

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ARTES, CIÊNCIAS E HUMANIDADES

DÉBORA CIDRO DE BRITO

**Luta antimanicomial: da participação política à formação da personagem
militante**

São Paulo
2014

DÉBORA CIDRO DE BRITO

**Luta antimanicomial: da participação política à formação da personagem
militante**

Versão corrigida

Dissertação apresentada à Escola e Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências pelo Programa de Pós Graduação em Mudança Social e Participação Política

Versão corrigida contendo as alterações solicitadas pela comissão julgadora em 11 de setembro de 2014. A versão original encontra-se em acervo reservado na Biblioteca da EACH/USP e na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da USP (BDTD), de acordo com a Resolução CoPGr 6018, de 13 de outubro de 2011.

Área de Concentração:

Mudança Social e Participação Política

Orientador:

Prof. Dr. Marco Antonio Bettine de Almeida

São Paulo
2014

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

CATALOGAÇÃO-NA-PUBLICAÇÃO
Biblioteca
Escola de Artes, Ciências e Humanidades da
Universidade de São Paulo

Brito, Débora Cidro de

Luta antimanicomial : da participação política à formação da
personagem militante / Débora Cidro de Brito ; orientador, Marco
Antonio Bettine de Almeida. – São Paulo, 2014

117 f.

Dissertação (Mestrado em Ciências) - Programa de Pós-
Graduação em Mudança Social e Participação Política, Escola de
Artes, Ciências e Humanidades, Universidade de São Paulo
Versão corrigida

1. Hospitais psiquiátricos. 2. Reforma psiquiátrica. 3.
Serviços de saúde mental. 4. Participação política. I. Almeida,
Marco Antonio Bettine de, orient. II. Título.

CDD 22.ed. – 362.21

BRITO, Débora Cidro de

Luta antimanicomial: da participação política à formação da personagem militante

Dissertação apresentada à Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências pelo Programa de Pós Graduação em Mudança Social e Participação Política

Aprovada em: 11 de setembro de 2014.

Banca Examinadora

Prof. Dr. Aluísio Ferreira de Lima

Instituição: Departamento de Psicologia - Universidade Federal do Ceará

Profa. Dra. Soraia Ansara

Instituição: Escola de Artes, Ciências e Humanidades - Universidade de São Paulo

Profa. Dra. Marília Velardi

Instituição: Escola de Artes, Ciências e Humanidades - Universidade de São Paulo

À todos os militantes da luta antimanicomial: usuários, familiares e trabalhadores que lutam não somente pela humanização das práticas de atenção em saúde mental, mas por uma sociedade mais justa, e que reconhecem na luta antimanicomial um elemento importante para a mudança social.

AGRADECIMENTOS

Escrever os agradecimentos numa dissertação que pretende discutir a metamorfose da identidade é, antes de tudo, a oportunidade de reconhecer pessoas e lugares importantes para minha própria metamorfose. Então, mais que um espaço de mera formalidade, é um espaço de reconhecimento. Uma dissertação não materializa apenas uma pesquisa, materializa uma série de encontros que aconteceram e favoreceram (ou foram imprescindíveis) para chegar até aqui.

À Capes, meu agradecimento pela bolsa de estudos, sem a qual esta pesquisa não poderia ser realizada.

Aos professores do Programa de Pós Graduação em Mudança Social e Participação Política, em especial:

Ao Prof. Marco Antonio Bettine de Almeida, por me incentivar a fazer o mestrado quando ainda era sua orientanda na especialização em Psicologia Política, e posteriormente, pela orientação nesta pesquisa. Obrigada pela confiança que depositou em mim.

À Profa. Soraia Ansara, pelos ensinamentos em sala de aula que foram indispensáveis em minha formação e por aceitar participar do exame de defesa.

Ao Prof. Dennis de Oliveira, pela disponibilidade, humildade e profissionalismo na forma de se relacionar com os alunos;

Ao Prof. Alessandro Soares da Silva, coordenador do Grupo de Estudos em Psicologia Política, Políticas Públicas e Multiculturalismo (Gepsipolim) e idealizador desse programa de pós-graduação, por sua coragem, irreverência, por também ter me incentivado a fazer o mestrado e pelas indicações de leitura dos trabalhos do Prof. Aluísio Ferreira de Lima.

À Profa. Elizabete Franco Cruz, pela atenção e disponibilidade no exame de qualificação.

Às amigas que se fortaleceram e aos amigos que fiz nesse período, obrigada por terem sido a parte leve do mestrado, seja pelas risadas, as discussões teóricas, as viagens ou pelo apoio nas horas de desespero: Semíramis Costa Chicareli, Elvira Riba Hernandez, Eliete Edwiges, Felipe Corrêa, Rogério Ferro, Fábio Ortolano, Ana Rita dos Santos Ferreira, Tatiana Oliveira, Tatiane Ferreira, Maria Eugenia, Babel Hajjar, Gabriela Pudenzi, Tâmara Pacheco, Danilo Oliveira, Aline Carmo, Fábio Bosso, Paulo Bittencourt, Fernanda Santos, Mônica Cardona, Livia Pizauro Sanchez, Andrea Nunes, Salette Perroni, Thiago Bonfim dos Santos, Ramon Zago, Laís Assis, Raquel Rizzi e Marcelo Arias.

À Profa. Marília Velardi, pelas contribuições no exame de qualificação e agora por aceitar participar do exame de defesa.

Ao Prof. Aluísio Ferreira de Lima, por aceitar fazer parte do exame de defesa e pela disponibilidade que apresentou desde então, ajudando-me a esclarecer dúvidas importantes durante a pesquisa.

Ao Prof. Juracy Armando Mariano de Almeida, pela gentileza, quando no Encontro da Abrapso, se prontificou a explicar alguns conceitos que vinha trabalhando de forma indevida.

Aos funcionários da EACH, em especial Tiago e Marcus da Secretaria de Pós Graduação e Mária de Fátima da Biblioteca.

Às amigas do coração e da militância Patrícia Farina , Claudia Morais e Elaine Vasconcelos, com quem posso dividir as angústias e as alegrias de atuar num campo ainda tão invisível para a sociedade de forma geral.

À minha família, que ainda consegue entender a falta de tempo e a ausência em alguns momentos.

Por fim, mas não menos importante: aos participantes das entrevistas, Laura, Fernando, Maria, Paulo, Carlos e Moraes, que a militância de vocês possa continuar, e quem sabe, incentivar outros usuários e familiares a fazer parte desta luta.

À todos vocês, meu eterno agradecimento!

O Senhor... Mire e veja: o mais importante e bonito, do mundo, é isto: que as pessoas não estão sempre iguais, ainda não foram terminadas – mas que elas vão sempre mudando. Afinam ou desafinam. Verdade maior. É o que a vida me ensinou. Isso que me alegra, montão.

João Guimarães Rosa

RESUMO

BRITO, Débora Cidro de. **Luta antimanicomial**: da participação política à formação da personagem militante. 2014. 117 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Escola de Artes, Ciências e Humanidades, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.

As ações que resultaram na Reforma Psiquiátrica tiveram início no Brasil a partir da década de 1970 e, especialmente na década de 1980, favorecendo a abertura para a participação política de usuários dos serviços de saúde mental e familiares de usuários, possibilitando a formação de diversos coletivos antimanicomiais que partilham dos ideais de eliminação dos manicômios, das práticas segregadoras em relação à saúde mental e pelo reconhecimento dos direitos e das capacidades de uma pessoa portadora de sofrimento psíquico. Essas transformações que vem ocorrendo nos últimos anos colocaram o usuário e o familiar em outra relação, seja com a própria loucura, seja com a sociedade, pois, ao menos em tese, novas possibilidades de inserção no espaço público foram se mostrando. Ainda assim, reconhecemos também os interesses envolvidos na Reforma Psiquiátrica que podem esconder as práticas manicomiais ainda presentes na sociedade, podendo ser essas transportadas para espaços extra-muros. Diante disso, os usuários e familiares que participam de coletivos antimanicomiais encontram-se na encruzilhada das políticas de identidades que regulam seu modo de vida e os lugares de sua existência e, das identidades políticas que visam desconstruir naturalizações de desigualdades sociais a que alguns grupos estão submetidos. Entre esses dois polos, desejamos verificar como se dá as metamorfoses da identidade de militantes da luta antimanicomial. Para isso, utilizamos duas histórias de vida: Laura e Fernando, militantes da luta antimanicomial que vão nos contar, por meio de suas memórias da participação política, como as relações sociais se materializaram em suas individualidades. Para a análise de suas histórias, utilizamos o referencial teórico de autores que entendem a identidade pelo sintagma identidade-metamorfose-emancipação. Ao final, verificamos o potencial emancipador da luta por reconhecimento que ambos estiveram inseridos, evidenciando a busca por melhores condições de vida para outros indivíduos, assim como o reconhecimento de seu valor social.

Palavras-chave: Luta antimanicomial. Participação política. Identidade. Luta por reconhecimento.

RESUMEN

BRITO, Débora Cidro de. **Lucha Antimanicomial**: de la participación política a la formación de la personaje militante. 2014. 117 f. Disertación (Maestría en Ciencias) – Escola de Artes, Ciências e Humanidades, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.

Las acciones que dieron como resultado la Reforma Psiquiátrica tuvieron sus inicios en Brasil a partir de la década de 1970 y, especialmente en la década de 1980, favoreciendo la apertura para la participación política de los usuarios de los servicios de salud mental y familiares de usuarios, posibilitando la formación de diversos colectivos antimanicomiales que comparten los ideales de eliminación de los manicomios, de las prácticas segregadoras en relación a la salud mental y por el reconocimiento de los derechos y de las capacidades de una persona portadora de sufrimiento psíquico. Esas transformaciones que vienen ocurriendo en los últimos años colocaron al usuario y al familiar en otra relación, ya sea con la propia locura, o con la sociedad, pues, al menos en tesis, nuevas posibilidades de inserción en el espacio público fueron mostrándose. De cualquier manera, reconocemos también los intereses relacionados a la Reforma Psiquiátrica que pueden esconder prácticas manicomiales aún presentes en la sociedad, pudiendo ser estas transportadas para espacios extra-muros. Así, los usuarios y familiares que participan en colectivos antimanicomiales se encuentran frente a la encrucijada de las políticas de identidades que regulan su modo de vida y los lugares de su existencia y, de las identidades políticas que pretenden deconstruir naturalizaciones de desigualdades sociales a las que algunos grupos son sometidos. Entre estos dos polos, deseamos verificar cómo se da la metamorfosis de la identidad de militantes de la lucha antimanicomial. Para esto, utilizamos dos historias de vida: Laura y Fernando, militantes de la lucha antimanicomial que nos contaron, por medio de sus memorias de participación política, como las relaciones sociales se materializaron en sus individualidades. Para el análisis de sus historias, utilizamos referencias teóricas de autores que entienden la identidad por el sintagma identidad-metamorfosis-emancipación. Al final, verificamos el potencial emancipador de la lucha por reconocimiento en la que ambos estuvieron insertos, evidenciando la búsqueda por mejores condiciones de vida para otros individuos, así como el reconocimiento de su valor social.

Palabras-claves: Lucha antimanicomial. Participación política. Identidad. Lucha por reconocimiento.

ABSTRACT

BRITO, Débora Cidro de. **Antimanicomial struggle**: political participation to the training of activist personage. 2014. 117 f. Dissertation (Master of Science) – Escola de Artes, Ciências e Humanidades, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.

The actions which resulted in the Psychiatric Reform began in the 1970s especially in the 1980s in Brazil and have favoured openness to the political participation for mental health service of users and their families. This fact has enabled the formation of various anti-asylum collectives which shared the ideals of eliminating not only the asylums but also the segregating practices regarding mental health and for the recognition of the rights and capacities of people with mental suffering. These transformations which have occurred in recent years have provided the users and their families the opportunity to establish a different relation with either the insanity or the society, once, at least in thesis, they were shown new possibilities of being inserted into the public space. Nevertheless, it is important to recognize to which extent the interests involved in the Psychiatric Reform can hide asylum practices still present in our society. Therefore, users and their families who participate in anti-asylum collective are at the crucial crossroads of politics of identity which rule and shape their way of life and the places they live in, and also the political identities which aim to deconstruct the naturalization of social inequalities some groups are submitted. Between these two poles, our aim is to check how the metamorphosis of anti-asylum fight activists' identity is formed.

For this purpose, we used two life stories: Laura and Fernando, anti-asylum fight activists who will tell us based on the memory they have of their political participation, such as social relations materialized in their individualities. For the analysis of their stories, we used the theoretical framework of authors who understand by the term identity identity-bubble-emancipation. Finally, we will analyse the emancipatory potential of the struggle for recognition both stories were inserted in and put the search for better conditions of life for others individuals in evidence, as well as the recognition of its social value.

Keywords: Anti-asylum fight. Political participation. Identity. Struggle for Recognition.

Sumário

| | |
|--|-----|
| 1 Introdução | 12 |
| 2 A saúde pública no Brasil e a luta antimanicomial | 19 |
| 2.1 <i>Saúde Pública no Brasil: alguns marcos de constituição</i> | 22 |
| 2.2 <i>Da luta antimanicomial à reforma psiquiátrica</i> | 30 |
| 2.3 <i>Sobre a participação dos usuários e familiares em coletivos antimanicomiais</i> | 41 |
| 3 Identidade: da construção da identidade do louco no passado à emancipação e reconhecimento . | 49 |
| 3.1 <i>A identidade construída do louco</i> | 50 |
| 3.2 <i>Identidade: contribuições teóricas</i> | 61 |
| 4 As metamorfoses de Laura e Fernando | 77 |
| 4.1 <i>Laura, quando a personagem que participa politicamente ultrapassa o tempo da ação e lhe assegura um reconhecimento</i> | 77 |
| 4.2 <i>Fernando, que ao perceber o que a esquizofrenia poderia ser, permite-se representar a personagem pai-de-um-esquizofrênico</i> | 90 |
| 5 Apontamentos finais..... | 106 |
| Referências | 110 |
| Anexo A - O absurdo de viver | 117 |

1 Introdução

A loucura, objeto dos meus estudos, era até agora uma ilha perdida no oceano da razão; começo a suspeitar que é um continente.

A frase acima foi retirada de um dos contos mais famosos de Machado de Assis, foi um comentário de Simão Bacamarte dirigido a seu amigo Crispim sobre a imensidão que a loucura apresentava diante de seus olhos. “*O Alienista*” foi publicado pela primeira vez no ano de 1881, tratava-se de pequenos contos que posteriormente foram transformados em livro. Conforme a história vai se desenvolvendo, Simão Bacamarte vai dando mostras do poder médico que possuía: como autoridade médica que tem o conhecimento fundamental sobre a mente humana, internou a maior parte dos moradores de Itaguaí, depois, por uma explicação estatística, considerou que se a maioria estava internada, não poderia representar a anormalidade, estes são libertados e aqueles que até então haviam escapado do julgamento do doutor, são recolhidos à Casa Verde. Machado de Assis vai trabalhando com uma sutil ironia e trazendo para sua história a realidade do internamento no Brasil do final do século XIX.

Ler “*O Alienista*” nos dias atuais nos faz revisitar personagens que estão em nossa memória de forma tão cristalizada que já não possuem mais nomes, são todos os loucos¹ que lembramos. Não por acaso, o trecho que inicia esta introdução já foi epígrafe de muitos outros trabalhos, pois revela em tão poucas palavras a realidade da loucura: uma imensidão, como um continente.

É desse continente que pretendemos falar. Mas diferente de Simão Bacamarte, não queremos saber da loucura enclausurada, ainda que tenhamos que considerá-la a todo momento, o que desejamos é entender os outros espaços da loucura, nosso objetivo é falar da loucura que anda nas ruas, que se une, que discute e que por meio da ação busca se constituir. Mais do que isto, a ação pesquisada se dá na participação política em coletivos antimanicomiais. Nosso interesse é verificar as metamorfoses da identidade de militantes da luta antimanicomial. Como afirma Ciampa (2012) é por meio da ação que nos constituímos,

¹ Optamos por utilizar os diversos termos que definem a loucura: louco, loucura, doença mental, sofrimento psíquico, transtorno mental, usuário dos serviços de saúde mental... Todas elas são variações do mesmo termo e ainda que carreguem sentidos e condições de produção diferentes, concordamos com Lima (2010) de que todas elas já foram capturadas pelos discursos médicos, portanto, destituídas de seu sentido verdadeiro. Na ausência de um termo melhor, optamos por todos.

portanto, entendemos que havendo ação por meio da participação política, haverá a constituição de um sujeito.

A luta antimanicomial é um processo que ocorreu em diversos países com o objetivo de questionar e mudar as práticas manicomiais que levavam os portadores de sofrimento psíquico à tortura dentro destes manicômios, que se transformavam em prisões perpétuas, assim como sua relação com os processos de exclusão social.

No Brasil, as principais influências foram as produções teóricas que questionavam as relações de poder nas instituições totais, em especial as produções de Goffman e Foucault. Outra importante influência quanto ao modelo político foi a Reforma Psiquiátrica realizada nas cidades de Goritzia e Trieste, na Itália. Além disto, não podemos analisar o processo da Reforma Psiquiátrica sem considerar a Reforma Sanitária que forneceu importantes elementos para instrumentalizar as ações no campo da saúde mental e da saúde de forma geral. Importantes mudanças na forma como o país administrou suas políticas de saúde fortalecendo a constituição do SUS, também permitiram experiências no campo da saúde mental.

Além das influências externas, reivindicações de trabalhadores sobre as necessidades de melhorias na atenção à saúde mental permitiram que tais problemas tivessem repercussão na mídia, por meio do qual informações sobre as condições de tratamento no campo psiquiátrico chegaram aos ouvidos da população em geral, como ocorrido no episódio da Crise da Dinsam² (Divisão Nacional de Saúde Mental). Paralelo à isto, organizações de usuários dos serviços de saúde mental e familiares se formavam com o objetivo de fornecer suporte para o enfrentamento do adoecimento psíquico.

Das organizações dos trabalhadores de um lado e de usuários e familiares do outro, as mudanças e as oportunidades de denúncias foram ocorrendo, até que por meio do II Congresso Nacional do Movimento de Trabalhadores da Saúde Mental, realizado no ano de 1987, na cidade de Bauru, em São Paulo, foi possível o fortalecimento dessas organizações por meio da constituição do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial. Constituído majoritariamente por trabalhadores da saúde mental, usuários e familiares, tornou-se importante movimento social em busca não somente de melhorias na assistência à saúde mental, como também a inclusão do portador de sofrimento psíquico nas demais esferas da sociedade: trabalho, lazer, educação, cultura, etc. Além do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, outros coletivos antimanicomiais foram se constituindo, apresentando ideais semelhantes ao movimento.

² O episódio específico será tratado no Capítulo I, página 31, quando será feito um relato sobre as principais influências que deu início à Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Das conquistas obtidas deste processo, destacamos a implantação da Lei 10.216/2001 (BRASIL, 2001) que trata dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo de assistência em saúde mental. A partir desta lei, as internações hospitalares foram consideradas último recurso que deve ser utilizado somente quando os serviços em meio aberto mostrarem-se como terapêutica insuficiente. Obviamente que dada as condições econômicas e sociais do Brasil, a efetivação desta lei, assim como a inclusão das pessoas em sofrimento psíquico na sociedade, não se deu ainda do modo ideal, pois trata-se de uma prática nova que visa desconstruir uma memória cristalizada da identidade pressuposta do louco como sujeito incapaz e perigoso. Reconhecemos que as práticas manicomialistas podem ser transportadas para outros cenários, impossibilitando a emancipação daqueles que buscam por um cuidado efetivo, reproduzindo as ações que favorecem a permanência da loucura excluída da sociedade, ou nos dizeres de Lima (2010), favorecendo um reconhecimento perverso, em que há um falso discurso de inclusão e emancipação que encobre as reais possibilidades de superação das condições de sofrimento, assim como sua relação com uma sociedade marcada pela exploração social e pelas relações que visam tão somente o lucro, sobrepondo-se às relações humanas.

