.1590/S0034-71672012000200024).

NASCIMENTO, Vanda Lúcia Vitoriano do; TAVANTI, Roberth Minguine; PEREIRA, Camila Claudino Quino. O uso de mapas dialógicos como recurso analítico em pesquisas científicas. In SPINK, Mary Jane Paris *et al* (Orgs.). **A produção de informação na pesquisa social: compartilhando ferramentas** (1a ed., cap. 12). Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2014. p. 247-272.

NAVARINI Vanessa; HIRDES Alice. A família do portador de transtorno mental: identificando recursos adaptativos. **Texto & contexto enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 680-688, 2008. Disponível em: <https://redalyc.org/articulo.oa?id=71411240008>. Acesso em: 08 nov. 2021.

OLIVEIRA FILHO, Pedro. A Psicologia Social Discursiva. In: CAMINO, Leoncio *et al* (Orgs.), **Psicologia Social: temas e teorias**, Brasília: Technopolitik, 2013. p. 465 – 509.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde** (10a rev). São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2014.

PAIVA, Raquel de. Espiritualidade, Religiosidade e Subjetividade no Contexto do Sofrimento Psíquico Grave. **ECOS - Estudos Contemporâneos da Subjetividade**. v. 8, n. 2., p. 278-290, 2018. Disponível em: <http://www.periodicoshumanas.uff.br/ecos/article/view/2852/1567>. Acesso em: 08 nov. 2021

PELBART, Peter Pál. Manicômio mental: a outra face da clausura. IN: LANCETTI, Antonio de (Org.), **Saúde loucura** (2a ed.). São Paulo: Hucitec, 1990. p.130-138.

\_\_\_\_\_. **A nau do tempo-rei: sete ensaios sobre o tempo da loucura**. Rio de Janeiro: Imago, 1993.

PEREIRA, Erica Cristina; COSTA-ROSA, Abílio da. Problematizando a Reforma Psiquiátrica na atualidade: a saúde mental como campo da práxis. **Saúde e Sociedade**, v. 21, n. 4, p. 1035-1043, 2012. [doi:10.1590/S0104-12902012000400020](https://doi.org/10.1590/S0104-12902012000400020).

PESSOTI, Isaias. **Os nomes da loucura**. São Paulo: Editora 34, 1999.

PINHEIRO, Odette Godoy. Entrevista: uma prática discursiva. In SPINK, Mary Jane Paris (Org.), **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano** (Cap. VII). Rio de Janeiro: Editora Cortez, 2013. p. 156-187.

RASERA, Emerson Fernando; JAPUR, Marisa. Os sentidos da construção social: o convite construcionista para a Psicologia. **Paidéia**, v. 15, n. 30, p. 21-29, 2005. [doi:10.1590/S0103-863X2005000100005](https://doi.org/10.1590/S0103-863X2005000100005).

RIBEIRO, Flávia Regina Guedes. Controvérsias como práticas discursivas. **Fractal Revista de Psicologia**, v. 23, n. 3, p. 557-578, 2011. [doi:10.1590/S1984-02922011000300008](https://doi.org/10.1590/S1984-02922011000300008).

ROCCA, Adolfo Vásquez. Antipsiquiatria: deconstrucción del concepto de enfermedad mental y crítica de la 'razón psiquiátrica'. **Nómadas Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas**, v. 31, n. 3, p. 1-18, 2011. [doi:10.5209/rev\\_NOMA.2011.v31.n3.36823](https://doi.org/10.5209/rev_NOMA.2011.v31.n3.36823).

ROCHA, Everardo Pereira Guimarães. **O que é etnocentrismo** (5ª ed). São Paulo: Editora Brasiliense, 1988.

RODRIGUES, Dayane Silva. **Sentidos sobre saúde-doença mental: uma interlocução com usuários que participam de um grupo terapêutico do CAPS**. 2011. (Dissertação de Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil, 2011.

ROSA, Lucia. **Transtorno mental e o cuidado na família**. São Paulo, SP: Cortez, 2011.

ROTELLI, Franco. A instituição inventada. **Revista Per la salute mentale / For mental health**", v. 1, n. 88, (n. d.). Disponível em: [http://oriundi.net/files/istituz.invent\\_po.pdf](http://oriundi.net/files/istituz.invent_po.pdf). Acesso em: 08 nov. 2021.