Até mesmo o discurso positivo de luta pelos direitos humanos do indivíduo não convencional começou a se desvelar como um discurso que não conseguia problematizar o quanto o doente mental libertado, tornado agente econômico (consumidor) e mercadoria (objeto de trabalho para os especialistas e indústrias), passa a estar submetido a uma nova fase da administração capitalista que tem promovido a existência de consumidores, nos mais diversos segmentos de mercado. (LIMA, 2010, p. 26).

Do mesmo modo, os movimentos sociais não escapam de reproduzir esta lógica, pois se encontram e se organizam a partir de políticas de identidades que definem os modos possíveis de vida para seus membros. No caso de coletivos antimanicomialistas que são compostos por três categorias distintas (trabalhadores, usuários e familiares), estas políticas de identidades tornam-se mais complexas. Todavia, são estes mesmos movimentos, que ao lutar pelos direitos de uma determinada população, possibilitam a formação de identidades políticas que colocam em cheque a naturalização de identidades definidas por outros interesses que não incluem o devido reconhecimento de determinados grupos. Portanto, é entre estas tensões que desejamos verificar as metamorfoses da personagem militante da luta antimanicomial.

Mas antes que possamos discutir sobre as metamorfoses da identidade de militantes da luta antimanicomial, cabe falarmos sobre as metamorfoses da pesquisa e da pesquisadora durante o processo de produção da dissertação. A bem da verdade, tais metamorfoses

iniciaram muito antes da inserção no mestrado, quando no ano de 2009, ainda aprimoranda no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Franco da Rocha, e trabalhando com internações psiquiátricas do Sistema Penitenciário, recebi o convite para participar das reuniões de um coletivo antimanicomial.

A primeira impressão foi maravilhosa, pois estava diante de um cenário muito diferente do que via no cotidiano de um Hospital de Custódia: usuários dos serviços de saúde mental ou familiares de usuários discutindo sobre os problemas atuais na política de saúde mental, junto aos trabalhadores, estudantes universitários e outras pessoas solidárias à luta antimanicomial. Ainda que a discussão estivesse em torno de problemas atuais para a efetivação da Reforma Psiquiátrica, poder ver usuários e familiares de forma tão diferente das internações psiquiátricas permitiu perceber que a ação política poderia ser promotora de uma autonomia para o sujeito.

O tempo foi se passando, além do Programa de Aprimoramento, no ano de 2010 surgiu a oportunidade de cursar uma especialização em Psicologia Política, Políticas Públicas e Movimentos Sociais, na Escola de Artes, Ciências e Humanidades, na Universidade de São Paulo. Pesquisando os Hospitais de Custódia, recebi o convite para concorrer à uma vaga no Programa de Pós Graduação em Mudança Social e Participação Política. Participei do processo seletivo e fui aprovada com um projeto de pesquisa que pretendia dar continuidade à pesquisa iniciada na especialização.

Nesse período, fortaleci minha participação em coletivos antimanicomiais, percebendo e discutindo com amigos sobre os avanços que as lutas sociais produziam nos militantes da luta antimanicomial, porém era possível perceber que muitas vezes os usuários e familiares, ainda que pudessem estar em número expressivo dentro dos coletivos antimanicomiais, estavam submetidos aos trabalhadores que atuavam como líderes nestes espaços, ou ainda, verificava certa tensão e disputa por posições de poder entre profissionais ou estudantes de um lado e do outro usuários e familiares.

Tais percepções encontraram respaldo em leituras que indicavam a persistência na reposição da identidade do louco (ou o estigma que acompanha o familiar) mesmo após as transformações produzidas pelo Reforma Psiquiátrica, e que também se mostrava nos espaços de participação política.

Estas impressões, juntamente com as leituras, faziam com que o interesse em pesquisar os Hospitais de Custódia fosse diminuindo, dando espaço para uma pergunta: poderia a ação política, além das mudanças nas políticas públicas, produzir alguma mudança em militantes da luta antimanicomial, em especial usuários e familiares?

A experiência que tinha permitia acreditar que sim, mas que esta relação entre participação política e transformação do sujeito não era tão direta. Sendo assim, pensar esta participação em coletivos antimanicomiais foi se transformando no meu problema de pesquisa.

Participando do grupo de pesquisa (Gepsipolim - Grupo de Pesquisa em Psicologia Política, Políticas Públicas e Multiculturalismo) e acompanhando as pesquisas de meus colegas, tive maior contato com as produções do psicólogo social Antonio da Costa Ciampa sobre as metamorfoses da identidade, assim como outros autores, que na mesma linha de pesquisa, buscavam articular as metamorfoses da identidade com as mudanças provenientes da Reforma Psiquiátrica, só então os termos identidade e metamorfose começaram a fazer parte do meu problema de pesquisa: como se dava a metamorfose da identidade de militantes, usuários ou familiares, da luta antimanicomial?

Desse modo, pensar a identidade pelo sintagma identidade-metamorfose-emancipação (Ciampa, 1990, 2002, 2003, 2012; Almeida, 2005; Lima, 2010) foi necessário para o desenvolvimento da pesquisa, pois tais autores entendem que a identidade, longe de uma definição essencialista, é sempre metamorfose em busca de emancipação, ainda que esta busca se dê em contextos que possam dificultar essas emancipações. Como complemento à discussão, utilizei das contribuições de autores que tratam das políticas de memória e esquecimento, como da luta por reconhecimento, pois estes elementos tem importância fundamental nos processos de negociação de identidades, inserindo-se nas tensões entre as políticas de identidades e identidades políticas.

Desenhado o início do novo projeto, foi necessário pensar o meio pelo qual fosse possível acessar as metamorfoses da identidade. As entrevistas seriam o caminho possível. Ao narrarem suas histórias de vida na militância antimanicomial poderíamos compreender diversos processos que falam não somente do indivíduo, mas da coletividade em que estes estavam inseridos.

A história de vida, técnica utilizada neste trabalho, é uma das modalidades da História Oral, esta por sua vez é definida por Queiroz (1987, p. 19) como:

...termo amplo que recobre uma quantidade de relatos a respeito de fatos não registrados por outro tipo de documentação, cuja documentação se quer completar. Colhida por meio de entrevistas de variada forma, ela registra a experiência de um só indivíduo ou de diversos indivíduos de uma mesma coletividade.

Minayo (2004, p. 127), ao falar especificamente sobre a História de Vida, destaca a possibilidade desta técnica evidenciar processos sociais “na medida em que se consideram as experiências subjetivas como dados importantes que falam além e através delas.”

Queiroz (1987) segue afirmando que as histórias de vida permitem evidenciar aquilo que está na encruzilhada da vida individual e social, sendo utilizada tanto por psicólogos, que buscam evidenciar as particularidades do indivíduo, ou por sociólogos, que tem por objetivo evidenciar coletividades, como grupos étnicos ou camadas sociais.

Essa dicotomia social/individual é superada pelo psicólogo social Antonio da Costa Ciampa, que passa a utilizar a história de vida não somente como uma técnica de coleta de dados. Essa mudança é verificada em seu estudo sobre a metamorfose da identidade, por meio das histórias de seus personagens no livro “A estória do Severino e a história da Severina”, em que buscou “demonstrar como o singular pode materializar o universal.” (LIMA, 2014, p. 5).

Restava então um processo importante: colher os dados necessários para a realização da pesquisa, as entrevistas com os militantes antimanicomiais. Por meio de indicações, ou pelo já conhecido destaque na luta antimanicomial, chegamos a seis nomes: familiares de pessoas em sofrimento psíquico, usuários dos serviços de saúde mental com experiência na militância antimanicomial e pessoas que sem outra ligação à saúde mental, aceitaram participar da luta. As entrevistas foram realizadas nas datas e locais escolhidos pelos entrevistados e a gravação das informações somente ocorreu após a explicação dos objetivos da pesquisa e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Além disto, os nomes foram trocados, utilizando-se nomes escolhidos pelos entrevistados, com exceção de apenas uma entrevista em que nosso colaborador fez questão de manter seu nome próprio para a pesquisa. Cabe ressaltar também que alguns entrevistados solicitaram também que não fossem divulgados bairros ou regiões contadas na entrevista, a fim de impossibilitar qualquer localização do militante. Tal solicitação foi respeitada, sendo possível perceber nas histórias de vida apresentadas, mas sem que isto impeça de verificar a riqueza nas metamorfoses de suas identidades.

Após o processo de coleta e transcrição das narrativas de história de vida, chegamos nas histórias de Laura e Fernando que nos permitiram perceber como se dá a metamorfose de suas identidades e de que forma essas mudanças se relacionaram com a militância antimanicomial.

Das histórias contadas por Laura e Fernando, foi possível perceber que ambos obtiveram um aprendizado que permitiu manterem-se numa luta por reconhecimento coletivo, ultrapassando assim seus interesses individuais. Laura e sua história que poderia levá-la à condição de uma senhora dona de casa, atualmente é reconhecida e valorizada em alguns grupos de pertencimento pela personagem militante, ainda que não atue mais como tal.

Fernando, mesmo após a morte de seu filho, permaneceu na militância reconhecendo seu valor social e sua capacidade de ajudar outras pessoas.

Desse modo, reservadas as diferenças de concepção do fazer político de cada um, suas narrativas não são apenas histórias individuais, mas dão conta de nos mostrar como as negociações de identidades pressupostas no espaço público podem levar à emancipações.

2 A saúde pública no Brasil e a luta antimanicomial

A legislação atual que regulamenta a atenção em saúde mental no país é datada do ano de 2001. Nessa legislação, os recursos extra-hospitalares são priorizados em detrimento das internações, porém tal modalidade de tratamento permanece como possibilidade, sendo apenas regulamentada pela lei, proibindo – ao menos no papel – que se continuem as internações em instituições asilares³, inserindo também a necessidade de uma política específica para os casos em que o indivíduo apresente grave dependência institucional, sem justificativa na continuidade da internação.

É certo que antes mesmo da Lei 10.216/2001 (BRASIL, 2001) outras reformas foram realizadas, não só no campo da saúde mental, mas na saúde como um todo, e foram estas que possibilitaram a concretização do cenário atual, do qual damos destaque à participação popular.

Para se chegar à Reforma Psiquiátrica diversas outras reformas foram acontecendo no Brasil, uma série de instituições, decretos e leis foram se constituindo a medida que o país foi se desenvolvendo. Ainda que o texto a seguir tenha a preocupação em apresentar uma história linear das reformas na saúde, estas foram se consolidando após avanços e retrocessos na organização política do Brasil.

Até meados da década de 1980, antes da constituição do SUS, o que se via era uma saúde pública⁴ com centralização normativa que ignorava as particularidades de cada região,

³ Ainda que a Lei 10.216/2001 seja um avanço em termos de política de saúde mental, é por meio da regulamentação das internações voluntárias, involuntárias e compulsórias que podemos verificar os riscos na continuidade das longas internações. Principalmente nos casos das internações compulsórias, há o risco de que estas repitam justamente aquilo que a lei busca evitar: longas internações em instituições asilares. A exemplo disto, citamos as Medidas de Segurança que apesar de serem internações compulsórias, são regulamentadas pelo Código Penal e pela Lei de Execução Penal e ocorrem em sua maioria em instituições do sistema penitenciário, com todos os problemas que envolvem tal instituição. Para maiores informações sobre as Medidas de Segurança e seus efeitos sugerimos duas leituras: 1) o livro de COROCINE, S. C. **A fabricação da periculosidade**: um retrato sobre a violência nas instituições. Rio de Janeiro: Litteris Ed.: Quártica, 2005. 112 p.; 2) A segunda leitura, trata-se de um artigo: FARINA, P.; BERLINCK, M. T. **Interfaces entre a clínica e a justiça. Uma narrativa sobre o trabalho clínico em um Hospital de Custódia**. Latin American Journal of Fundamental Psychopathology Online, São Paulo, v. 6, n.2, p. 80-96, nov. 2009.

⁴ Apesar do enfoque em nosso trabalho priorizar as mudanças no campo da saúde mental, entendemos que saúde pública se encontra e reflete a organização da sociedade, compartilhando dos sucessos e fracassos da política geral do país. Também entendemos o conceito de saúde pública como saúde para todos os cidadãos, atendendo-os em todos os níveis de assistência (e não somente na prevenção) garantindo sua participação popular, visto que a saúde é algo que diz respeito à todos os indivíduos. Nesse sentido, os princípios que norteiam o SUS (universalidade, integralidade, equidade e controle social) são indispensáveis para se entender o que reconhecemos como saúde pública. Sobre uma discussão dos diversos entendimentos quanto ao

limitando-se às campanhas de vacinação e ficando a assistência médica como direito somente daqueles que, por meio do trabalho formal, tinham acesso à Previdência Social. As reformas que ocorriam nesse setor, além de deixar de fora uma parcela da população, tinham como objetivo atender aos ideais de desenvolvimento do país, mas por não contar com a participação popular se mostravam frágeis quanto a sua efetividade. (LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2005; LIMA, 2010).

Os princípios de universalidade, integralidade, equidade e controle social, tão caros ao SUS, não surgiram espontaneamente ou somente após decretado o fim da ditadura. Foi justamente neste período que movimentos populares se organizaram com o objetivo de melhorar as condições de vida dos sujeitos. Das articulações de movimentos populares foi possível a construção de uma saúde pública universal, integral, equânime e como não poderia deixar de ser, organizada também a partir do controle popular. (SADER, 1988).

Do mesmo modo, a participação popular também esteve inserida nas últimas décadas a favor de uma Reforma Psiquiátrica, tendo destaque na constituição do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, movimento que agrega em sua maioria usuários dos serviços de saúde, familiares, trabalhadores e estudantes comprometidos com a desconstrução de uma instituição psiquiátrica que tem no manicômio o símbolo da exclusão social da loucura. (LÜCHMANN; RODRIGUES, 2007).

O Movimento Nacional da Luta antimanicomial, dada a sua estrutura e seu campo de atuação, pode ser entendido como um movimento social que se inclui no que foi chamado de Novos Movimentos Sociais. Para Touraine (2008), os novos movimentos sociais são constituídos por minorias, sendo que esse termo não significa exclusivamente pessoas em situação de desvantagem econômica ou social, mas grupos que não pretendem tornar-se maioria através de um poder legítimo para então transformar a sociedade, seus objetivos principais estão na constituição de uma sociedade marcada pela diversidade e pelo pluralismo ético e moral, questionando valores meta-sociais que foram ditando a ordem das coisas e “construindo” leis naturais.

Outra característica importante a se destacar em movimentos sociais é sua heterogeneidade. Apesar da aparente homogeneidade externa, em seu interior há grande diferença entre seus membros, o que leva os movimentos a investirem “uma parte importante das suas energias para manter unidas as diferenças.” (MELUCCI, 2001, p. 29).

Para Habermas (2008), na atual sociedade complexa, os conflitos dos movimentos sociais deixaram de surgir em áreas de reprodução material para surgir em áreas de reprodução cultural, integração social e socialização. O estado de bem estar social não é mais suficiente para fornecer os estilos de vida adequados.

Nesta arena não se luta por dinheiro ou poder, mas por definições. Trata-se da integridade e da autonomia de estilos de vida, como, por exemplo, a defesa de subculturas tradicionalmente estabelecidas ou a transformação da gramática de formas de vida legadas. Exemplos de um oferecem os movimentos regionais e, de outro, os movimentos feministas ou ecologistas. Essas lutas permanecem quase sempre latentes, elas têm lugar nos microdomínios da comunicação cotidiana, apenas de vez em quando condensam-se em discursos públicos e em intersubjetividades de nível mais alto. (HABERMAS, 1987, p. 113).

A definição habermasiana do que compõe essas lutas nos permite reconhecer que o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial apresenta-se como símbolo emblemático de diversos outros movimentos (no sentido de ações) e outros coletivos que atuaram e ainda atuam com o objetivo de fortalecer a reforma psiquiátrica.

Desse modo, apesar da importância do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, tanto para a Reforma Psiquiátrica, como para a participação de usuários e familiares, cabe destacar que outros coletivos compõem essa luta. Por esse motivo, em algumas passagens do texto optamos pelo termo *coletivos antimanicomiais*, por reconhecer a existência de outros espaços de participação de usuários, familiares, trabalhadores e demais cidadãos que, apesar dos mesmos ideais do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, não se veem na obrigatoriedade de se reconhecerem como integrantes desse último.

Entendemos que a Reforma Psiquiátrica se constitui como um processo permanente e por isso está em constante transformação, o que a insere dentro de um processo mais amplo que são as diversas reformas no campo da saúde, assim como é diretamente influenciada pela forma de organização da sociedade.

Antes que possamos discorrer sobre os fatos que favoreceram a constituição da Lei 10.216/2001 (BRASIL, 2001) e a importância dos coletivos antimanicomiais em sua implantação, cabe um breve resumo dos fatos que promoveram as mudanças na saúde pública que levaram à constituição do SUS e, posteriormente, à possibilidade de inserção das políticas antimanicomiais na estrutura da saúde pública no Brasil.

2.1 Saúde Pública no Brasil: alguns marcos de constituição

Chamamos de inexistência de uma saúde pública no país dada a precariedade dos serviços disponíveis. No período que compreende de 1889 à 1930⁵, as oligarquias dominavam o país e favoreciam a ausência de um sentimento de nacionalidade. A saúde era responsabilidade de cada Estado e o discurso predominante nos círculos acadêmicos evidenciava a preocupação em apontar as dificuldades de desenvolvimento do país, devido suas condições climáticas e sua diversidade racial. Com o objetivo de rebater essas ideias e de construir uma autoridade estatal, a saúde se insere como projeto de reforma social no país. (LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2005).

Nesse período, os asilos já vinham se consagrando como medida para solucionar o problema da loucura. Em 1852, foram inaugurados o Hospício Dom Pedro II, no Rio de Janeiro e o Asilo Provisório de Alienados em São Paulo, posteriormente em Pernambuco, na Bahia e no Rio Grande do Sul, todos construídos até o final do século XIX. Em São Paulo, a entrada de um médico somente ocorreu no ano de 1893, quando o hospício já estava em sua segunda sede, na região da Várzea do Carmo, quarenta e um anos depois de sua inauguração. Semelhante ao que ocorreu na Europa, os primeiros asilos brasileiros não contaram com a presença médica, demonstrando que em nossas terras a loucura também foi antes um problema de organização social e higienização do espaço público, sendo somente anos depois uma questão de saúde mental. (CUNHA, 1986; LIMA, 2010).

O crescente aumento nas internações foi visto com preocupação por alguns membros da sociedade. Teixeira Brandão – um dos primeiros alienistas brasileiros – desenvolveu no ano de 1886 uma pesquisa que apontava os problemas encontrados nesses estabelecimentos, defendendo uma legislação que permitisse regulamentar as internações. Já Raimundo Nina Rodrigues, defensor da criação da profissão de perito em Medicina Legal, também demonstrou sua preocupação com a ausência dos direitos dos alienados e o tratamento desumano a que eram submetidos nos asilos, tornando pública sua visão, no ano de 1901, por meio de sua obra *O Alienado no direito civil brasileiro: apontamento medico-legaes ao projecto do código civil*. Cabe destacar que apesar de suas preocupações, Nina Rodrigues geralmente é lembrado por seus estudos que faziam relação entre raça e criminalidade, por exemplo, em seu primeiro livro *As Raças Humanas e a Responsabilidade Penal no Brasil* em

⁵ Optamos pelo ano de 1889 por ser este o começo do período chamado República Velha, também sendo um ano após a assinatura da Lei Áurea que transformou todos os negros em “homens livres”.

que buscou relacionar patologias com algumas raças existentes no Brasil, além de outras publicações em revistas e jornais que seguiam o mesmo propósito. (CORRÊA, 2005; LIMA, 2010).

Em 1903, foi promulgada a primeira lei de abrangência nacional que reorganizou a assistência aos alienados, a partir de um projeto de lei de autoria de Juliano Moreira no ano anterior. Poucas mudanças ocorreram de fato, exceto a necessidade de separação dos loucos criminosos daqueles que não haviam cometido crimes, obrigando a construção de manicômios judiciários. (AMARANTE, 1994; LIMA, 2010).

As principais influências teóricas da medicina mental também faziam eco no campo da saúde pública, exemplo disto, havia a descrença na possibilidade de avanço no Brasil, dado a sua diversidade racial. Para exemplificar, Lima, Fonseca e Hochman (2005) afirmaram que a partir de 1910, algumas viagens foram realizadas com o objetivo de traçar o perfil epidemiológico e socioeconômico do Nordeste, do Centro-oeste e da região do São Francisco, proporcionando a visão de que o Brasil era um país doente, não só representado pela figura do negro ou do estrangeiro, também o sertanejo era visto nessa época como um povo adoecido devido as condições insalubres a que eram submetidos e ao descaso da saúde pública com algumas regiões do Brasil.

Deu-se início a um período marcado por uma medicina preocupada com o desenvolvimento econômico, buscando eliminar quem fosse contrário à isto, não trazendo em suas práticas o respeito ao ser humano com igualdade de condições à todos. As políticas de saúde brasileira foram se delineando e as medidas contidas nelas visavam a grande preocupação do crescimento do país.

As epidemias de febre amarela, peste e varíola, no início do século passado, comprometeram a economia agroexportadora, impondo ao poder público o saneamento dos portos, a adoção de medidas sanitárias nas cidades, o combate a vetores e a vacinação obrigatória. (PAIM, 2009, p. 28).

Não havia nessa época – e assim se seguiu por muitos anos – uma assistência médica que oferecesse atendimento à população. A saúde pública brasileira se reduzia à algumas campanhas de vacinação com baixa efetividade e preocupada muito mais com a organização dos espaços públicos, a fim de favorecer o crescimento econômico.

Com as diversas epidemias que foram se alastrando pelo país, tornou-se necessária a mudança na organização sanitária, favorecendo a criação, ainda no ano de 1910, do Departamento Nacional de Saúde Pública que atuava com muito mais afinco nas regiões rurais do país, áreas de maior predominância populacional nesse período. O Departamento Nacional de Saúde Pública favoreceu a centralização da administração da saúde pública,

tornando-se um sério problema para um país de dimensões continentais, com sua diversidade regional, não produzindo mudanças qualitativas em relação à assistência médica. No ano de 1912, a psiquiatria tornou-se especialidade médica autônoma, época em que foi percebido um aumento no número de instituições para o abrigo de doentes mentais. (COSTA, 1989, LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2005; PAIM, 2009).

Em 1923, foram criadas as Caixas de Aposentadorias e Pensões, o Decreto 4.682 de 24 de janeiro de 1923 (BRASIL, 1923), conhecido também como Lei Eloy Chaves, definia que cada empresa ferroviária no país deveria constituir um fundo formado principalmente pela contribuição mensal de seus funcionários, pela contribuição anual da empresa, mais algumas importâncias que seriam recolhidas de acordo com juros, multas ou verbas provenientes das atividades das empresas ferroviárias.

De acordo com o artigo 9º da lei, os funcionários com mais de seis meses de trabalho numa mesma empresa tinham direito a assistência médica, estendida à seus familiares, descontos no valor de medicamentos, aposentadoria ou pensão aos herdeiros em caso de morte.

Nota-se que tal decreto excluía os trabalhadores rurais e inicialmente atendia exclusivamente aqueles que trabalhavam nas empresas ferroviárias, não por acaso, as que tinham grande importância na época. Sendo assim, empresas de pequeno porte ou trabalhadores rurais ficavam sob os cuidados da saúde pública e sua incorporação à lei somente ocorreu anos depois.

Em 1930, final da República Velha e início do governo Vargas, deu-se início à um projeto de construção da identidade nacional no país e as políticas de saúde tiveram papel fundamental, o que não significou melhorias para a população mais pobre.

É criado o Ministério da Educação e Saúde (Mesp) que deveria atender aqueles que não podiam se beneficiar das políticas previdenciárias, ou seja, “os pré-cidadãos: os pobres, os desempregados, os que exerciam atividades informais” (LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2005, p. 41-42). Em seguida, o Serviço de Assistência aos Doentes Mentais, que fora criado em 1927, é incorporado ao Mesp e já em 1934, o Decreto 24.559 vai dispor sobre a assistência e proteção dos bens dos psicopatas. (COSTA, 1989). De acordo com Lima (2010, p. 85), este Decreto não apresentou melhorias na assistência aos alienados e seu resultado permitiu legitimar “um eugenismo xenofóbico na legislação brasileira, [em que] preza-se a purificação racial com a repatriação dos estrangeiros.”

Quanto à assistência médica aos doentes mentais pelos Institutos e Caixas de Aposentadorias e Pensões, sua regulamentação no ano de 1941, por meio do Decreto 3138/41

(BRASIL, 1941), definiu que para os casos em que a internação não oferecia possibilidade de cura no prazo máximo de dose meses, poderia o indivíduo ser aposentado por invalidez.

Na década de 1950, foi criado o Departamento de Medicina Preventiva que reproduzia o modelo proveniente dos Estados Unidos: além de normatizar a conduta médica, entendia que a doença era o resultado de um desequilíbrio entre homem e ambiente. Porém, este pensamento não buscava entender a realidade dos cidadãos, se o homem havia adoecido, a medida deveria ser aplicada em seu organismo a fim de retornar ao equilíbrio adequado (ESCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005).

Alguns marcos se destacaram na década de 1950, como a separação do Ministério da Educação e da Saúde, no ano de 1953, quando então a saúde vai se tornando cada vez mais um instrumento de poder via Previdência Social, porém o mesmo não é visto no novo Ministério da Saúde que se formou e, ao longo dos anos, tornou-se um complemento para a política previdenciária. Já no ano de 1955, Aramis Athayde, ministro da saúde na época, fez uma crítica ao modelo centralizador, defendendo a responsabilização dos municípios e a criação de novas políticas de saúde que permitissem uma descentralização da gestão. (LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2005).

Em relação à política de saúde mental, o Decreto nº 49.974, de 21 de janeiro de 1961, chamado de Código Nacional de Saúde, promoveu uma transformação na instituição psiquiátrica ao inverter a prioridade da internação como estratégia principal no tratamento do doente mental, ficando esta somente para os casos extremos. Outra característica desse Decreto, devido sua influência norte-americana, foi a atenção que se voltou para as investigações epidemiológicas, favorecendo que a preocupação com a ordem pública na definição das internações psiquiátricas perdesse importância. (LIMA, 2010).

Ainda que as mudanças decorrentes desse Decreto levantasse a esperança de um modelo de tratamento humanizado, o que se fortaleceu foi a inserção da psiquiatria no espaço social, pois se já não era nos hospitais que a doença mental apresentaria sua cura, era no cotidiano das relações sociais que a prevenção deveria atuar. “A reforma psiquiátrica promove a partir de então a metáfora da desinternação, que na realidade prática do mundo da vida⁶ apenas ampliava sua função de regulação da população.” (LIMA, 2010, p. 92).

⁶ O mundo da vida pode ser definido, resumidamente, como pano de fundo onde se dão as relações sociais. Dada uma situação qualquer que compreenda uma relação social – e aqui temos infinitas possibilidades – o mundo da vida apresentará uma perspectiva espacial que vai desde aquilo que está no entorno do indivíduo até os mais longínquos limites; uma perspectiva temporal que vai do transcurso de um dia até uma determinada época; e uma perspectiva social que compreende os grupos de referência da família, da comunidade, da nação. (HABERMAS, 2012, p 225). Pautando-se em Husserl, Habermas (p. 228) afirma que o mundo da vida, numa perspectiva racional é entendido “como uma reserva de padrões de interpretação,

Apesar do Código Nacional de Saúde normatizar as possibilidades de atuação médica, seja na saúde pública ou na atenção médica assistencial, a ausência de uma organização institucional permitia que as mudanças efetivas somente ocorressem após reivindicações populares. Somente após o ano de 1968 foi possível vislumbrar um projeto político centralizador da saúde pública, ainda assim, longe de se direcionar para a melhoria das classes populares (LUZ, 1979).

Em relação à assistência médica, a Lei n. 4.214, implantada no ano de 1963, permitiu a ampliação da Previdência Social, incluindo também os trabalhadores rurais, porém as poucas condições estruturais e a baixa arrecadação não forneceram melhorias na atenção à saúde daqueles que trabalhavam em regiões rurais do país. A ampliação da assistência médica aos trabalhadores rurais era resultado do discurso sanitarista desenvolvimentista do Ministério da Saúde que entendia ser o Estado responsável pela saúde da população. Nesse discurso estavam claros os ideais de uma saúde voltada para atender as necessidades mínimas do trabalhador, ferramenta necessária para o desenvolvimento do país. (LUZ, 1979).

Ainda no ano de 1963, ocorreu a 3ª Conferência Nacional de Saúde, em que os ideais de descentralização e horizontalidade dos serviços, com a participação dos municípios, começavam a despontar nos discursos sobre as políticas de saúde. Apesar de ser um projeto sanitário desenvolvimentista, Luz (1979) destaca que nesse período predominavam quatro discursos contraditórios: a) o discurso médico assistencial privatista, que fortalecia a saúde privada; b) o discurso médico assistencial estatista, que reconhecia no Estado a responsabilidade pela administração dos serviços de saúde; c) o discurso sanitarista campanhista, que focava nas campanhas de combate às doenças das massas e, d) o discurso sanitarista desenvolvimentista, que entendia que a administração dos serviços de saúde pelo Estado deveria estar de acordo com os ideais de desenvolvimento do país, o que também apontava para a universalização da assistência médica. O resultado era uma crise que não conseguia efetivar nenhum projeto ordenado no campo da saúde.

Em meio aos discursos contraditórios, o Golpe de Estado ocorrido no ano de 1964, instaurado sob a justificativa de necessidade de restaurar a ordem social, política e econômica, fechou os canais de comunicação entre Estado e sociedade civil, colocando de fora do

organizados linguisticamente e transmitidos culturalmente”, ou ainda “o lugar transcendental em que os falantes e ouvintes se encontram; onde podem levantar, uns em relação aos outros, a pretensão de que suas exteriorizações condizem com o mundo objetivo, social ou subjetivo; e onde podem criticar ou confirmar tais pretensões de validade, resolver seus dissensos e obter consenso.” (p. 231). Para o entendimento dos conceitos de Habermas, além de seus textos, indicamos o livro de Lima (2010).

“milagre econômico” grande parcela da população e despolitizando mais ainda os acontecimentos sociais, o que incluía a saúde de forma geral. A partir desse ponto foi evidenciado o investimento do governo na privatização da saúde. (LUZ, 1979; ESCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005; LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2005).

Desse período destacamos o crescimento da saúde privatizada e o alto custo dos serviços de saúde, restando à Previdência Social o atendimento à cerca de 90% da população, e que se fortaleceu pela unificação dos Institutos de Previdência Social no ano de 1966, constituindo-se o INPS (Instituto Nacional de Previdência Social). Cabe ressaltar que tal unificação foi a resposta insuficiente dada pelo governo às reivindicações populares por melhores condições de saúde, porém seu resultado foi o favorecimento das empresas, sejam as proprietárias de hospitais, sejam as demais empresas que agora tinham sua classe trabalhadora atendida minimamente. (LUZ, 1979; LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2005).

Os discursos de universalização da saúde foram reduzidos à hegemonia da Previdência Social, de onde vinham os recursos financeiros para o pagamento dos serviços médicos fornecidos por empresas privadas, que recebiam por meio de Unidades de Serviços (US), tornando possíveis diversas formas de corrupção, por exemplo, dinheiro destinado para partos em que a documentação demonstrava que o segurado era do sexo masculino, além da utilização do dinheiro da Previdência Social para a construção de hospitais particulares. Enquanto o Ministério da Saúde se limitava à campanhas de vacinação de baixa efetividade, a centralização da atenção médica pela Previdência Social favorecia o crescimento de uma medicina especializada, cara e voltada para a obtenção do lucro. Não por acaso, nesse período cresceu o número de universidades privadas com o ensino voltado para uma medicina especializada, utilizando-se de recursos altos para sua realização (LUZ, 1979; ESCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005).

Mesmo com os canais de comunicação fechados pela ditadura, a população não se calou. Nesse período de um regime totalitário a sociedade encontrou meios para a constituição de movimentos sociais que buscavam melhores condições de vida. Esses movimentos contaram com a ajuda de instituições, seja a Igreja Católica, seja de dentro das universidades, o que fortaleceu suas lutas e produziram mudanças concretas na sociedade.

Da Igreja Católica, desde a década de 1970, as Comunidades Eclesiais de Base apoiaram fortemente a população no combate ao regime autoritário. Um exemplo disto foi o apoio ao Movimento de Saúde da Zona Leste, alavancado por um grupo de donas de casa, moradoras da região. Juntamente às moradoras e às Comunidades de Base, estavam médicos sanitaristas. Estes eram provenientes dos Departamentos de Medicina Preventiva que, após a

Lei da Reforma Universitária, em 1969, tornou obrigatória tais departamentos nas Faculdades de Medicina, favorecendo aos alunos maior vivência da realidade social. No mesmo ano, o Ministério da Educação evidencia sua preocupação na adequação dos currículos das Universidades, favorecendo que o ensino da medicina seja pautado no estudo da realidade brasileira, combatendo as doenças que atingiam a população. Ainda que no interior do departamento houvesse três correntes com pensamentos divergentes, aqueles que já partilhavam de um olhar médico-social tiveram oportunidade de ocupar espaços que não interessavam aos que partilhavam da visão tradicional da medicina. Diante dessa oportunidade, os Departamentos de Medicina Preventiva podem ser considerados o berço do Movimento Sanitário. (LUZ, 1979; SADER, 1988; ESCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005).

Tal corrente de pensamento que favoreceu a mudança no modo de atuar de alguns médicos acontecia por toda a América Latina, por exemplo, nos programas de medicina comunitária que traziam um debate numa direção contrária ao que havíamos visto até aqui: a desmedicalização da sociedade e o questionamento da elitização da medicina. (ESCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005).

O resultado dessa união entre médicos sanitaristas, igreja e moradores da região foi o fortalecimento de um grupo que começou a se organizar e reivindicar melhorias em seus bairros.

A Igreja forneceu os primeiros elementos para a elaboração da própria noção de direitos. Os médicos sanitaristas permitiram que a população interessada na questão apreendesse os mecanismos concretos através dos quais poderia pressionar as autoridades públicas no sentido da conquista de suas reivindicações. (SADER, 1988, p. 261).

O Movimento Sanitário não atuou somente nos bairros das periferias, também teve a oportunidade de se inserir nos espaços institucionais. O enfraquecimento do regime militar e a falta de apoio da população, evidenciados nas eleições de 1974, obrigaram o desenvolvimento de políticas sociais em busca de apoio da sociedade, o que deu abertura para que pessoas com pensamento contrário ao governo conseguissem adentrar nesses espaços, por exemplo, membros do movimento sanitário que assumiram cargos na área da Saúde e da Previdência Social. (ESCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005).

Antes disso, algumas mulheres moradoras do Jardim Nordeste na região Leste da cidade de São Paulo, ao tomarem conhecimento de um decreto que possibilitava a criação de conselhos comunitários, organizou-se para a formação do primeiro conselho constituído por moradores da região em que estavam localizados os serviços de saúde que seriam

fiscalizados, caracterizando um espaço de participação institucionalizada, por escolha dos moradores, sem anular os espaços autônomos de participação já existentes na época. (SADER, 1988).

Ainda no final da ditadura, algumas experiências e práticas que traziam a ideologia do Movimento Sanitário buscaram atuar na lógica da universalização, da regionalização, hierarquização, integralidade da assistência à saúde e com a participação popular, conceitos e experiências tão importantes para a posterior estruturação do SUS.

Destacamos o Plano de Localização de Unidade de Serviços (Plus), que apesar do seu pouco tempo de funcionamento (1975 – 1979), buscou universalizar o acesso a toda população, incluindo os que não eram atendidos pelo sistema previdenciário, porém seu curto sucesso acabou com a mudança da presidência no Inamps⁷. (SANTOS; PIERANTONI; SILVA, 2010).

Outra experiência importante foi o Projeto Montes Claros (MOC) em Minas Gerais, implantado no ano de 1975, que se evidenciou pela abertura da participação popular ao se pensar a saúde, tornando-se uma das primeiras experiências de inclusão de leigos, moradores da região no atendimento à saúde, como agente facilitador no acesso às condições de saúde da população e assim se pensar novas formas de atuação. Essa experiência serviu como base para o que posteriormente veio a se chamar agente comunitário de saúde. (VIEIRA; LIMA, 1995).

O PIASS (Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento), desenvolvido a partir do modelo do MOC, foi implantado inicialmente na região nordeste do Brasil, local com menor número de profissionais médicos, com o objetivo de estruturar o atendimento nas unidades de saúde utilizando-se de pessoal de nível auxiliar, também moradores da região. Seu objetivo era ampliar as oportunidades de atendimento nas regiões rurais e a descentralização dos serviços. É por meio do PIASS que começam os ensaios na divisão da saúde pública em níveis de assistência (SANTOS; PIERANTONI; SILVA, 2010).

Na década de 1980, com a crise da Previdência Social, constitui-se o Conasp (Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária), que teve como seu principal objetivo a diminuição e racionalização dos gastos com a saúde previdenciária. Das diversas ações do Conasp, damos destaque ao Plano de Reorientação da Assistência à Saúde, criado a partir da identificação do uso indevido do dinheiro público administrado pelo Ministério da Previdência e Assistência Social. (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005).

⁷ Órgão criado pela Previdência Social, no ano de 1977, após o desmembramento do INPS, ficando responsável exclusivamente pela prestação de atendimento médico aos seus contribuintes. Mais informações no site: www.saude.gov.br

O resultado disto foi o fim da compra de serviços do Ministério da Saúde por parte do Ministério da Previdência e Assistência Social, que passou a participar da administração global dos serviços de saúde. O fim do financiamento dos equipamentos de saúde por meio do pagamento das Unidades de Serviços e o início da Cogestão entre os Ministérios da Saúde e da Previdência permitiu também que os hospitais públicos tornassem unidades gestoras, favorecendo sua autonomia orçamentária. (AMARANTE, 2013).

Com o fim do regime militar no ano de 1985 e com a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, no ano de 1986, a redemocratização da saúde começou a se mostrar possível, sendo que um dos principais temas discutidos na Conferência foi a universalização da saúde, que não se daria por meio da Previdência Social, que deixaria também de participar do financiamento da saúde, ficando responsável somente pelas ações de seguro social, sendo necessário discutir a forma de financiamento do que viria a ser o novo sistema de saúde. Como estratégia para a transição de uma saúde previdenciária para um sistema universal, foi criado o SUDS (Sistema Único Descentralizado de Saúde). Após diversas negociações, onde o setor privado não tinha o interesse de perder espaço com o novo sistema de saúde, foi formulada em 1988 a nova Constituição, em que a saúde tornou-se, conforme o artigo 196, um direito de todos e um dever do Estado, podendo a saúde privada ser utilizada de forma suplementar. No ano de 1988, a Lei complementar n.º 8080 é promulgada dando base operacional ao SUS, apesar dos diversos vetos que sofreu. (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005).