SAAD, Amanda Pereira Risso; BASTOS, Paulo Haidamus de Oliveira.; SOUZA, Geisa Alessandra Cavalcante de. Práticas discursivas e produção de sentidos: análise da aplicação em Saúde Mental no Brasil. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, v. 13, n. 3, 2019. [doi:10.29397/reciis.v13i3.1602](https://doi.org/10.29397/reciis.v13i3.1602).

SALLES, Mariana Moraes; BARROS, Sonia. Reinternação em hospital psiquiátrico: a compreensão do processo saúde/doença na vivência do cotidiano. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 41, n. 1, p. 73-81, 2007. [doi: 10.1590/S0080-62342007000100010](https://doi.org/10.1590/S0080-62342007000100010).

\_\_\_\_\_. Representações sociais de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial e pessoas de sua rede sobre doença mental e inclusão social. **Saúde e sociedade**, v. 22, n. 4, p. 1059-1071, 2013. [doi:10.1590/S0104-12902013000400009](https://doi.org/10.1590/S0104-12902013000400009).

SANDER, Jardel. A caixa de ferramentas de Michel Foucault, a Reforma Psiquiátrica e os desafios contemporâneos. **Psicologia & Sociedade**, v. 22, n. 2, p. 382-387, 2011. [doi: 10.1590/S0102-71822010000200019](https://doi.org/10.1590/S0102-71822010000200019), 2010.

SANTIN, Gisele; KLAFKE, Teresinha Eduardes. A família e o cuidado em saúde mental. **Barbarói**, v. 34, p. 146-160. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/view/1643/1567>. Acesso em: 08 nov. 2021.

SILVA, Darlan dos Santos Damásio. **Os sentidos produzidos por usuários de CAPS II acerca de suas vivências em transtorno mental/comportamento**. 2016. (Dissertação de Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia - Universidade Federal de Alagoas, Maceió, AL, Brasil, 2016.



SILVEIRA Luana da; NUNES, Mônica de Oliveira. Para além e aquém de anjos, loucos ou demônios: CAPS e Pentecostalismo em análise. **Polis e Psique**, v. 3, n. 1, p. 119-141, 2013. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/PolisePsique/article/view/41767>. Acesso em: 08 nov. 2021.

SILVEIRA Marília; PALOMBINI, Analice de Lima. Pesquisar com a loucura. **Alegrar**, v. 17, p. 1-28, 2016. Disponível em: <https://alegrar.com.br/editorial-17>. Acesso em: 08 nov. 2021.

SOARES, Carlene Borges; MUNARI, Denize Bouttelet. Considerações acerca da sobrecarga em familiares de pessoas com transtornos mentais. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 6, n. 3, p. 357-362, 2007. [doi:10.4025/ciencucuidsaude.v6i3.4024](https://doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v6i3.4024).

SOARES, Silvio de Azevedo. Estamira e os frágeis limiares heterotópicos de resistência à psiquiatria enquanto estratégia de governo biopolítico das diferenças. **PLURAL, Revista do Programa de Pós-Graduação em Sociologia da USP**, v. 27, n. 1, p. 256-281, 2020. [doi:10.11606/issn.2176-8099.pcs0.2020.151021](https://doi.org/10.11606/issn.2176-8099.pcs0.2020.151021).

SOTO, Carlos Pérez. **Una nueva antipsiquiatria. Crítica y conocimiento de las técnicas de control psiquiátrico**. Santiago: Jpneira, 2012. Disponível em: [https://academia.edu/40622003/Carlos\\_Pérez\\_Soto\\_Una\\_nueva\\_antipsiquiatria](https://academia.edu/40622003/Carlos_Pérez_Soto_Una_nueva_antipsiquiatria). Acesso em: 08 nov. 2021.

SOUZA, Iara Maria de Almeida. Um retrato de Rose: considerações sobre processos interpretativos e elaboração de história de vida. In: DUARTE, Luiz Fernando Dias; LEAL, Ondina Fachel (Orgs.). **Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas** (2ª ed). Rio de Janeiro: Fiocruz, 1988. p. 151-168.

SPINK, Mary Jane Paris. A ética na pesquisa social: da perspectiva prescritiva à interanimação dialógica. **Psico**, v. 3, n. 1, p. 7-22, 2000. Disponível em: [https://www.academia.edu/906162/A\\_%C3%A9tica\\_na\\_pesquisa\\_social\\_da\\_perspectiva\\_prescritiva\\_%C3%A0\\_interanima%C3%A7%C3%A3o\\_dial%C3%B3gica](https://www.academia.edu/906162/A_%C3%A9tica_na_pesquisa_social_da_perspectiva_prescritiva_%C3%A0_interanima%C3%A7%C3%A3o_dial%C3%B3gica). Acesso em: 08 nov. 2021.

\_\_\_\_\_. **Linguagem e produção de sentidos no cotidiano**. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2010.

SPINK, Mary Jane Paris; FREZZA, Rose Mary. Práticas discursivas e produção de sentido. In SPINK, Mary Jane Paris (Org.), **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano** (Cap I). Rio de Janeiro: Editora Cortez, 2013. p. 1-21.

SPINK, Mary Jane Paris; LIMA, Helena. Rigor e visibilidade. In SPINK, Mary Jane Paris (Org.), **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano** (Cap. IV). Rio de Janeiro: Editora Cortez, 2013. p. 71-99.

SPINK, Mary Jane Paris; MEDRADO, Benedito. Produção de sentidos no cotidiano. In SPINK, Mary Jane Paris (Org.), **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano** (Cap. II). Rio de Janeiro: Editora Cortez, 2013. p. 22-41.

SPINK, Mary Jane Paris; MENEGON, Vera Mincoff. A pesquisa como prática discursiva. In SPINK, Mary Jane Paris (Org.), **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano** (Cap. III). Rio de Janeiro: Editora Cortez, 2013. p. 42-70.

SPINK, Mary Jane Paris; SPINK, Peter Kevin. Pesquisar o/no cotidiano na pesquisa social: reflexões sobre a noção de lugar, território e redes de associação. **Quaestio - Revista De Estudos Em Educação**, v. 19, n.3, p. 591-605. 2017.

TENÓRIO, Fernando. A Reforma Psiquiátrica brasileira da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 9, n. 1, p. 25-59, 2002. [doi:10.1590/S0104-59702002000100003](https://doi.org/10.1590/S0104-59702002000100003).

VENTURINI, Ernesto. “O caminho dos cantos”: morar e intersectorialidade na saúde mental. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 22, n. 3, p. 471-480, 2010. [doi:10.1590/S1984-02922010000900002](https://doi.org/10.1590/S1984-02922010000900002).

\_\_\_\_\_. Saúde mental e direito: a contenção em Psiquiatria. In VELÔSO, Thelma Maria Grisi; EULÁLIO, Maria do Carmo (Orgs.), **Saúde mental: saberes e fazeres** (Elio Perinelli, Trad). Campina Grande: EDUEPB. Disponível em: <http://www.uepb.edu.br/download/ebooks/SauCC81de-mental-EBOOK.pdf>, 2016. p. 23-66.

\_\_\_\_\_. **A linha curva: o espaço e o tempo da desinstitucionalização**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2016b.

ZANCHET, Lívia; PALOMBINI, Analice de Lima; RESENDE, Vera Lucia Sobral. Concepções sobre a loucura nos arredores do Hospital Psiquiátrico São Pedro e dos Serviços Residenciais Terapêuticos Morada São Pedro. In BELLOC, Márcio Mariath *et al.* **Além dos muros: acompanhamento terapêutico como Política Pública de Saúde Mental e Direitos Humanos**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2017. p. 223-238.

## Vídeos

A LOUCURA entre nós. Direção: Fernanda Fontes Vareille. Produção: Fernanda Fontes Vareille, Amanda Gracioli. Intérpretes: Aloísio José da Paixão Conceição, Marcelo Magnelli, Elisângela Costa de Oliveira, Dimitri Ganzelevichi, Edilson dos Santos, Cândido dos Santos Júnior, Clarisse de Oliveira, Leni Nunes dos Santos, Bárbara Cerqueira dos Santos, Bárbara Pinto Costa. Roteiro: Fernanda Vareille. Salvador: Águas de Março, 2016. (1:16:05), son. color. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=nozKu0MjkHU&t=3695s>. Acesso em: 08 nov. 2021.