Delineado o processo de constituição da saúde pública no país, a seguir daremos foco aos principais acontecimentos que levaram à constituição de coletivos antimanicomiais e posteriormente à reforma psiquiátrica.

2.2 Da luta antimanicomial à reforma psiquiátrica

A saúde mental também apresentou projetos de mudança ao longo dos anos, se adequando aos discursos existentes no campo da saúde. Estes discursos também apresentavam sua contraditoriedade na medida em que enfatizavam a necessidade de integração da saúde mental à saúde pública e, em outros momentos, enfatizavam a importância dos hospitais psiquiátricos privados, legitimando seu crescimento por meio da obtenção do lucro com as internações. Exemplo disto foi a implantação dos Centros Comunitários de Saúde Mental no

Estado de São Paulo, no ano de 1973, após avaliação de um Grupo de Trabalho definido pelo Governo do Estado com o objetivo de seguir os ideais do Manual de Assistência Psiquiátrica formulado no ano de 1971. Apesar do convênio celebrado entre a Coordenadoria de Saúde Mental da Secretaria Estadual de Saúde e universidades públicas e privadas, os dezessete Centros de Saúde Mental criados na época e que atendiam a comunidade foram sofrendo as resistências da política hospitalocêntrica e privatista, perdendo seu caráter comunitário e alternativo. Posteriormente, mesmo com a publicação de outras versões do manual, em prática prevalecia a compra dos serviços privados por parte da Previdência Social. (SCARCELLI, 1998).

A Reforma Psiquiátrica que levou a desconstrução do modelo que privilegia as internações hospitalares teve seu início, segundo Amarante (2013), a partir do episódio denominado “Crise da Dinsam” (Divisão Nacional de Saúde Mental - órgão federal que administrava a política de saúde mental do país), sendo reconhecida assim a greve realizada no ano de 1978, de profissionais contratados como bolsistas que atuavam nos hospitais psiquiátricos do Rio de Janeiro (Centro Psiquiátrico Pedro II; Hospital Pinel; Colônia Juliano Moreira e Manicômio Judiciário Heitor Carrilho). Tal greve ganhou grande repercussão na mídia e se manteve por oito meses efetuando denúncias sobre as ameaças e os problemas enfrentados pelos trabalhadores, como também a violência sofrida pelos internos: mortes não esclarecidas, estupros e agressões.

A partir dessa organização surge o MTSM (Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental) que oscilava sua atuação em dois pólos: 1) a transformação do campo psiquiátrico, denunciando a falência dos hospitais psiquiátricos e 2) uma organização corporativa, reivindicando melhorias para os trabalhadores. (AMARANTE, 2013).

Antes da crise da Dinsam, foi criado no ano de 1976 o CEBES (Centro Brasileiro de Estudos da Saúde), sendo outro importante espaço de estruturação das bases políticas das Reformas Sanitárias e Psiquiátricas. Para esta última, sua principal contribuição esteve no apoio à conferências em universidades, sindicatos e associações, contando com a presença de nomes importantes para a construção de uma crítica sobre as instituições totais, entre eles Franco Basaglia – personagem importante da Reforma Psiquiátrica Italiana – favorecendo as discussões sobre a situação em que se encontrava a saúde mental no país. (SCARCELLI, 1992).

Como estratégia que buscou ampliar a discussão sobre novas formas de atuação na saúde mental, alguns documentos foram elaborados pelo Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental trazendo maior visibilidade ao movimento e mesmo após um período de pouca

mobilização, o apoio do CEBES e de outras instituições permitiu a continuidade do movimento e a realização de congressos e encontros que se direcionavam para a produção de mudanças na saúde mental. (AMARANTE, 2013).

Entre os eventos que aconteciam pelo país, o V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, realizado em outubro de 1978, foi considerado um “Congresso de Abertura” por possibilitar que movimentos em saúde mental pudessem participar de um evento até então reconhecido como conservador. O resultado foi a articulação nacional de movimentos que estavam atuando em diversas regiões pelo país e o apoio inicial da ABP (Associação Brasileira de Psiquiatria) quanto às reivindicações do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental. (AMARANTE, 2013).

Ainda no ano de 1978 é realizado o I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições, possibilitando a vinda de personagens importantes do pensamento crítico em saúde mental, como Franco Basaglia, Félix Guattari, Robert Castel e Erving Goffman. As discussões no campo da saúde mental articulavam-se com os questionamentos sobre as instituições de poder que se fortaleciam por meio dos hospitais psiquiátricos. (LÜCHMANN; RODRIGUES, 2007; AMARANTE, 2013).

Em fevereiro de 1979, foi realizado em São Paulo o I Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, em que o debate girava em torno da transformação na saúde mental que deveria estar articulada com uma sociedade mais justa, além da necessidade da participação de técnicos nos processos de formulação de políticas de saúde mental. Ainda no ano de 1979, o III Congresso Mineiro de Psiquiatria iniciou os debates e propostas de criação e fortalecimento de trabalhos alternativos na assistência psiquiátrica. (AMARANTE, 2013).

Por volta da década de 1980, a cogestão interministerial permitiu mudanças significativas na saúde pública, possibilitando a universalização dos serviços de saúde que exigiram modificações na estrutura dos serviços em saúde mental. Algumas experiências ocorreram em diversas cidades pelo país e serviram como base para o desenvolvimento de uma política de saúde mental que não fosse mais hospitalocêntrica.

São Paulo apresentou uma das experiências de saúde mental mais ricas do país e que serviu como possibilidade de influencia e conscientização na prática profissional de diversos trabalhadores da saúde mental, favorecendo também discussões tanto no Brasil como no exterior: uma experiência democrática na Zona Norte da cidade. Tal experiência se mostrou tão importante para nossa discussão que a seguir faremos um breve resumo do que foi apresentado por Cesarino (1989).

Ainda no ano de 1982, durante a preparação do programa de governo do candidato Franco Montoro, um grupo de trabalhadores da saúde que possuía certa influência em seus campos de atuação, e preocupados com o desenvolvimento de um programa de saúde que apresentasse uma lógica mais democrática, se reuniram com o objetivo de produzir mudanças efetivas na saúde. O primeiro passo foi a constituição de um Seminário de Saúde Mental onde discutiu-se a importância de uma política de saúde mental presente nos três níveis de assistência: primária, secundária e terciária, devendo a rede básica ser a porta de entrada da saúde mental, evitando assim que os encaminhamentos já se iniciassem via internação hospitalar.

Essa proposta tinha como objetivo final a redução nas internações psiquiátricas. Já era forte o debate entre alguns profissionais que os hospitais psiquiátricos não produziam nenhuma cura, ao contrário, tornavam-se os responsáveis pela indústria da loucura: as internações geralmente longas ou reinternações constantes à custa do INAMPS, financiador de diversos hospitais privados que cresciam em número a cada ano. Somado à isto, o crescimento das indústrias farmacêuticas e o aumento no uso de psicotrópicos não pareciam fornecer nenhum tipo de melhoria ao “doente mental” que continuava internado. Os ambulatórios de saúde mental existentes trabalhavam na lógica de renovação de receitas, trabalho que ficou muito mais fácil para o médico com a administração de medicamentos que “acalmavam” o paciente.

Para que essa situação fosse alterada, foi necessária a criação de uma rede de ambulatórios que também deveria mudar sua forma de trabalho, incorporando novos profissionais que atuariam em conjunto com o psiquiatra. Em relação à comunidade, era necessário um trabalho educativo que oferecesse informações adequadas sobre o sofrimento psíquico. Quanto às internações, estas deveriam ocorrer em hospitais gerais que serviriam como retaguarda de atendimento. Se essa experiência se mostrasse efetiva, a redução de convênios entre o INAMPS e os hospitais psiquiátricos ocorreria paulatinamente.

Para a realização desse projeto, firmou-se um convênio entre a prefeitura de São Paulo, a cadeira de Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de Misericórdia, a Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, a Secretaria de Higiene e Saúde da Prefeitura e o INAMPS. Cabe destacar que o apoio maior foi proveniente da Secretaria de Higiene e Saúde, enquanto que os demais órgãos atuaram de forma mais distanciada.

Cesarino (1989) aponta que a implantação do projeto encontrou dificuldades de todos os níveis: o desconhecimento da proposta por parte da grande maioria dos trabalhadores, a disputa de poder, visto que a medicina privatista continuava atuando fortemente não somente

naquela pequena região, mas no país todo. Até mesmo a demora nas reformas dos espaços e a necessária verba e autorização para a contratação de profissionais foram obstáculos que tornaram a implantação do projeto muito lento.

Ainda assim, o sucesso do projeto pode ser resumidamente apresentado da seguinte forma: as Unidades Básicas de Saúde passaram a atender casos de saúde mental, trabalhos de supervisão com profissionais possibilitaram, além da compreensão sobre os processos de trabalho, a desmistificação quanto a periculosidade do louco, produzindo uma nova relação entre técnicos e usuários dos serviços. Os ambulatórios de saúde mental foram mudando suas características a partir da inclusão de novos profissionais, o que permitiu atendimentos em conjunto e discussões de casos em equipe. O Hospital Pinel passou por uma transformação, seja no processo de trabalho, seja no perfil de pacientes assistidos, além do resgate familiar, permitindo à algumas pessoas retornarem ao convívio social.

Até mesmo uma tentativa de autogestão com pacientes provenientes do Hospital Pinel foi pensada: com a impossibilidade de dar alta para algumas pacientes, o hospital pensou em reuni-las numa enfermaria com funcionamento semelhante à uma casa, em que as regras de convivência foram desenvolvidas por elas. Apesar da experiência não ter seguido adiante, não há como não relacioná-la com as Residências Terapêuticas que foram desenvolvidas em anos posteriores.

Como consequência desse projeto o número de internações caiu substancialmente, além da ampliação do atendimento e descredenciamento por parte do INAMPS de hospitais particulares que não apresentavam condições mínimas para o cuidado em saúde mental. Diante de uma experiência marcadamente política, coube aos profissionais desenvolver uma nova forma de atuação, uma nova clínica que até então não havia sido desenvolvida. Nesse período foi elaborada pelos trabalhadores uma grande quantidade de documentos que buscaram nortear as práticas diante do novo. O resultado foi um grande movimento de discussão sobre as políticas de saúde mental. Cesarino (1989) e Amarante (2013) apontam que essas discussões serviram como base para a criação de um Plenário de Trabalhadores de Saúde Mental, organizado após protestos realizados durante o I Congresso de Trabalhadores de Saúde Mental de São Paulo, no ano de 1985, que por sua vez fortaleceu as ações do MTSM (Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental) nesse estado.

Com o fim do governo de Franco Montoro, a região da Zona Norte foi dividida em dois escritórios, o ERSA 6 e ERSA 7 (Escritório Regional de Saúde). O que a princípio não parecia influenciar negativamente na gestão dos serviços se mostrou como o primeiro passo para o fim da experiência que logo depois, com a gestão municipal de Janio Quadros e o

governo de Quêrcia, levou ao desmantelamento dos serviços. Inicialmente hospitais que haviam perdido seus contratos com o INAMPS, devido as más condições de atendimento, foram recadastrados demonstrando o retorno ao favorecimento das empresas privadas, as baixas internações psiquiátricas, que se mostravam como resultado positivo do projeto, foram vistas na atual gestão como crítica a insuficiência de serviços prestados à sociedade. O que se teve a partir disto foi o retorno das práticas iatrogênicas⁸ que reduziam a atenção em saúde mental em internações psiquiátricas.

Uma situação específica marca nossa leitura sobre tal experiência: durante a tentativa de fechamento do ambulatório da Brasilândia, os usuários dos serviços se organizaram e protestaram de forma ativa e espontânea contra o fim do serviço, o que demonstra nas palavras de Cesarino (1989), que as ações desenvolvidas nessa região permitiram o desenvolvimento do protagonismo naqueles que até então eram reconhecidos somente por sua doença mental.

Por outro lado, esse mesmo autor afirma que diante das mudanças ocasionadas pela nova gestão, a ausência do trabalho educativo com a comunidade local proposto inicialmente – que se dava em maior ou menor escala de acordo com as ações de cada equipe e unidade, sem se configurar um procedimento ou uma prática geral – contribuiu para que o projeto perdesse força com as mudanças. Com exceção dos que eram atendidos ou trabalhavam no projeto, poucos tinham informações sobre o sucesso da experiência.

Para além da experiência na Zona Norte, no ano de 1987 foi criada uma unidade que atuava a partir de uma nova clínica, tratava-se de uma nova forma de atuação da psiquiatria aliada à outras práticas terapêuticas e a constituição de uma equipe multiprofissional, possibilitando um olhar para além do diagnóstico psiquiátrico, incorporando nesse processo o reconhecimento das questões sociais que atravessam o sofrimento psíquico. “A clínica do Caps⁹, portanto, não dispensa a tradição, o saber e os instrumentos da psiquiatria, mas subordina-os a uma nova apreensão do que seja a problemática da doença mental e do que seja o tratar.” (TENÓRIO, 2002, p. 39).

Na constituição e fortalecimento do Caps (Centro de Atenção Psicossocial) – localizado na região da Avenida Paulista, à Rua Itapeva – a participação de usuários e

⁸ Práticas médicas (terapêuticas) que ao invés de favorecer a cura ou o tratamento, levam a um adoecimento.

⁹ O CAPS (BRASIL, 2004, p. 13) é o serviço de referência para o cuidado em saúde mental para casos graves. Trata-se de um serviço aberto e vinculado ao SUS, que foi criado como substitutivo das internações psiquiátricas, visando em seu cuidado, não somente o acompanhamento clínico, como também a reinserção social de usuários por meio do trabalho, lazer, do exercício de seus direitos civis e o fortalecimento de seus vínculos familiares e comunitários.

familiares por meio da Associação Franco Basaglia tem destaque na medida em que essa associação desenvolveu projetos especiais que possibilitou a inserção dos usuários no meio social, incentivando a participação da família no processo e difundindo na comunidade outras formas de se entender a loucura. (LUZIO, L'ABBATE, 2006).

São Paulo também teve a preocupação em desenvolver um equipamento com o objetivo de atender grupos populacionais que muitas vezes tinham pouco acesso à espaços de lazer e cultura. Os Centros de Convivência e Cooperativa (CECCOs) não eram voltados somente à população em sofrimento psíquico e sim à todos que tivessem o interesse em utilizá-lo. Sua ação se dava por meio da arte e da cultura, assim como pela ressignificação do processo de trabalho por meio das atividades desenvolvidas na cooperativa. Apesar de sua existência nos dias de hoje, durante os governos de Maluf e Pitta (1992 à 2000), tal projeto foi remodelado buscando ser mais um equipamento de perfil terapêutico e voltado exclusivamente à pessoas portadoras de algum diagnóstico que indicasse sua utilização. Com a implantação do Plano de Assistência à Saúde, muito do que havia sido construído foi perdendo sua efetividade até que anos depois foi possível um retorno no investimento de ações efetivas para a saúde como um todo. (LUZIO, L'ABBATE, 2006, p. 288-89).

Da experiência da cidade de Santos, destacamos a intervenção na Casa de Saúde Anchieta, após vistoria realizada em parceria com a sociedade civil. Dessa intervenção, resultou a criação de ações que proporcionaram condições mínimas de tratamento dentro da instituição até a constituição de outro equipamento substitutivo às internações. Tal processo recebeu influência da psiquiatria italiana, seja no enfrentamento da lógica manicomial que visava o lucro e era produzida pelos donos de hospitais psiquiátricos, seja na negação da instituição manicomial e a constituição de serviços que inseriam o portador de sofrimento psíquico na sociedade. Nesse contexto foram constituídos os NAPS (Núcleo de Apoio Psicossocial) que atendiam integralmente a demanda de saúde mental, dos casos mais simples aos mais graves. Para isso, sua estrutura demandava o funcionamento 24 horas por dia, todos os dias.

Além da constituição de cinco Núcleos de Atenção Psicossocial no período de 1989 à 1996, foram construídos uma Unidade de Reabilitação Psicossocial, que atuava na coordenação e acompanhamento de projetos de trabalhos para os usuários, reconhecendo a necessidade de inserção destes no mercado de trabalho como parte de sua reabilitação psicossocial; o Centro de Convivência Tam-Tam que atuava no campo das artes e da cultura; um Núcleo de Atenção aos Toxicodependentes; o Lar Abrigado, que recolhia os moradores da antiga Casa de Saúde Anchieta que haviam perdido os vínculos familiares e o Serviço de

Urgência nos Prontos Socorros Municipais que atuavam como retaguarda da rede de atenção em saúde mental. (LUZIO, L'ABBATE, 2006, p. 288-89).

A cidade de Campinas já apresentava algumas diferenças quanto as duas primeiras, pois já na década de 1970 contava com a participação do Movimento Popular de Saúde na organização da rede municipal de Unidades Básicas de Saúde, porém somente a partir de 1989, com a eleição de uma gestão municipal comprometida com a construção do SUS e com a participação popular, foi possível uma mudança qualitativa na saúde mental. A co-gestão entre a secretaria municipal de saúde e o hospital Dr. Cândido Ferreira permitiu a superação da prática manicomial “por dentro” da instituição e ao contrário do modelo manicomial, não impediu a expansão nos serviços de saúde mental da região. (LUZIO, L'ABBATE, 2006).

Na cidade do Rio de Janeiro, além das mudanças ocorridas na década de 1970 e que culminaram na constituição do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, a partir do ano de 1995 deu-se início a ampliação dos equipamentos extra-hospitalares, quando a Secretaria Municipal de Saúde assumiu a gestão do SUS no município. Posteriormente, com o apoio do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro e da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, realizou-se o 1º Censo da População de Internos nos Hospitais Psiquiátricos, publicizando a violência extrema a que eram submetidos os internos. A partir desse censo, foi possível o fechamento de algumas clínicas, a suspensão do recebimento de verbas provenientes do SUS para outras que também apresentavam problemas quanto ao cuidado com os pacientes que ali se encontravam e a inauguração, no ano de 1996, do primeiro Caps (Centro de Atenção Psicossocial) do Rio de Janeiro. (TENÓRIO, 2002).

Esses breves exemplos, aliados à outros que ocorreram em demais cidades brasileiras, fortaleceram a criação de uma rede substitutiva de atenção em saúde mental que priorizou o tratamento extra hospitalar, atuando na sociedade de forma a construir novos valores em relação à loucura. Porém cabe destacar que não se tratou de uma mudança imediata e sim uma construção que, apesar dos avanços, trata-se de um processo contínuo e por isto sempre em construção, reformulação e negociação, seja no campo das políticas públicas e na constituição concreta de equipamentos substitutivos, seja no campo da cultura e na possibilidade de construção de uma nova identidade para o portador de sofrimento psíquico.

As experiências, ainda que implantadas com dificuldades que fizeram perder sua força, permitiram evoluções na saúde mental, pois demonstraram que a atenção não deveria ficar voltada ao hospital, havendo outros recursos possíveis de cuidado com a loucura. Com

isso, as empresas privadas começaram a perder seus lucros obtidos pela compra de Unidade de Serviços. A Federação Brasileira de Hospitais (FBH) que até então parecia concordar com os princípios da reforma psiquiátrica, passou a criticar as conquistas obtidas na saúde pública, manipulando dados sobre os resultados das ações nos hospitais psiquiátricos públicos. (AMARANTE, 2013).

Essas mudanças e as dificuldades que vinham ocorrendo atingiram especialmente o posicionamento que o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental vinha apresentando nos últimos tempos. Até determinado ponto, a luta desse movimento não parecia impor a desconstrução do manicômio, ao menos era o que entendiam alguns que dele faziam parte. Para estes, não era possível pensar uma sociedade sem os hospitais psiquiátricos, que deveriam apenas passar por uma reformulação, um “tratamento institucional” suficiente para retornar suas funções terapêuticas. Porém, a I Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada no ano de 1987, foi marcada pelo distanciamento efetivo entre o MTSM (Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental) de um lado e do outro a Dinsam e a ABP. Do mesmo modo, o movimento pela reforma psiquiátrica se afastou do movimento da reforma sanitária, visto que esse último não buscava problematizar a instituição médica como dispositivo de controle e normatização da sociedade. (SILVA, 2003; AMARANTE, 2013).

O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental que nos últimos anos vinha perdendo seu foco de atuação, devido a proximidade com o Estado e o apoio às ações reformistas que pouco proporcionaram no sentido de questionar a instituição psiquiátrica, passou por uma renovação teórica e política. O afastamento de velhas lideranças que compartilhavam do pensamento proveniente da psiquiatria conservadora e a aproximação com usuários e familiares marcaram o que Amarante (2013) chamou de o fim da trajetória alternativa e o início da trajetória da desinstitucionalização, que buscou questionar a produção de um saber psiquiátrico como também as relações cotidianas que fortaleciam a antiga identidade do louco perigoso e incapaz.

No mesmo ano ocorreu o II Congresso Nacional do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, realizado na cidade de Bauru-SP, que se desenvolveu a partir de 3 eixos de discussão: 1) por uma sociedade sem manicômios; 2) organização dos trabalhadores em saúde mental e; 3) análise e reflexão das práticas concretas. A partir desse encontro, constituiu-se o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial que por meio do lema “Por uma sociedade sem Manicômios” buscou atuar não somente na desconstrução dos hospitais psiquiátricos, como também atuar na sociedade, construindo novos espaços para a existência da loucura, sabendo-

se ainda que a prática manicomial poderia ultrapassar os hospitais e se direcionar para estes novos dispositivos de cuidado. (AMARANTE, 2013).

A ação na cultura passa a ocupar um lugar estratégico no agora denominado Movimento da Luta Antimanicomial: trata-se de chamar a sociedade para discutir e reconstruir sua relação com o louco e com a loucura. A participação dos agora chamados 'usuários' dos serviços de saúde mental (em lugar de 'pacientes') e de seus familiares nas discussões, encontros e conferências passa a ser uma característica marcante do processo. (TENÓRIO, 2002, p. 35)

No ano de 1989, o projeto de lei nº. 3.657/89, de autoria do deputado Paulo Delgado é apresentado com o objetivo de impedir a construção e contratação de novos hospitais psiquiátricos pelo poder público, utilização dos recursos públicos para a construção de equipamentos substitutivos ao hospital e a comunicação das internações compulsórias à autoridades judiciárias que seria responsável por definir a legalidade de tais internações. Somente o projeto de lei foi o suficiente para o aumento das discussões sobre o tema pelo país, assim como possibilitou a implantação de leis estaduais que regulamentavam a assistência na perspectiva do cuidado extra-muros. (TENÓRIO, 2002).

Quanto à organização do movimento social que se formava, no ano de 1993 ocorreu o I Encontro Nacional do Movimento da Luta Antimanicomial, quando suas diretrizes de funcionamento foram estabelecidas. Para isso, decidiu-se pela formação de diversos núcleos locais e independentes que poderiam se articular, quando necessário, em nível municipal ou estadual. A constituição de uma diretoria executiva e os encontros a cada dois anos foram outras diretrizes de funcionamento decididas nesse encontro. Nos anos intercalados eram realizados os encontros de usuários e familiares vinculados ao movimento. (LOBOSQUE, 2003).

Antes disso, ainda no ano de 1991, já havia ocorrido o I Encontro Nacional de Entidades de Usuários e Familiares dos Serviços de Saúde Mental do Brasil, realizado na cidade de São Paulo. Esse encontro se configurou como a primeira oportunidade de associações de usuários e familiares se reunirem num encontro de âmbito nacional. (PEREIRA, 2003).

No ano de 1992 foi implantada a Portaria 224/92/MS com o objetivo de atender aos princípios de universalidade, hierarquização, regionalização e integralidade nas ações de saúde propostos tanto na Constituição de 1988, como na Lei 8080 de 1990. Incluindo os Centros de Atenção Psicossocial (Caps) e os Núcleos de Apoio Psicossocial (Naps) como dispositivos de tratamento regionalizados e intermediários entre o regime ambulatorial e a internação psiquiátrica. Apesar das diferenças existentes entre os Centros de Atenção

Psicossocial e os Núcleos de Apoio Psicossocial, essa portaria não faz distinção quanto as suas funções, porém suas definições se assemelham mais à concepção dos Centros de Atenção Psicossocial, com o funcionamento somente de segunda a sexta feira e contando com os hospitais psiquiátricos, ou enfermarias psiquiátricas e Pronto Socorro como apoio em casos de internações.

Alguns problemas quanto à organização do Movimento da Luta Antimanicomial ficaram mais claros no decorrer dos anos, quando no V Encontro Nacional do Movimento, realizado no ano de 2001, apesar das diversas propostas discutidas no decorrer do encontro e que pareciam apontar uma reorganização do movimento, terminou numa plenária em que não foi possível deliberar nem mesmo sobre a composição da próxima Secretaria Executiva Nacional. A partir dessa divisão no Movimento foi constituído no ano de 2003 o RENILA (Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial). (LÜCHMANN; RODRIGUES, 2007).

Somente no ano de 2001 é promulgada a Lei 10.216/2001, fruto do projeto de lei apresentado no ano de 1989. A partir dessa lei são criadas linhas específicas de financiamento dos serviços abertos, como novos mecanismos para fiscalizar e reduzir o número de leitos psiquiátricos. Porém, as ações dos coletivos antimanicomiais, reconhecidos ou não como pertencentes ao Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, não se encerram nesse ponto, sendo importante sua militância para que os ideais da reforma psiquiátrica possam acontecer. (BRASIL, 2001; BRASIL, 2005).

O que podemos verificar no processo da Reforma Psiquiátrica é que ela se constituiu a partir de ações de profissionais e com apoio de universidades ou teóricos que buscavam questionar o modelo de atenção em saúde mental existente. Ainda que existam registros de associações de usuários já na década de 1970, a militância foi se constituindo inicialmente entre técnicos e estudiosos. A participação popular e mais especificamente, a participação de usuários e familiares de portadores de sofrimento psíquico somente veio acontecer nos últimos anos. Certamente proporcionando um fortalecimento das reivindicações e como já afirmado anteriormente, abrindo um novo caminho para a luta antimanicomial, ainda que essa relação não fosse totalmente tranquila. Nesse sentido, faz-se necessário uma discussão sobre a inclusão dos usuários e de familiares no processo da reforma psiquiátrica, buscando trazer alguns esclarecimentos sobre sua participação política.

2.3 Sobre a participação dos usuários e familiares em coletivos antimanicomiais.

Ao chegarmos no final deste capítulo, vamos discutir sobre a participação dos usuários e de familiares na luta antimanicomial e faremos isto considerando que o termo *participação* carrega contradições em seu conceito. Teixeira (1997) afirma que não podemos entendê-lo somente como direito de participação eleitoral, pois outras formas de participação devem existir numa sociedade. Com o objetivo de clarificar o termo, o autor utiliza a expressão *participação cidadã* por entender que somente a ação que leva ao exercício da cidadania poderá ser entendida como participação.

Nesse sentido, este autor afirma que a participação política não deve ficar limitada à grupos específicos que detém o poder de decisão mas,

...supõe uma relação em que atores, usando recursos que são disponíveis no espaço público, fazem valer seus interesses, aspirações e valores, construindo suas identidades, afirmando-se como sujeitos de direitos e obrigações. (TEIXEIRA, 1997, p. 184).

Para que essa relação ocorra, Teixeira argumenta que a participação cidadã apresenta cinco dimensões: decisória, educativa, integração, controle social e expressivo-simbólica. Dessas dimensões, as duas últimas são essenciais num regime democrático, principalmente por possibilitar a transparência do Estado e pela potencialidade de desenvolvimento de novas identidades, favorecendo uma cultura política de respeito à diversidade.

Longe de uma leitura utópica sobre a participação, o autor reconhece que o termo é passível de manipulações por grupos dominantes, como na visão neoliberal que a restringe ao poder de decisão no processo eleitoral. Porém, a participação cidadã implica em reconhecer e ter acesso à outros canais de participação para além dos processos eleitorais e, ainda, reconhecer que mesmo não fazendo parte efetivamente dos processos decisórios, é possível exercê-la de outros modos, visto as demais dimensões da participação cidadã, que implica ações educativas (visando a disseminação de informações importantes para que um número maior de pessoas possam conhecer os processos políticos), integração (modificação de um conjunto social ou cultural, que permitirá a integração de identidades antes excluídas), controle social (tão amplamente discutido nas políticas do SUS, porém implica outros espaços de controle e fiscalização das ações do Estado e do mercado) e ações expressivo-simbólica (de reconhecimento das identidades no espaço público e o conseqüente direito a sua expressão). O exercício da participação cidadã resultará na possibilidade de novas formas de gestão dos recursos econômicos disponíveis.

Com base nas cinco dimensões da participação cidadã, entendemos que esta apresenta um aspecto mais objetivo de participação nos espaços públicos, o que nem sempre implicará inserção nos processos decisórios, mas a possibilidade de exercer o controle social por parte da sociedade e a oportunidade de um conhecimento mais amplo sobre as relações políticas. Um segundo aspecto se relaciona com a subjetividade que é a transformação da identidade que se dá a partir da oportunidade de expressão dos desejos e necessidades de determinados grupos até então alijados dos processos participativos, permitindo o sentimento de inclusão no espaço público, um processo de reconhecimento e afirmação de suas identidades.

A participação pode se dar de modos diferentes de acordo com o contexto histórico em que ocorre. Além disto, estas dimensões podem se dar em maior ou menor grau de acordo com os objetivos de um determinado coletivo, porém todas estão presentes aos menos em suas potencialidades. Quando estas cinco dimensões não são preservadas, a participação poderá cair num jogo de manipulação, sejam por grupos de interesses externos ao coletivo ou até mesmo por outros integrantes do grupo.

A existência de coletivos antimanicomiais nos chama a atenção, pois a priori entendemos que coloca o portador de sofrimento psíquico em outra posição diferente daquilo que ele viveu durante séculos como sujeito segregado na sociedade. O que abre uma oportunidade para a discussão sobre a identidade que se constrói nessa participação. Antes que possamos vislumbrar algumas respostas, cabe uma leitura sobre como se dão as relações que agregam, dentro do mesmo coletivo, categorias muitas vezes com objetivos distintos na reforma psiquiátrica.

No Brasil, Vasconcelos (2003) aponta para a constituição de grupos ligados aos Alcoólicos Anônimos e a SOSINTRA (Sociedade de Serviços Gerais para a Integração Social pelo Trabalho), fundada em 1978, como as primeiras organizações que buscavam melhorias nas condições de tratamento no campo da saúde mental. Como experiências iniciais, constituíram-se em importantes redes de apoio, mas pouco atuavam na construção de políticas públicas a favor de um tratamento humanizado daqueles que sofriam psiquicamente.

Dada a constituição de diversos coletivos, podemos verificar que a formação, seja do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, seja de outros coletivos antimanicomiais que apresentam os mesmos ideais da Reforma Psiquiátrica, em sua maioria aglutinou no mesmo espaço três categorias: usuários, familiares e trabalhadores.

Vasconcelos (2003) afirma que esse tipo de organização é mais comum em países da América Latina, diferente das experiências acompanhadas por ele em países da Europa ou

Anglo-saxões, em que tais associações são organizadas de forma separada. O motivo seria as condições econômicas e sociais nesses países, conferindo certa autonomia ao usuário em relação aos familiares ou aos trabalhadores da saúde mental.

No caso brasileiro, algumas características na formação cultural, econômica, política e social devem ser consideradas para compreender a predominância de organizações mistas, das quais Vasconcelos destaca:

- a) Nossa cultura valoriza a dependência social, diferente de culturas que buscam valorizar a autonomia e a independência social;
- b) Aliado à isso, os profissionais de saúde mental ainda mantêm uma postura paternalista ao enfatizar o papel do profissional no processo de tratamento, tendo ainda pouco conhecimento sobre dispositivos mais horizontalizados, sem valorizar as possibilidades de *empowerment*¹⁰ dos usuários; Nesse ponto acrescentamos que apesar das ações no campo da Economia Solidária favorecerem a autonomia dos usuários, estas experiências ainda recentes no país são em número reduzido e com baixas remunerações, não vislumbrando ainda possibilidades de independência financeira;
- c) Somente nos últimos anos houve um aumento das políticas sociais, porém estas tendem a ser estatais, com pouca participação do Terceiro Setor no campo da saúde mental. Apesar das associações de usuários e familiares que existem pelo país, muitas delas, conforme aponta Vasconcelos (2009), são dependentes das estruturas dos serviços de saúde, geralmente CAPS ou CECCOs, apontando mais uma vez essa dependência aos serviços de saúde e conseqüentemente aos técnicos;
- d) A predominância de usuários e familiares provenientes das classes mais pobres é resultado do comportamento elitista apresentado pelas classes médias que pouco se envolvem em lutas populares. O resultado é a dificuldade em encontrar usuários e familiares com níveis educacionais e de renda que possibilitem tanto a permanência no movimento, como de articulação linguística, cultural e teórico-político. Neste ponto verificamos que os técnicos que participam desses

¹⁰ Vasconcelos (2003, pg. 20) faz opção pela utilização do termo *empowerment*, apesar de reconhecer a existência de traduções como *fortalecimento* ou *aumento da autonomia*. Porém, estas traduções, em seu entendimento, não são satisfatórias. A utilização do termo inglês em seu trabalho tem o significado de diversas ações ou organizações que visam o “aumento do poder e autonomia pessoal e coletiva de indivíduos e grupos sociais nas relações interpessoais e institucionais, principalmente daqueles submetidos a relações de opressão, dominação e discriminação social”.

movimentos assumem a postura de líderes, dado o seu conhecimento político e sua melhor capacidade de articulação;

- e) A recente implantação de serviços substitutivos aos hospitais que tendem a seguir a linha de democratização da saúde.
- f) Por último, Vasconcelos aponta para as relações de exploração e desigualdade social que marcam a nossa sociedade, ocorrendo a exclusão de grandes contingentes populacionais aos serviços básicos e aos bens materiais, cenário que é visto em outros países em desenvolvimento na América Latina e que implica nas possibilidades de organização política nesses países.

Este último ponto apresentado nos permite identificar os limites do Movimento da Luta Antimanicomial ou de qualquer outro coletivo que se organize com os mesmos propósitos, ou ainda, de qualquer movimento social. Silva (2003) afirma que no caso dos coletivos antimanicomiais, não reconhecer as questões sociais que atravessam o sofrimento psíquico leva ao risco de uma explicação que considere somente as questões psíquicas, permanecendo as práticas de “patologização do social”.

Desse modo, a riqueza da participação política de personagens que há anos foram excluídos dos laços sociais pode se perder na dificuldade de manejar as novas personagens que vão surgindo nesse novo contexto. Do mesmo modo que uma nova política de saúde mental demandou um novo fazer clínico, que foi se constituindo no decorrer das práticas, tornou-se necessário que esse fazer político incluísse a diferença, algo que somente alguns anos depois constituído foi possível analisar.

O V Encontro Nacional do Movimento da Luta Antimanicomial foi o ápice dos problemas que já existiam dentro do movimento. A cisão que levou à constituição do RENILA (Rede Internúcleos da Luta Antimanicomial) foi marcada pela dificuldade de unir as discussões e os objetivos dos usuários, familiares e trabalhadores dentro do mesmo movimento. Segundo Pereira (2003) tratou-se de um erro político que evidenciou ressentimentos como também demonstrou o espaço de disputa de poder que se constituía. Para Silva (2003) este mesmo episódio, em especial a luta pelo poder, representado pela disputa na composição da Secretaria Executiva ou da Comissão da Reforma Psiquiátrica, demonstrou como a ausência de espaços representativos e de reconhecimento para usuários e familiares fora do movimento levaram o grupo à um fechamento em si mesmo, ficando as disputas restritas à esse espaço.

Esses problemas já vinham se formulando nos anos anteriores do qual Lobosque (2003) aponta as disputas de poder que aconteciam e o crescimento de participantes sem

formação política (o que incluía trabalhadores), ocasionando a paralisação de propostas e o empobrecimento do debate. Posteriormente, as tensões na relação entre técnicos, usuários e familiares dava a impressão de que se tratava de adversários ao invés de companheiros de militância.

Ainda que tal cisão não tenha levado ao fim do Movimento da Luta Antimanicomial, permanecendo sua formação a partir das principais categorias já descritas, foi necessário analisar os caminhos que o movimento tomava. Julgamos que este olhar é importante para qualquer espaço de participação política no campo da saúde mental, que em nosso país apresentará as características já descritas por Vasconcelos nas páginas anteriores.

Silva (2003) destaca que no Manifesto de Bauru, documento que marca a constituição do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, apesar da ênfase na participação popular, não há em nenhuma parte do documento o apoio e incentivo para a participação de usuários e familiares, mesmo que seja de conhecimento de todos os vínculos que foram criados entre usuários, familiares e trabalhadores a partir da formação do movimento.

Em seu entendimento os motivos para que isto tenha acontecido se deve ao contexto histórico em que o movimento foi constituído: os movimentos sociais naquele período, por sua ideologia de esquerda, formavam alianças com segmentos não elitistas da sociedade, geralmente sindicatos ou outras organizações populares; o outro motivo foi a ausência histórica que permitisse reconhecer no usuário ou familiar esta possibilidade.

Superados (em tese) os problemas iniciais, a questão das identidades constituídas nesses coletivos ainda é algo não resolvido e pouco problematizado em seu interior. De um lado a identidade do usuário militante, geralmente proveniente das classes mais baixas como apontado anteriormente, em que o sofrimento psíquico vem para complementar as diversas situações que impedem o exercício de sua cidadania. Estes muitas vezes não percebem ou tem poucas chances de expressar o fato de que a liderança do coletivo fica nas mãos dos técnicos, vistos muitas vezes como aqueles que são capazes de resolver os problemas do primeiro grupo. Quanto à identidade dos técnicos, esta também em processo de constituição, pois busca se distanciar daqueles trabalhadores coniventes com os malefícios da política manicomial, ainda assim, acaba por reproduzir dentro de seus limites justamente aquilo que pretende denunciar, ou seja, o poder médico psicológico, o poder das instituições, o saber poder. (SILVA, 2003).

Essas indefinições geram tensões dentro dos coletivos e que pouco são discutidas. A própria organização da sociedade capitalista marcada pela diferença de classes se reproduz

num coletivo também marcado pela diferença que legitima o poder de um grupo sobre o outro. Desse modo, tornam-se inevitáveis os ressentimentos, a impressão de que o outro lado não dá conta de participar de forma a unir forças, estando sempre preocupado com seus próprios interesses. Cabe destacar que esta balança pesa mais do lado do usuário e do familiar, vistos como dependentes dos técnicos, seja pela incompreensão de sua potencia política, seja pelos anos de tutela a que foram submetidos.