ESTAMIRA. Direção: Marcos Prado. Produção: José Bastos Padilha Neto. Intérpretes: Estamira. Duque de Caxias: Zazen Produções, 2004. (1:54:11), son. color. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=IcUKQNj3HEg>. Acesso em: 08 nov. 2021.

I am not a monster: schizophrenia. University Park - Pensilvânia, Conferencista: Cecília McGough, 2017. 1 vídeo (0:14:40). Publicado pelo TEDx Talks. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=xbagFzcyNiM>. Acesso em: 08 nov. 2021.

## APÊNDICE A: ESTRUTURA DO MAPA DIALÓGICO

| Quem fala       | Como se constroem, nas narrativas desses sujeitos, o surgimento e a permanência do sofrimento psíquico | Discursos (religioso, asilar, reformista etc.) que referenciam o sentido que eles atribuem ao sofrimento | Posicionamento dessas pessoas acerca do diagnóstico elaborado pelo saber médico |
|-----------------|--|--|---|
| Cecília McGough | [Fala conferência 'I am not a monster: schizophrenia'] (Linhas a-b)                                    |  |   |
| Estamira        |  | [Fala vídeo 'Estamira'] (Linhas g-h)   |   |
| Cartola         |  |  | [Fala vídeo 'A loucura entre nós'] (Linhas j-l)                                 |
| Djavan          |  | [Fala vídeo 'A loucura entre nós'] (Linhas n-o)  |   |
| Nadir           | [Fala vídeo 'A loucura entre nós'] (Linhas q-r)  |  |   |
| Leonor          |  | [Fala vídeo 'A loucura entre nós'] (Linhas u-v)  |   |
| Elisângela      |  |  | [Fala vídeo 'A loucura entre nós'] (Linhas x-y)                                 |

## ANEXO A: PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (UEPB)

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA  
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE  
PÓS-GRADUAÇÃO E  
PESQUISA / UEPB - PRPGP



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DA EMENDA

**Título da Pesquisa:** Os sentidos construídos sobre o sofrimento psíquico em vídeo-documentários

**Pesquisador:** Pablo Leonardo de Melo

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 35606120.8.0000.5187

**Instituição Proponente:**

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 4.544.446

#### Apresentação do Projeto:

Lê-se:

O objetivo desta pesquisa é de analisar os sentidos produzidos sobre o sofrimento psíquico em vídeo documentários. Para introduzir o objeto de estudo, procedeu-se a uma breve retrospectiva da história da loucura, desde a Grécia Antiga até os dias atuais, com a proposta da Reforma Psiquiátrica. Adotou-se a perspectiva teórico-metodológica de Mary Jane Spink, uma proposta de estudo da produção de sentidos a partir da análise das práticas discursivas. Esse empreendimento se justifica porque é importante escutar as pessoas, acolher a ameaça de desmoronamento da vida, causada pelo sofrimento psíquico, e possibilitar que ele se volte para sua trajetória, a fim de descobrir o sentido das experiências vividas e de romper, ainda que provisoriamente, com um diagnóstico que minimiza seu próprio saber. Assim, a relevância social desta pesquisa consiste em trazer contribuições não apenas acadêmicas, mas também para todos os protagonistas envolvidos na Reforma Psiquiátrica, e refletir sobre novas formas de pensar nesse tema ou em caminhos que devem continuar sendo percorridos. Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, com caráter exploratório, para cujo desenvolvimento será feita uma pesquisa documental. Os instrumentos de coleta de dados serão três vídeo-documentários compartilhados no YouTube, são eles: "A loucura entre nós"; "Estamira"; "I am not a monster: schizoprenia". Os relatos serão submetidos à análise do discurso de acordo com a proposta dos mapas dialógicos (M. J. P. Spink, 2010; M. J. P. Spink & Lima, 2013; Nascimento, Tavanti & Pereira, 2014). O projeto será registrado na Plataforma Brasil e

**Endereço:** Av. das Baraúnas, 351- Campus Universitário  
**Bairro:** Bodocongó **CEP:** 58.109-753  
**UF:** PB **Município:** CAMPINA GRANDE  
**Telefone:** (83)3315-3373 **Fax:** (83)3315-3373 **E-mail:** cep@setor.uepb.edu.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA  
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE  
PÓS-GRADUAÇÃO E  
PESQUISA / UEPB - PRPGP



Continuação do Parecer: 4.544.446

seguirá os aspectos éticos da investigação com seres humanos, conforme a Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

**Objetivo da Pesquisa:**

Lê-se:

Objetivo geral

Analisar os sentidos construídos sobre o sofrimento psíquico em vídeo documentários.