As concepções que consideram as disputas de poder, a ausência de formação política dos militantes e a dificuldade em enxergar o potencial de participação política de usuários e familiares complementam as características que Vasconcelos encontrou em seus estudos sobre os coletivos antimanicomiais na América Latina. Apesar das análises realizadas, poucas mudanças aconteceram de fato e persiste a diferença quanto ao lugar ocupado pelos usuários e familiares em coletivos antimanicomiais.

Lima (2010) faz uma ampla discussão sobre a Reforma Psiquiátrica e como os portadores de sofrimento psíquico são incluídos nessa nova lógica de tratamento. Para ele, a Reforma Psiquiátrica que reorganizou toda a assistência em saúde mental e vista por muitos como um dos melhores acontecimentos na história da saúde mental no Brasil, somente foi possível porque transformou o indivíduo, antes paciente hospitalizado, em consumidor de medicamentos e de procedimentos médicos (incluindo aqui os diversos profissionais que atuam no campo da saúde mental), caracterizando assim um reconhecimento perverso do personagem doente mental, sem possibilidades de emancipação. Esse deslocamento, não apenas transferiu o manicômio para o território (Caps, UBS, Enfermarias Psiquiátricas, etc.), como favoreceu a cristalização de uma identidade do louco que pouco se diferenciou do que foi construído durante séculos, assinalando a permanência da personagem doente mental.

Nesse sentido, trazemos a fala de Paulo, militante da luta antimanicomial e usuário dos serviços de saúde, sendo um de nossos entrevistados, que percebe claramente a reposição da personagem doente mental mesmo após as mudanças favorecidas pela Reforma Psiquiátrica:

Porque eu não to falando do lugar simplesmente do louco... eu to falando de um lugar que eu sei muito bem como se dão as relações... porque eu sei muito bem da onde que vem esse preconceito na hora em que você é internado, amarrado, dopado, torturado e olhado como alguém que não tem, que não tem o direito a falar nada... nisso eu passei na minha pele... e tenho marcado no meu corpo sobre isto... ou seja, o que eu falava... a minha queixa... não é ouvida por que? Porque eu sou um louco... isso se dá dentro do manicômio e... dentro da sociedade permanece, e dentro dos CAPS, e dentro... e toda essa formação dos profissionais permanece... desta forma, porque a gente realmente não foi a fundo nessa questão do preconceito... por isso eu falo: "eu sou louco".

Quanto aos movimentos sociais, Lima (2010) afirmou que o fato de apresentarem em sua constituição a maioria de trabalhadores e estudantes e em sua minoria usuários e familiares, renegam à este grupo um pequeno espaço de participação e assim continuam a apagar toda a sua diversidade. Entendemos que a questão não se dá pelo número de participantes, mas pelos poderes que determinada categoria exerce sobre a outra. De qualquer modo, o resultado é a reposição da personagem cristalizada do louco, ainda que o cenário da ação tenha se alterado.

Portanto, são as mesmas conquistas desse novo modelo de atenção que pouco permitem em termos de emancipação do sujeito que sofre psiquicamente. Concordamos com a visão de Lima e reconhecemos que é a partir desse ponto que nosso trabalho começa a tomar forma. Entendemos que é necessário que as falas dos usuários e de seus familiares sobre a significação de sua ação nos movimentos sociais em prol de seus direitos seja trazido à luz, pois somente assim será possível entender melhor esse processo.

Entendemos que a visão de Lima complementa o que já apresentamos e reforça o papel complexo da negociação no processo de formação da identidade por meio da ação. Não estamos afirmando que as ações dos coletivos antimanicomial e a reforma psiquiátrica não produziram bons resultados para toda a população, ao contrário, produziram melhorias inegáveis, mas não podemos esquecer que ela também foi resultado de um processo de negociação entre atores com interesses conflitantes. Por isto, assim como Ciampa (1990, 2003), reconhecemos que é necessário encontrar o que se mostra como metamorfose emancipatória e o que se mostra como reposição da loucura nesse processo.

Devemos formular um questionamento inicial: que identidade é produzida naquele que, na condição de pessoa em sofrimento psíquico – e aqui incluímos outra personagem importante, seu familiar – participa de um movimento social buscando mudar a realidade das condições de tratamento na saúde mental? Ou feita de outra forma: como podemos reconhecer esse processo de negociação e construção da identidade de usuários e familiares militantes em coletivos antimanicomial?

A leitura que fizemos até aqui teve o objetivo de demonstrar algumas mudanças no campo da saúde e posteriormente da Reforma Psiquiátrica e seus desdobramentos que atingiram diversos usuários dos serviços. Nesse ponto, desejamos contribuir com as análises voltadas para pessoas que atuam em movimento social, pois nos aproximamos do pensamento de Ciampa (2012, p. 64) quando afirma que “nós somos nossas ações, nós nos fazemos pela prática”.

Diante do quadro apresentado sobre a participação de usuários e familiares em coletivos antimanicomiais, torna-se necessário um melhor entendimento sobre o conceito de identidade, desde seu processo de constituição da identidade do louco ao longo da história como as possibilidades de desconstrução.

3 Identidade: da construção da identidade do louco no passado à emancipação e reconhecimento

No capítulo anterior, efetuamos um breve relato sobre as reformas no campo da saúde que propiciaram a constituição do SUS e a reforma psiquiátrica. No que se refere à saúde mental, a participação popular veio acontecer nos últimos anos, quando trabalhadores, usuários dos serviços de saúde, familiares e outras pessoas solidárias à Reforma Psiquiátrica, passaram a atuar juntos por meio do Movimento da Nacional da Luta Antimanicomial e, posteriormente, outros coletivos antimanicomiais.

Ao final do capítulo, questionamos qual a identidade produzida pela ação política em militantes da luta antimanicomial. Talvez seja o caso de retornarmos um pouco mais, pois se desejamos discutir que identidades são construídas na luta antimanicomial, é porque entendemos que de fato há identidades sendo construídas e por isso as pessoas se reconhecem como pertencentes àquele grupo e são reconhecidas pelos outros participantes.

Nesse ponto, cabe discutirmos uma afirmação de Ciampa (1990) de que a identidade é metamorfose, ou seja, um processo em constante transformação e por isto não deve ser entendido como algo fixo. O que somos hoje, não seremos daqui dez ou vinte anos, quando novas vivências forem agregadas às atuais. Algumas coisas ficarão, outras mudarão e assim continuamos sendo nós mesmos, porém somos outro também.

Nesse processo, o papel da memória se faz presente, pois aquilo que lembramos define o que somos e o espaço em que vivemos. Qualquer pessoa que queira definir sua identidade fará isto a partir dos registros mnemônicos de suas ações do passado e que lhe conferem a consciência de si. Do mesmo modo, para que um sujeito identifique o outro e o reconheça como integrante da mesma sociedade – ou negue esse reconhecimento – assim o fará a partir dos registros que estão em sua memória e que são partilhados por seus grupos de pertencimento.

Diante da afirmação acima e considerando o contexto de nosso trabalho, qual o identidade do louco? Como ele pode ser reconhecido dentro da sociedade em que vivemos? Antes que estas perguntas sejam respondidas é necessário verificar que registros a sociedade compartilha sobre a loucura.

Nos trabalhos de Foucault (2008, 2010) é possível perceber que a loucura foi ocupando ao longo da história um lugar de oposição à razão, o que significou sua existência

marginal no percurso do desenvolvimento da sociedade, sendo distinguida como um processo a parte: se é louco, não é homem...

Esse delineamento teve início muito antes da loucura ser reconhecida (ou reduzida) como doença mental. Segundo Foucault (2008), ganhou força por volta do século XV na Europa. Após dois séculos de eliminação da lepra, os antigos leprosários tornaram-se abrigo não somente de loucos, como também de desempregados, vagabundos e prostitutas, personagens do internamento que foram dando o tom do que seria a segregação social.

Se por um lado as mudanças provenientes da Reforma Psiquiátrica e antes disto, das ações dos coletivos antimanicomiais, produziram uma nova forma de cuidar da saúde mental, dando espaço para a garantia dos direitos do portador de sofrimento psíquico, por outro, devemos reconhecer que por séculos foi-se construindo uma identidade pressuposta do louco que o entendia como incapaz e perigoso.

Portanto, a luta antimanicomial se dirige não somente à objetos concretos como o hospital, e sim sobre uma construção social sobre a loucura, algo que foi fortalecido ao longo dos anos por meio de práticas e discursos. Essas ações do passado cristalizaram uma identidade da loucura que somente após seu questionamento, favorecido pelas ações antimanicomiais, foi possível pensar numa metamorfose com alguma possibilidade de emancipação.

Para maior clareza sobre o que foi dito, cabe a seguir uma breve discussão sobre o processo de construção da identidade do louco, o que nos ajudará a compreender a relação entre a identidade pressuposta da pessoa em sofrimento psíquico e a identidade que se quer ou se pensa haver construído atualmente.

3.1 A identidade construída do louco

Ao efetuar uma análise sobre a loucura, Foucault (2008) se importou em entender como ela foi se relacionando com o desenvolvimento de uma sociedade de homens “livres” e com a complexidade das relações que foram se constituindo na organização social.

Os antigos leprosários, que a partir do século XV começaram a receber os loucos, estavam inicialmente sob a administração da Igreja e assim que a sociedade começou a se

transformar, tornaram-se um tipo de instituição necessária para a organização social. De uma ação com viés caridoso, tornou-se estratégia política de contenção populacional.

Castel (1978) pontuou algumas mudanças na sociedade que foram importantes para o entendimento do lugar ocupado pela loucura na modernidade. Inicialmente o abandono das explicações teocêntricas conferiu ao homem o entendimento de que estava livre de um poder superior que regeria sua vida e morte. Posteriormente, a possibilidade de vender sua força de trabalho e a acumulação de bens favoreceu esse entendimento. O resultado foi um homem ilusoriamente livre, que não pôde reconhecer o quanto continuava preso a uma relação de dominação. Mais do que isso, os homens também passaram a se tornar mercadorias negociáveis numa relação de mercado.

Essa transformação do homem em mercadoria apresentou implicações para o desenvolvimento da medicina a partir do século XVIII, como podemos verificar em Foucault (2010) ao explicar o nascimento da Medicina Social. Para ele, a medicina moderna iniciou sua atuação com um enfoque social. Primeiramente na Alemanha do século XVIII, por meio de um suporte do Estado, buscando estabelecer um sistema complexo de acompanhamento das taxas de natalidade e mortalidade, para posteriormente estabelecer medidas efetivas sobre o nível de saúde de sua população. Nesse processo, cabe destaque ao movimento de normalização do médico, que instituiu como deveria ser a formação desse profissional nas universidades. Nas palavras de Foucault (2010, p. 83), “antes de aplicar a noção de normal ao doente, se começa por aplicá-la ao médico”.

Posteriormente, essa medicina social atuou nas estruturas urbanas da sociedade francesa, também no século XVIII. Por dois motivos: 1) para favorecer as relações comerciais, tornou-se necessário o reordenamento populacional; foi então que o discurso médico serviu como apoio à uma sociedade que deveria produzir a maior quantidade possível, no menor custo plausível; 2) o segundo motivo deixa mais claro a que ponto o uso da medicina é interessante para a organização da sociedade: a grande massa de operários pobres ocupando os centros das cidades facilitava sua organização para reivindicações, até mesmo violentas, em tempos de crise, tornando-se necessário o controle da população. É a medicina que legitima a prática de exclusão ou de controle, mesmo que nem sempre de forma sutil.

Essa organização do espaço urbano vem ao encontro de um medo que a população começou a desenvolver diante da aglomeração das cidades: o perigo da contaminação provocada pela falta de saneamento básico, pelo montante de indústrias construídas próximo às casas, pelos cemitérios a céu aberto no interior das cidades, ou pela aglomeração de residências pouco arejadas.

Também no século XIX, na Inglaterra, Foucault (2010) identificou uma medicina preocupada com a população, no caso os pobres, que deveriam ser preparados como força de trabalho. O nascimento dessa medicina para os pobres também teve seu início pelo fato de que o crescimento do espaço urbano e o surgimento de atividades que exigiam algum nível de qualificação proporcionaram o aumento do desemprego da classe trabalhadora, ocasionando revoltas populares. Entre outras ações que competiam à medicina ficou a responsabilidade de controlar as classes mais pobres por meio de vacinações, de visitas à locais de moradia insalubres, do delineamento de uma política de saúde para os pobres, o que garantia segurança, agora também em termos de higiene, às classes mais ricas. Isto não significa que a medicina não atuou entre aqueles de maior poder aquisitivo, apenas queremos identificar a relação entre o desenvolvimento de uma medicina social e controle populacional.

Foucault (2007) também descreveu um caso de triplo homicídio cometido por Pierre Rivière, na França de 1836. Um crime que ocorreu num período em que o trabalho do homem do campo começava a ter algum valor para a produção na sociedade, por isso os médicos efetuaram suas primeiras inserções no meio rural, com o objetivo de tratá-los e assim evitar adoecimentos ou mortes, o que ocasionaria um aumento nos custos aos donos das terras onde esses homens trabalhavam. Não foi o primeiro crime cometido naquela sociedade, mas ganhou destaque dado o tratamento recebido pelas autoridades judiciárias, pela repercussão dos laudos médicos e do interesse científico para o entendimento do caso.

Ainda no século XVIII, verificamos a importância dado ao trabalho na constituição do sujeito. Numa sociedade onde a produção era o caminho para seu desenvolvimento, não restaria outro modo de reconhecimento do indivíduo se não fosse por meio da sua capacidade de trabalho e produção. Nesse sentido, o trabalho começou a ter uma representação moral: bom sujeito era aquele que trabalhava. Em consequência, aqueles que não podiam de alguma forma trabalhar, ou produzir suficientemente para o desenvolvimento econômico, não eram considerados mercadorias, mas também não foram considerados outra coisa senão a diferença daquilo que era desejável como homem moderno (Birman, 1978; Foucault, 2008, 2010).

Até esse ponto podemos verificar que a identidade ideal do homem moderno estava sendo construída e se relacionava com o ideal de desenvolvimento da sociedade. A medicina foi legitimando esse processo justamente porque fez o caminho inverso, começando pelo social para somente depois atuar sobre o individual. Sendo assim, os asilos que até então não recebiam a intervenção médica e tinham a função de depósito de pessoas, começaram a despertar certo medo na população. O medo de contágio decorrente do crescimento

desorganizado da sociedade não poderia deixar de fora os asilos e suas péssimas condições. (BIRMAN, 1978; CASTEL, 1978).

Foi então que se deu a inserção da medicina nesses locais e a conseqüente transformação da loucura em doença mental. Mais um passo no desenvolvimento da identidade do louco: ele começou a ser legalmente doente, sem abandonar a personagem que deve ser excluída. Desse ponto em diante, começaram os estudos que buscaram explicar as causas da doença mental, desde explicações que a reduziam à influências hereditárias ou aquelas que encontravam no social suas causas.

Entre os tipos de tratamento dispensados aos doentes mentais, a violência era sua marca principal. Ainda que fossem designados pelos médicos, a punição, os choques sensoriais intensos ou a produção de outra doença temporária eram formas utilizadas para verificar as possibilidades do corpo de um alienado¹¹. (PESSOTTI, 1996).

Com Pinel, a loucura passou a receber explicações mais claras quanto a multiplicidade de suas causas, que podiam ser hereditárias, sociais ou emocionais. Reconhecendo que a loucura não é perda da razão e sim defeito de julgamento, a irracionalidade deixa de ser excluída e a loucura se mostra somente como uma contradição dentro da razão, permitindo considerar sua possibilidade de cura. Nesse sentido, Pinel propõe um tratamento moral em que “um misto de fatores não-físicos, mas psíquicos, sociais e situacionais e fatores éticos” eram os elementos necessários para se encontrar a cura da loucura. (PESSOTTI, 1996, p. 126).

Com o tempo, o termo moral foi ganhando uma conotação ética e o tratamento retornou a apresentar o objetivo de modelar o comportamento do louco a partir dos valores da sociedade. O corpo onde a loucura se manifestava era um corpo carregado de significações morais e representava as falhas ou o sucesso produzido pela família, responsáveis pela sanidade do sujeito. O tratamento moral não se manteve como única terapêutica sobre a loucura, o organicismo em determinadas épocas ganhava força no discurso psiquiátrico. Tratava-se de uma tentativa de aproximar a doença mental dos modelos de patologia clínica, em que o doente mental foi reduzido à um corpo que deveria ser analisado (e aproveitado depois de morto) com o objetivo de se efetuar maiores descobertas. Essa abordagem sobre a doença mental partia do pressuposto de que algo no organismo estava alterado, causando assim a doença mental. Reproduzindo as práticas da patologia clínica, era necessária a constituição de um laboratório que, isolando o objeto de estudo das variáveis, facilitava a

¹¹ Destacamos que a violência já existia nesses asilos antes da entrada do médico, o que mudou foi sua captura pelo discurso médico e transformação em terapêutica.

compreensão sobre o fenômeno estudado. Sendo assim, o hospital torna-se o local adequado para o aprofundamento das práticas organicistas (BIRMAN, 1978; CUNHA, 1986; COSTA, 1989; PESSOTTI, 1996).

Se a função dos manicômios era separar a sociedade entre aqueles que poderiam circular por ela e aqueles que deveriam ser recolhidos, a medicina mental vem apenas legitimar as ações e a violência já realizadas anteriormente. Como nos lembra Foucault (2008; 2010), a inserção do médico nesses espaços se deu muito mais para conter o medo da sociedade e não pelo cuidado com seus internos. Desse modo, ainda que a cena de Pinel libertando os loucos das correntes marcar a inserção da medicina e de um tratamento mais “humanizado” para a loucura, o que se viu posteriormente foi a adaptação e o incremento de novas técnicas médicas. Dessa forma, as demais terapias físicas como os eletrochoques ou choques insulínicos, apesar da proposta e justificativa médica, se inseriram na prática de controle e punição manicomial.

Cabe destacar que a principal diferença entre os adeptos do tratamento moral e os organicistas estava no fato de que para os primeiros o tratamento físico proporcionaria experiências sensoriais que complementaríamos o tratamento, para o segundo grupo, esse tipo de tratamento tinha o objetivo de intervir no estado cerebral e conseqüentemente nos delírios e no comportamento desviante. Entre eles, estavam os milhares de pacientes amontoados nos manicômios em péssimas condições de higiene, com seus tratamentos violentos. (PESSOTTI, 1996).

O desenvolvimento de teorias e da medicina mental fortaleceram a construção da identidade pressuposta da loucura atrelado ao conceito de periculosidade, apesar da relação já existir anteriormente. A ideia de periculosidade se relaciona com a possibilidade de uma pessoa causar algum mal a si ou a outro, ou colocar em risco seus bens ou de sua família. Essa relação foi se tornando cada vez mais forte e favoreceu o grande número de internações nos séculos XVII e XVIII pela Europa, mesmo sem a presença médica. Porém, é com a transformação da loucura em doença mental pela medicina que este termo começou a ganhar força no campo médico e posteriormente nas regulamentações judiciais. (BIRMAN, 1978).

A partir do século XIX, a medicina mental começou a reivindicar sua competência jurídica para avaliar a responsabilidade moral dos criminosos. Defendendo que doentes mentais não poderiam ser responsabilizados por atos criminosos, o termo periculosidade favoreceu a tentativa da medicina em modificar a perspectiva jurídica. Posteriormente, a medicina mental passou também a defender a constituição de um espaço específico para tratar da nova categoria que se formava: o louco criminoso, visto que sua presença nos hospitais

psiquiátricos era motivo de preocupação entre os familiares de pacientes que não haviam cometido crimes, além disso, havia a justificativa da necessidade de um espaço com maior segurança e sem possibilidades de fugas, pois entendia-se que os manicômios da época não ofereciam essa segurança. (BIRMAN, 1978).