Objetivos específicos

- a) Analisar como se constroem, nas narrativas desses sujeitos, o surgimento e a permanência do sofrimento psíquico;
- b) Identificar os discursos (religioso, asilar, reformista etc.) que referenciam o sentido que eles atribuem ao sofrimento;
- c) Identificar o posicionamento dessas pessoas acerca do diagnóstico elaborado pelo saber médico.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Lê-se:

É possível que os entrevistados sintam certo desconforto, já que se trata de um tema que pode soar como delicado, considerando que os entrevistados falaram de suas experiências, e isso pode causar certa angústia quando perceberem sua história de vida. Embora esse seja um risco, existe o benefício de poder avançar nas reflexões sobre o sofrimento psíquico e a proposta da Reforma Psiquiátrica, conhecendo a história de vida dos usuários, e retirá-los do 'silêncio' ao qual foram submetidos pela psiquiatria asilar, visto que serão os protagonistas da pesquisa.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O estudo é de relevância científica e social.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os termos encontram-se anexados.

**Recomendações:**

Enviar relatório quando da realização do estudo.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Somos de parecer favorável à realização do estudo.

**Endereço:** Av. das Baraúnas, 351 - Campus Universitário  
**Bairro:** Bodocongó **CEP:** 59.109-753  
**UF:** PB **Município:** CAMPINA GRANDE  
**Telefone:** (83)3315-3373 **Fax:** (83)3315-3373 **E-mail:** cep@setor.uepb.edu.br

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA  
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE  
PÓS-GRADUAÇÃO E  
PESQUISA / UEPB - PRPGP**



Continuação do Parecer: 4.544.446

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

| Tipo Documento  | Arquivo                                     | Postagem               | Autor                  | Situação |
|---|---|------------------------|------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto                            | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1694507_E1.pdf       | 15/02/2021<br>16:09:34 |                        | Aceito   |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador                 | Projeto_Detalhado_Alterado.docx             | 15/02/2021<br>16:09:00 | Pablo Leonardo de Melo | Aceito   |
| Outros  | TCPR.docx                                   | 24/07/2020<br>18:10:20 | Pablo Leonardo de Melo | Aceito   |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE_e_TALE.docx                            | 24/07/2020<br>18:09:12 | Pablo Leonardo de Melo | Aceito   |
| Declaração de concordância                                | Declaracao.pdf                              | 24/07/2020<br>18:09:00 | Pablo Leonardo de Melo | Aceito   |
| Outros  | Apendice_Levantamento_sociodemografico.docx | 14/07/2020<br>12:56:30 | Pablo Leonardo de Melo | Aceito   |
| Outros  | TAGV.docx                                   | 14/07/2020<br>12:43:57 | Pablo Leonardo de Melo | Aceito   |
| Outros  | TAI.docx                                    | 14/07/2020<br>12:39:23 | Pablo Leonardo de Melo | Aceito   |
| Cronograma  | Cronograma.docx                             | 14/07/2020<br>12:31:33 | Pablo Leonardo de Melo | Aceito   |
| Folha de Rosto  | FolhaDeRosto.pdf                            | 14/07/2020<br>12:00:29 | Pablo Leonardo de Melo | Aceito   |

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

CAMPINA GRANDE, 17 de Fevereiro de 2021

**Assinado por:**

**Dóris Nóbrega de Andrade Laurentino  
(Coordenador(a))**

**Endereço:** Av. das Baraúnas, 351- Campus Universitário  
**Bairro:** Bodocongó **CEP:** 58.109-753  
**UF:** PB **Município:** CAMPINA GRANDE  
**Telefone:** (83)3315-3373 **Fax:** (83)3315-3373 **E-mail:** csp@setor.uepb.edu.br