Essas práticas violentas dirigidas aos doentes mentais, ou a visão reducionista dos riscos que ele poderia oferecer, ainda que tenham ganhando reforço pelo desenvolvimento (ou desconhecimento) científico, vem nos mostrar a maneira com que a sociedade dita normal se relaciona com os estigmatizados.

Por definição, é claro, acreditamos que alguém com um estigma não seja completamente humano. Com base nisso, fazemos vários tipos de discriminações, através das quais efetivamente, e muitas vezes sem pensar, reduzimos suas chances de vida. Construímos uma teoria do estigma, uma ideologia para explicar a sua inferioridade e dar conta do perigo que ela representa, racionalizando algumas vezes uma animosidade baseada em outras diferenças, tais como as de classe social. Utilizamos termos específicos de estigma como aleijado, bastardo, retardado, em nosso discurso diário como fonte de metáfora e representação, de maneira característica, sem pensar no seu significado original. (GOFFMAN, 2008, p. 15).

No Brasil, as maiores influências na construção do conhecimento sobre a loucura foram provenientes da Europa e da América do Norte. Inicialmente com o conhecimento europeu, a partir da vinda da família real portuguesa, em 1808, quando as ações políticas começaram a interferir e moldar a vida privada dos habitantes. (LIMA, 2010).

Quando se deu início a extração do ouro, no século XVIII, algumas cidades se beneficiaram disto e começaram a se expandir, porém, uma elite foi se formando e se contrariando à extorsões que sofriam de Portugal. Junto à essa elite, militares, religiosos, homens com nível escolar mais elevado e pessoas de outras classes sociais também tornaram-se opositores do poder real. Instaurou-se um caos urbano em que foram necessárias medidas mais efetivas por parte da família real para a realização de um mecanismo jurídico-policial que pudesse dar conta do problema. Apesar de algumas tentativas, a força repressiva militar se mostrou ineficiente, visto que também tornara-se opositora da família real, sem eliminar a reincidência de crimes cometidos pela população. Foi quando a medicina se mostrou instrumento eficaz de controle da população. (COSTA, 2004).

Lima (2010) afirmou que a medicina se aproveitou de um momento de fragilidade política do país para se legitimar como instituição de referência no processo de organização da sociedade, para isso, havia uma estratégia bem clara de como as ações deveriam proceder:

Primeiramente, despolitiza-se o mundo da vida, o cotidiano, o senso comum, e apresenta-se uma nova leitura acerca dos seus problemas, ou seja, inverte-se a preocupação social e direciona-se a mesma preocupação para o indivíduo, descrito de forma fragmentada nos discursos sobre o corpo, o sexo, a subjetividade. (LIMA, 2010, p. 62).

Esse sujeito fragmentado tem sua relação com o social cada vez mais distanciada, dificultando uma leitura que possa relacioná-lo com o mundo da vida. Desse modo, as questões que estão no campo do político não são entendidas como produtoras de subjetividades, enquanto esta última é entendida como resultado de um processo privado. O discurso médico foi tirando o significado político presente na oposição contra Portugal e transformando em comportamentos da esfera médica.

O que foi se delineando era uma medicina muito semelhante à européia, até mesmo em suas ações, atuando primeiramente no campo do coletivo, de forma a atingir o maior número de pessoas e a transformar as ações coletivas em simples sintomas patológicos. O resultado foi a construção de uma ciência médica que tratava somente do homem (reduzido à sua patologia), não cabendo, nem à esse homem, nem à psiquiatria, a preocupação com as questões políticas da época.

Essa relação entre Estado e medicina não foi algo estrategicamente organizado e esse compromisso só pôde ser percebido quando analisado historicamente. Ainda que ambos tenham se beneficiado do papel medicalizador das ações médicas sobre a política, essa aliança não era reconhecida de imediato, nem objetivo primeiro da relação. Mas não se pode negar que ambos se favoreceram e, apesar de suas diferenças, cada um se aproveitou dos benefícios que o outro tinha a oferecer para seu fortalecimento. (COSTA, 2004).

A vinda da Corte para o Brasil aumentou consideravelmente o contingente populacional do Rio de Janeiro, instaurando seus ideais higienistas que solicitavam medidas urgentes para conter os fantasmas das epidemias, da contaminação do ar e da água, das infecções e das altas taxas de mortalidade. Outra tática utilizada para o controle populacional foi o auxílio da imprensa que buscou divulgar os estudos médicos sobre os benefícios da prática higienista e o perigo iminente das doenças (entre elas, a doença mental). Com isso, a vida privada dos habitantes do país foi invadida por informações que fortaleceram a cultura medicalista na época, tornando-se fácil compreender porque o discurso médico foi ganhando legitimidade e fortalecendo as desigualdades sociais. Essas por sua vez, deixavam de ser entendidas como resultado de uma má administração política e ficavam reduzidas às condições de saúde. (COSTA, 2004; LIMA, 2010).

As ações da medicina permitiram desde a organização do espaço urbano até a organização familiar e individual, que foi ganhando moldes diferentes do que se tinha até então. Para Costa (2004, p. 32), as práticas higienistas trouxeram benefícios inegáveis para a saúde dos indivíduos, porém destaca os objetivos principais que estavam por trás quando

afirma que “a eficiência da higiene funcionou como auxiliar na política de transformação dos indivíduos em função das razões do Estado.”

Ainda como estratégia – talvez não tão consciente – para efetividade do discurso médico, foi necessário que este não se aplicasse igualmente à toda a população: o homem ideal era o homem burguês de origem européia. Os demais tiveram seu lugar garantido na História.

Não interessava ao Estado modificar o padrão familiar dos escravos que deveriam continuar obedecendo ao código punitivo de sempre. Estes últimos, juntamente com os desclassificados de todo tipo, serão trazidos à cena médica como aliados na luta contra a rebeldia familiar. Escravos, mendigos, loucos, vagabundos, ciganos, capoeiras, etc., servirão de antinorma, de casos-limite de infração higiênica. A eles vão ser dedicadas outras políticas médicas... A camada dos “sem família” vai continuar entregue à polícia, ao recrutamento militar ou aos espaços de segregação higienizados como prisões e asilos. (COSTA, 2004, p. 33).

São essas ações que vão formando a identidade ideal do brasileiro e consequentemente marcando as diferenças. Para a constituição desses espaços de segregação, a Psiquiatria foi ganhando importância ao despolitizar cada vez mais as diferenças sociais.

As armas de despolitização utilizadas pela psiquiatria tiveram como base a teoria da degenerescência e a teoria organicista. A teoria da degenerescência contribuiu para a classificação das raças no país, sendo o homem branco de origem européia a raça ideal. Os demais, negros e posteriormente italianos, necessitaram apenas de suas origens para serem decretados em sua maioria portadores de uma loucura latente que poderia emergir a qualquer momento, onde podemos incluir, qualquer momento de manifestação política de minorias. Complementando a teoria da degenerescência, encontramos os estudos sobre o contágio mental que explicaria o motivo de pessoas mentalmente fracas estarem suscetíveis a aglomerações irracionais (CUNHA, 1986).

As práticas eugenistas tinham como base essas teorias – organicista e degenerescência – e seu objetivo estava na eliminação de raças ou de pessoas que apresentavam alguma doença ou “inferioridade”, o que levaria à constituição de indivíduos melhores no futuro, tanto fisicamente como mentalmente. A esterilização de doentes mentais, o tratamento diferenciado aos não-brancos e a tentativa de acabar com a miscigenação, foram algumas das ações de uma psiquiatria eugenista que buscou aplicar seus ideais numa prática preventiva. O objetivo era a constituição do indivíduo brasileiro ideal. “Mas este indivíduo não era um indivíduo qualquer. Ele deveria ser branco, racista, xenófobo, puritano, chauvinista e antiliberal.” (COSTA, 1989, p. 62).

Em 1923, os ideais eugênicos favoreceram a criação da Liga Brasileira de Higiene Mental, tendo como seu fundador o psiquiatra Gustavo Riedel, que entendia a Liga como uma oportunidade de aprimoramento dos profissionais e dos estabelecimentos psiquiátricos. Com o passar dos tempos, os ideais eugênicos foram ganhando força e invadindo cada vez mais o campo social. Os psiquiatras da época entendiam que se a medicina orgânica atuava com a prevenção, a psiquiatria de base organicista também deveria atuar sobre o indivíduo normal e não somente o doente. Segundo Costa (1989), o que prevaleceu na Liga Brasileira de Higiene Mental foram as questões ideológicas: num período de intensas crises econômicas e revoltas sociais, a solução primeira foi desconsiderar as questões políticas e históricas e creditar a responsabilidade nas características étnicas da população e no próprio clima tropical brasileiro. Para o último, não havia meios de alterar a natureza, restando aplicar todo o conhecimento científico na eliminação do primeiro problema.

No cenário paulista destacamos Francisco Franco da Rocha, um dos primeiros médicos do Asilo Provisório de Alienados de São Paulo e idealizador do que veio a se tornar o maior manicômio do Brasil: o Hospício do Juquery, localizado na região que posteriormente veio a receber o seu nome, o município de Franco da Rocha. No final do século XIX, Franco da Rocha buscou unir no mesmo local, uma diversidade de práticas “terapêuticas”: as colônias agrícolas, as terapias químicas e mecânicas, a laborterapia e o tratamento moral presente no asilo clássico. Além dos referenciais teóricos da época, Franco da Rocha também utilizou-se da psicanálise freudiana, sendo um dos maiores divulgadores da obra de Freud, tanto na elite paulistana, como na classe médica que estava se formando. Seus objetivos com a construção do Juquery era resolver duas questões fundamentais para a época: a primeira era de cunho social, visto que os loucos até então vagavam livremente pelas ruas de São Paulo ou eram encaminhados para o já superlotado Hospício de São Paulo. Um espaço tão amplo como o Juquery daria conta de absorver toda essa população; a segunda questão se relacionava com a oportunidade de desenvolvimento científico, visto que a internação de forma mais organizada permitiria maior controle na análise da loucura. Não demorou muito para que Franco da Rocha recebesse o apoio do governo para a construção do Juquery, localizado à uma distância estratégica da cidade de São Paulo, para que não pudesse interferir no desenvolvimento econômico que se buscava. (CUNHA, 1986).

A cidade de Franco da Rocha, na época pertencia à uma região maior conhecida pelo nome de Juquery, compreendia os atuais municípios de Franco da Rocha, Caieiras e Francisco Morato e encontrava-se numa localização privilegiada para a construção do hospital, pois tinha na linha férrea o acesso necessário para se manter numa distância adequada da Capital,

porém com fácil meio de locomoção dos pacientes, dos funcionários e até mesmo de materiais necessários para a construção do hospício. Em 1895 iniciou-se a construção do Juquery, que começou a funcionar a partir do ano de 1898, apenas com pacientes provenientes do asilo provisório de Sorocaba, os internos do hospício da capital foram transferidos no ano de 1901. Depois disto, uma série de ampliações e reformas foram necessárias e serviram de abrigo para o discurso médico que legitimava a exclusão social daqueles que não se adequavam ao regime de desenvolvimento do estado. (CUNHA, 1986; LANCMAN, 1995).

Ainda que o Hospício do Juquery tivesse a presença de médicos, a perspectiva de cura não se via dado as longas internações e o referencial teórico que formava o corpo médico: da teoria da degenerescência não se poderia esperar que raças inferiores fossem capazes de se adequar à sociedade, do tratamento moral vinha a transformação de uma mão de obra barata utilizada somente para trabalhos agrícolas convertidos em terapêutica, do organicismo veio a transformação do doente mental (e de seu corpo) em objeto de estudo e manipulação pela medicina. Ainda que contraditórias, essas abordagens médicas produziram toda sorte de tratamentos que se combinavam num ponto: a internação como principal medida a ser aplicada. (CUNHA, 1986; LANCMAN, 1995).

O Juquery deveria ser para Franco da Rocha um hospital auto-suficiente, respondendo à necessidade de eliminar os custos do Estado no tratamento dos doentes mentais. Para isso, os internos deveriam trabalhar nas diversas colônias, garantindo assim seu funcionamento. Essa prática tem suas raízes no tratamento moral europeu, que entendia o trabalho como forma de correção dos maus costumes das pessoas degeneradas. Essa mesma justificativa foi perdendo cada vez mais seu fundamento, visto que a própria teoria da degenerescência não reconhecia a capacidade de cura para os indivíduos inferiores. Com o passar do tempo, o Juquery foi se mostrando incapaz de atender as necessidades de quando foi pensado, tornando-se oneroso para a administração pública. Entre denúncias de maus tratos, a superlotação e a constituição de um novo olhar para a saúde mental, inicia-se seu processo de desativação do Hospital da Juquery¹² (CUNHA, 1986).

Quanto aos aportes da Psiquiatria Norte Americana, trata-se de uma contribuição mais recente ao Brasil e que buscou se distanciar das influências européias. Ainda que adotasse as linhas gerais do que vinha sendo construído na Europa, preferiu as contribuições behavioristas e psicossociológicas para a explicação do ser humano. Essas contribuições, ao

¹² Atualmente, o Hospital do Juquery tornou-se o Complexo Hospitalar do Juquery, abrigando outros serviços de saúde, por exemplo, o Centro de Atendimento à Mulher. Ainda assim, pacientes que já perderam todo contato familiar ou extra muros continuam neste hospital até os dias atuais.

contrário do que se esperava, foram ganhando força e colocando em xeque a cientificidade do saber psiquiátrico. Por pouco tempo, pois não demorou muito para que a Psiquiatria declarasse o homem como unidade biopsicossocial, sintetizando todas as noções sobre o homem, devolvendo à Psiquiatria seu lugar de poder nos estudos sobre a doença mental e constituindo a chamada Psiquiatria Preventiva (COSTA, 1989).

Ainda que o nome “Psiquiatria Preventiva” buscasse renovar a posição da psiquiatria no campo de saber sobre a loucura, tratou-se de uma roupagem nova para um olhar antigo. Era novamente a psiquiatria brigando por seu espaço de poder, e para isto, agindo de forma semelhante à psiquiatria européia do final do século XIX, a prevenção novamente contribuindo para o entendimento da doença mental como algo perigoso.

De forma geral, foi possível verificar que o discurso médico fortaleceu uma prática psiquiátrica (incluindo os outros profissionais que trabalham com a doença mental) e produziu o doente mental como um dos opostos ao homem ideal. Juntamente com os discursos racistas e com a prática de despolitizar o cotidiano, serviu de apoio para a naturalização de diferenças sociais. Nesse processo, Lima (2010) destacou a contribuição da Psicologia, tanto de abordagem behaviorista como psicanalítica, para o desenvolvimento de uma ciência comprometida somente com o ajustamento social e de acordo com o discurso psiquiátrico.

O questionamento das práticas e dos discursos que fortaleciam essa identidade da loucura, somente começou a ocorrer no final da década de 1960, numa série de acontecimentos pelo mundo e que posteriormente tiveram influências nas ações no Brasil, das quais destacamos: os estudos da Escola Sociológica de Chicago, em especial de Goffman permitiram uma análise mais ampla do funcionamento das instituições totais e sua relação com a construção do doente mental; Foucault e suas pesquisas sobre as prisões, posteriormente sobre os hospitais psiquiátricos e sobre as relações de poder; Szasz e seu questionamento sobre a invenção do termo doença mental e seu uso a favor de uma administração político-econômico da sociedade; a experiência italiana da reforma psiquiátrica, que ofereceu ao nosso país grande influência na construção do modelo de atenção em saúde mental atual; um questionamento quanto ao Estado e suas formas repressivas, como também a incorporação dos problemas sociais pelas universidades, que se viram obrigadas a rever seus pressupostos teóricos ao reconhecer a ausência de contribuições para a compreensão da realidade social. (LIMA, 2010; FOUCAULT, 2010; ROTELLI, 2008).

Desses acontecimentos originaram-se as ações que levaram às Reformas Sanitária e Psiquiátrica que relatamos no capítulo anterior. Importa-nos aqui evidenciar como se constituiu a identidade pressuposta do que era a loucura por meio do desenvolvimento de uma

ciência que buscou entender e explicar o ser humano. A seguir, trataremos da identidade como instrumento teórico que fundamentará a análise do nosso trabalho.

3.2 Identidade: contribuições teóricas

Nos parágrafos anteriores apresentamos alguns elementos que contribuíram para a formação da identidade da loucura. A identidade de que tratamos até aqui foi apresentada como algo fixo, imutável. Ainda que houvesse variações quanto à abordagem psiquiátrica, nenhuma possibilidade de emancipação foi oferecida para a pessoa em sofrimento psíquico ou aos familiares que os acompanhavam e que recebiam, no entendimento de Goffman (2008), um estigma de cortesia¹³.

Até agora podemos verificar as ações que produziram a identidade pressuposta do doente mental. Ao colocá-la em oposição à identidade ideal – e que também é pressuposta – permitiu consolidar sua exclusão, cristalizou o que deveria ser a loucura, como também a forma que a sociedade deveria reconhecê-la.

Nas próximas páginas iremos discutir as contribuições teóricas que permitem o questionamento de identidades pressupostas entendidas como naturais. Definir o que é identidade, passa pelo reconhecimento de que se trata de um processo de significação dos códigos culturais, construção, reconstrução e negociação desses códigos. Podemos então considerar que definir o que é identidade passa pelo processo de reconhecê-la como metamorfose, em que o papel da memória deve ser visto como elemento importante do processo. Do mesmo modo, é necessário entender de que forma esse processo se realiza e quais as relações de poder envolvidas. (CIAMPA, 1990; POLLAK, 1992; CASTELLS, 1999).

Considerando que a identidade que buscamos evidenciar é aquela que se transforma pela ação política, tomaremos como base o que propõe Ciampa (1990, 2003) ao entender a identidade como metamorfose em busca de emancipação. Ao longo dos anos a sociedade se relacionou com a loucura a partir de uma identidade pressuposta, o que tornou possível perceber porque a identidade, ainda que possa ser entendida como processo de construção,

¹³ Segundo Goffman, algumas pessoas sem estigmas sofrem privações semelhantes desde que convivam intimamente com os estigmatizados. “Assim, a mulher fiel do paciente mental, a filha do ex-presidiário, o pai do aleijado, o amigo do cego, a família do carrasco, todos estão obrigados a compartilhar um pouco o descrédito do estigmatizado com qual eles se relacionam” (Goffman, 2008, p. 39).

reconstrução, negociação e significação, também pode apresentar-se como o contrário disso, pode ser aparência de não-metamorfose.

É verdade que, às vezes, há uma aparência de não-metamorfose, que precisa ser entendida como uma metamorfose por reposição (de pressupostos), que cria a impressão de um “mesmo” que não muda. Pensemos em dois “amigos” cuja relação não se modifica ao longo de suas vidas; isso só acontece se a amizade é sempre repostada, ou seja, são repostos os pressupostos de reciprocidade de confiança, afeto, respeito etc., confirmando e cultivando a relação entre os dois, que mantêm assim suas identidades como amigos. Pensemos em um “patrão” e um “empregado”: se o pressuposto da relação é a submissão/dominação, enquanto for repostado esse pressuposto no cotidiano, tudo se reproduz sempre como o “mesmo”. (CIAMPA, 2003, p. 3-4).

Na sociedade somos reconhecidos pelos papéis que desempenhamos, somos mulher/homem, esposa/marido, trabalhadora/trabalhador, professor/professora, filha/filho e uma imensidade de outros papéis que são desempenhados e definidos pelas relações sociais. Um exemplo de Ciampa (1990) é da criança que antes mesmo de nascer é representada como filho de alguém, numa determinada família. Toda essa representação é inicialmente construção dos outros, no caso os pais como pessoas mais próximas, mas também a própria sociedade, que se relaciona com a criança a partir da pressuposição de como deverá ser essa relação. Posteriormente essa representação é internalizada pela criança, que passa a se representar perante a sociedade como filho daquela família.

A identidade pressuposta é um elemento organizador das relações sociais, visto que de certo modo, permite a identificação dos indivíduos. Imagine uma sociedade sem as referências do que é um pai, um filho, um adolescente, um profissional de qualquer área, até mesmo um criminoso, um assassino. Esses papéis são construídos a partir das relações sociais e vão definindo e facilitando o reconhecimento do social.

Mas é nesse ponto que Ciampa (1990, 2012) também reconhece um problema, pois para que tais papéis sejam fortalecidos, eles devem supor a permanência dos mesmos. Então esses papéis são entendidos como já dados, sem mudança ao longo da história do homem, do mesmo modo em que é visto – mesmo que temporariamente – como único papel possível para o indivíduo.

Daí a expectativa generalizada de que alguém deve agir de acordo com suas predicções e, conseqüentemente, ser tratado como tal. De certa forma, reatualizamos, através de rituais sociais, uma identidade pressuposta, que assim é vista como algo dado (e não se dando continuamente através da re-posição). Com isso, retira-se o caráter de historicidade da mesma, aproximando-a mais da noção de um mito que prescreve as condutas corretas, re-produzindo o social. (CIAMPA, 1990, p. 163).

Esta fixação da identidade, tendência de reconhecê-la imutável se deve ao que Ciampa (1990) chamou de *mesmice*, a conservação de uma identidade sem as mudanças que são inerentes à ela. Processo este fortalecido pelo trabalho da re-posição, ocorre muitas vezes pelo esforço que alguns indivíduos fazem no sentido de preservar uma situação, seja pela comodismo individual ou pela necessidade de preservar interesses de um grupo ou uma sociedade (que segundo Ciampa, ao analisarmos de forma mais radical, será sempre os interesses e conveniência do capital).

O processo de reposição de uma personagem leva à uma aparência de não-metamorfose, um impedimento de se perceber as mudanças que ocorrem numa identidade, ou a reposição de elementos que impedem a emancipação. Aliado à isso, a expectativa de que devemos agir de acordo com os nossos predicados podem transformar esses últimos na totalidade de nossa identidade, conferindo-lhe a força de uma *identidade-mito*, quando então uma dada representação supera o tempo da ação e se fixa como permanência de uma identidade: o diagnóstico de uma doença mental pode ser um exemplo de fixação de uma identidade-mito que poderá acompanhar uma pessoa ao longo dos anos e se sobrepor à todas as outras personagens que se possa tentar representar, tratando-se de um *fetichismo da personagem*¹⁴. (CIAMPA, 1990, p. 139-140).

Por outro lado, devemos reconhecer que a *mesmice* apresenta um caráter positivo conforme afirma Almeida (2005), na medida em que se apresenta como elemento de resistência frente aos problemas da vida, possibilitando a permanência de uma identidade que confere certa coerência ao indivíduo. O proposto por Almeida amplia o conceito de *mesmice* pois indica que a emancipação também se dá quando é possível resistir às imposições que são colocadas aos indivíduos.

Sendo a identidade metamorfose em busca de emancipação, destacamos também o que é chamado de *mesmidade* que confere o caráter de movimento, de transformação da identidade. Esta transformação se dá a partir da tomada de consciência de si, por isto, uma superação das condições anteriores a partir de um entendimento que leve à uma ação emancipatória. (CIAMPA, 1990).

Quando Ciampa (1990, p. 143) em seu livro *A estória do Severino e a história da Severina*, ao relatar as metamorfoses de duas personagens: Severino do poema Morte e Vida Severina, de autoria de João Cabral de Melo Neto e da mulher Severina, imigrante nordestina,

¹⁴ Um outro exemplo que deixa claro esta personagem-mito é retirada do próprio livro de Ciampa (1990, p. 139): no poema Morte e Vida Severina, há uma passagem onde a ação de Severino mesmo depois de não mais realizada ainda tem força em sua identidade: "Severino é lavrador, mas já não lava."

começa a narrar a história de Severina e seu projeto de vida que lhe conferiu alguma mudança (de sua infância-que-não-teve para a Severina bicho-humano e Severina-vingadora), esta se dá após a ação de ir morar na Rua dos Ossos (mesmo que não fosse sua escolha) e como Ciampa destaca na fala de Severina: “Quando comecei a entender...”

O entendimento de Severina lhe confere um projeto de vida (vingar a morte da mãe) e transforma sua subjetividade, mas as condições de vida (a objetividade) não permitiam que tanto o projeto como sua subjetividade conquistassem uma metamorfose emancipatória. Suas ações somente começaram a se materializar (não mais o projeto de vingar a morte da mãe) como *mesmidade* no momento em que a personagem Severina-louca fica a zero, antes disso as metamorfoses eram apenas reposição da mesma personagem. (CIAMPA, 1990).

Ciampa (1990) afirma que nos estudos sobre identidade não é possível analisá-la de forma integral, sendo nosso contato limitado pela personagem representada em determinada situação. Mais que isso, as metamorfoses não se dão por toda a identidade, nem a todo instante, visto também as imposições da sociedade que limitam muitas vezes as possibilidades de emancipação. Nesse sentido, as metamorfoses emancipatórias se dão em algumas personagens de acordo com as possibilidades oferecidas nas relações sociais.

Desse modo, Ciampa (1990, p. 198) tenta explicar que nossa identidade, quando reconhecida por nós ou pelos outros, nunca é total, sempre é parte da nossa totalidade que é representada num determinado momento pela forma de personagem que evidencia “momentos da identidade, degraus que se sucedem, círculos que se voltam sobre si em um movimento, ao mesmo tempo, de progressão e de regressão”. A partir desse ponto, abandonamos o termo “papéis sociais” visto que estes buscam uma padronização das pessoas, enquanto que o termo “personagem” se relaciona com a individualidade de cada um, com seus projetos de vida, mesmo que na sociedade exista uma tendência de padronização das personagens e das possíveis representações.

Quando nos apresentamos, como filho, profissional, pai, mãe, etc., sempre estamos representando uma personagem: em casa somos uma personagem, no trabalho representamos outra, na escola a mesma coisa e assim por diante em todas as relações sociais. O que nos permite atuar como uma personagem é o reconhecimento que esta tem dentro de uma relação. Geralmente algumas personagens se sobrepõem à outras, mas isso também depende do nosso ponto de vista. Em “*A estória do Severino...*” Ciampa afirmou que as personagens descritas em seu livro foram aquelas das quais ele teve acesso por meio da história narrada.

Sendo assim, entendemos como personagem o elemento empírico da identidade que podemos analisar. Ainda sobre a representação, cabe uma breve explicação sobre uma situação que é inerente ao processo de identidade e diferença.

Seja qual for a personagem representada num determinado momento – aqui vamos usar o exemplo da Severina-louca – ao representar essa personagem, Severina representa algo definido numa relação social, só pode se reconhecer como louca porque já existe na sociedade um padrão definido de comportamentos que são vistos como tal. A personagem Severina-louca é uma identidade pressuposta. Reconhecer-se como Severina-louca é uma forma de cristalizar essa identidade pressuposta.

Ao representar uma personagem, Severina oculta sua totalidade, então ela nega sua totalidade para poder se representar, se reconhecer ou ser reconhecida. A identidade como só pode ser vista em partes, por personagens, em algum momento é negação de nós mesmos. (CIAMPA, 2012).

Segundo Silva (2000, p. 75), a identidade não pode ser entendida se desconsiderado a diferença. Para que uma identidade seja estabelecida, reconhecida, é necessário a definição de sua diferença. Se for necessário representar personagens específicos de acordo com a situação é porque existem tantos outros personagens para aquela situação: seu exemplo em que alguém necessita se afirmar brasileiro somente ocorre porque existem tantas outras nacionalidades não brasileiras, ou seja, existem diferenças que necessitam a identificação de alguém como brasileiro. Essa afirmação faz parte de uma “extensa cadeia de ‘negações’, de expressões negativas de identidades e de diferenças.”

Podemos afirmar que a relação entre identidade e diferença abrange tanto a negação que faço de mim – ao dizer que sou brasileira, nego todas as outras personagens que sou – como também a negação dentro de uma relação com os outros – ao dizer que sou brasileira, nego todas as outras nacionalidades que não me pertencem e que são referências para outras pessoas. Isso porque tanto a definição que tenho de minha identidade, como aquela que recebo dos outros são processos que se complementam dentro de uma relação social, de identidade e de diferença. Portanto, o processo de identificação nunca acontecerá sem que o Outro esteja presente.

Do mesmo modo, igualdade e diferença articuladas compõe a identidade de cada pessoa, pois, ao mesmo tempo em que sou igual a tantos outros que compõe meus grupos de pertencimento, me diferencio de todos concretizando minha individualidade. Mais uma vez recorreremos ao exemplo de Ciampa (1990) sobre o nosso nome: enquanto o sobrenome nos identifica como semelhantes à um grupo de pertencimento (a família), o nome próprio nos

diferencia dele. Do exemplo do nome e do sobrenome podemos fazer outras relações entre igualdade e diferença, até afirmarmos que identidade sempre será em parte reposição de algo nos faz semelhante ao outro e movimento, mudança naquilo que nos diferencia.

Mas e se Severina-louca fizer algo diferente do que se espera da identidade pressuposta? No livro, Severina partiu da personagem louca, enganou o perito do INSS, continuou a receber seu auxílio e a partir disso começou a reconstruir sua vida. Severina “brincou” com a identidade pressuposta e com o tempo foi deixando aparecer outra personagem, que já estava lá, ou melhor, que foi sendo construída com base em tudo que ela viveu. Ao fazê-lo, estava negando a negação de si, ou seja, estava negando uma identidade pressuposta, que foi re-posta ao longo do tempo. (CIAMPA, 1990).

Ainda que Severina tenha narrado uma história sofrida, foi possível em algum momento iniciar um processo de mudança. Mas nem sempre é possível brincar com a identidade pressuposta, visto o lugar que ela pode ocupar na sociedade. Nem sempre é possível brincar de ser louca, brincar de ser negro, brincar de ser pobre... Quando se tratam de categorias que parecem se relacionar muito mais com a diferença em relação à identidade, tudo vai ficando mais complexo e nem sempre conseguimos vislumbrar um final feliz.

É nesse ponto que podemos verificar que a relação de dependência entre identidade e diferença não é tão simples assim, não servindo apenas para facilitar identificações de nacionalidades, prestando-se também para processos de exclusão e exercício do poder. O processo quase invisível de negação de nós mesmos apaga todas as outras possibilidades de sermos algo para além da identidade pressuposta.

Entender a identidade como um processo em construção torna-se muito mais complexo quando verificamos que elementos estão em negociação, que por sua vez nunca ocorrem entre grupos em igualdade de condições, pois sempre haverá ao menos um grupo com maior poder sobre o outro. Segundo Silva (2000), tanto a identidade e a diferença são mutuamente determinadas e utilizadas de forma hierárquica para classificações que partem de uma definição do que é a identidade. Essa definição, além de considerar apenas uma como a ideal, promove a fixação entre o normal e o anormal.

Fixar uma determinada identidade como a norma é uma das formas privilegiadas de hierarquização das identidades e das diferenças. A normalização é um dos processos mais sutis pelos quais o poder se manifesta no campo da identidade e da diferença. Normalizar significa eleger – arbitrariamente – uma identidade específica como o parâmetro em relação ao qual as outras identidades são avaliadas e hierarquizadas. Normalizar significa atribuir a essa identidade todas as características positivas possíveis, em relação às quais as outras identidades só podem ser avaliadas de forma negativa. (SILVA, 2000, p. 83).

Essa fixação da identidade, de uma representação dada como posta se apoia na memória. Portanto, quando falamos da construção de uma identidade pressuposta, devemos reconhecer o papel da memória e do esquecimento nesse processo que facilita ou dificulta as negociações quanto as metamorfoses da identidade.

Quando falamos de memória não estamos abordando o processo cognitivo e sim as influências sociais que produzem a memória de um grupo. Para Richard (1999, p. 332), “a memória é um processo aberto de reinterpretação do passado que desfaz e refaz seus nódulos para que se ensaiem de novo acontecimentos e compreensões”. Portanto, as lembranças não são reconstruções totais e legítimas do passado, pois recebem interferências do presente que possibilitam novas ressignificações.

Para Halbwachs (2003) a memória nunca é individual. Até mesmo o primeiro registro mnemônico somente é possível a partir da relação com o outro, evidenciando seu caráter coletivo:

É difícil encontrar lembranças que nos levem a um momento em que nossas sensações eram apenas reflexões dos objetos exteriores, em que não misturássemos nenhuma das imagens, nenhum dos pensamentos que nos ligavam a outras pessoas e aos grupos que nos rodeavam. Não nos lembramos de nossa primeira infância porque nossas impressões não se ligam a nenhuma base enquanto ainda não nos tornamos um ser social. (HALBWACHS, 2003, p. 43).

Portanto, a memória somente começa a ser construída a partir da relação com o outro e permanece enquanto houver essa relação. Na concepção de Halbwachs e outros teóricos que enfocam a memória numa perspectiva social, ela sempre será construída coletivamente. Conseqüentemente, a memória de uma pessoa é construída a partir de seus múltiplos grupos de pertencimento e identificação. Esses sentimentos de pertencimento permitem que eventos ocorridos socialmente possam compor a memória individual.

De bom grado, diríamos que cada memória individual é um ponto de vista sobre a memória coletiva, que este ponto de vista muda segundo o lugar que ali ocupo e que esse mesmo lugar muda segundo as relações que mantenho com outros ambientes. Não é de surpreender que nem todos tirem o mesmo partido do instrumento comum. Quando tentamos explicar essa diversidade, sempre voltamos a uma combinação de influências que são todas de natureza social. (HALBWACHS, 2003, p. 69).

A afirmação acima nos permite reconhecer que a memória não é fixa, nem única num mesmo contexto histórico, modificando-se de acordo com os grupos do qual o individuo participa. Podendo este ponto de vista mudar, é possível mudar também a memória coletiva. Sendo assim, a memória individual não sendo uma simples reprodução do coletivo, pode inserir novos elementos no social.

Para Ansara (2005), a importância nos estudos da memória reside na possibilidade de trazer, por meio de narrativas, memórias que estavam esquecidas e que permitem a inclusão de novos fatos, pontos de vistas, versões e conseqüentemente uma nova memória coletiva sobre um evento. Em seu estudo sobre a memória da ditadura no Brasil, Ansara afirma que as narrativas possibilitam que violências cometidas e antes vistas como fatalidade, não sejam esquecidas, evitando que se caia no risco de serem reproduzidas. Concordamos com seu pensamento e ressaltamos que trabalhos com o objetivo de apresentar outras memórias sobre a loucura tornam-se importantes, pois do mesmo modo buscam evitar o retorno de práticas violentas, assim como favorecem a desconstrução do que foi a loucura até então¹⁵.

Halbwachs reconhece que a memória individual é produzida a partir dos diversos grupos ao qual o indivíduo participa, sendo expressão de um ponto de vista da memória coletiva, mas nunca uma reconstrução fria das experiências vivenciadas. Porém, a memória não é constituída apenas de experiências vividas e ressignificadas a partir do presente. Estando essas lembranças no quadro de referências ao qual o indivíduo se identifica é possível que memórias de fatos não vivenciados possam fazer parte da memória pessoal.

Neste sentido, trazemos Pollak¹⁶ (1992) que afirma ser a memória constituída por três elementos: acontecimentos, pessoas e lugares, sendo que esses não precisam ser apenas os que fizeram parte das experiências do indivíduo, acontecimentos e personagens que são apresentados por seus grupos de pertencimento, ou ainda “lugares de comemoração” (p. 3) que remetem à um passado são suficientes para compor a memória do sujeito e de seu grupo.

Ansara (2005, p. 69-70), a partir dos estudos de Halbwachs sobre os quadros sociais da memória, afirma que estes são “estruturas coletivas que representam uma ou mais correntes de pensamento coletivo e que servem de referência para a memória”, sendo a linguagem “instrumento fundamental de comunicação” pois, juntamente com o discurso “permite construir de maneira comunicativa o passado e, ao mesmo tempo, compartilhar significados”.

Os outros dois elementos que constituem esses quadros sociais são o tempo e o espaço. Em relação ao tempo, Halbwachs (2003) afirma existir diferença entre o tempo do

¹⁵ Entre os trabalhos mais recentes que apresentam o objetivo de resgatar memórias de um passado sombrio da loucura, destacamos o livro Aberx, Daniela. **Holocausto Brasileiro**. São Paulo: Geração Editorial, 2013, que retrata a violência presente nas histórias de pessoas internadas, assim como as vidas de parentes que foram atravessadas pela violência institucional do maior manicômio do Brasil, a Colônia de Barbacena, em Minas Gerais.

¹⁶ Apesar da aparente relação entre o pensamento de Halbwachs e Pollak, é necessário apontar que este último discorda da abordagem de Halbwachs sobre os estudos de memória, como veremos nas próximas páginas.

relógio, ou do calendário e o tempo vivido, que faz parte da memória. Esse tempo vivido, ou tempo social, não é marcado pelos dias, ou horas, mas pelas experiências que marcaram cada grupo e os significados atribuídos. Enquanto o tempo do relógio passa, o tempo social mantém-se para além das divisões do calendário, mais que isso, é ressignificado a partir do presente.

Não há um tempo universal e único, mas a sociedade se decompõe em uma multiplicidade de grupos, cada um com sua própria duração. O que distingue os tempos coletivos não é que uns passem mais depressa do que os outros. Não se pode nem dizer que esses tempos passam, pois cada consciência coletiva pode se lembrar, e a subsistência do tempo parece muito bem ser uma condição da memória. (HALBWACHS, 2003, p. 153).

Bosi (1994), apoiando-se nas contribuições de Bergson, relata sobre a distinção entre ação e memória. Enquanto estamos no tempo da ação, do trabalho, do agir, as lembranças apresentam maior dificuldade para uma evocação, quando essas ações se encerram ou reduzem sua intensidade, a vida se volta em certa medida para o passado, possibilitando que as memórias sejam evocadas com maior facilidade, representando o tempo da memória.

Quanto ao espaço, que faz parte dos quadros sociais da memória, estes são os lugares concretos ou objetos familiares que se tornam símbolos para um grupo. Isso porque o “ambiente material traz ao mesmo tempo a nossa marca e a dos outros.” (HALBWACHS, 2003, p.157).

No entendimento de Bosi (1994, p. 441) ao falar dos objetos biográficos, estes ultrapassam o valor estético e fornecem elementos que “dão um assentimento à nossa posição no mundo, à nossa identidade”.

Talvez isso explique uma cena muito comum em hospitais psiquiátricos que ainda funcionam no modelo asilar: um número considerável de pacientes andam o dia todo com objetos penduradas ao corpo, além dos talheres (inicialmente trata-se de uma atitude de preservação dos utensílios que permitirá sua alimentação – se perdê-los, pode demorar até que receba outros) geralmente encontramos também diversos outros objetos pendurados, objetos de memória que lhe conferem um pouco de identidade em meio a tantos outros. Seja um brinco, um cinto, um chapéu, são objetos que marcam a tentativa em manter algum contato com outros grupos de pertencimento que lhe diferenciam da massa manicomial.

Por outro lado, Nora (1993) aponta para a problemática existente na transformação de tudo em memória. Em seu entendimento, as rápidas mudanças que vivemos atualmente, produzindo uma massificação da sociedade, levam à desconstrução de um passado que antes podíamos nos referenciar. Com isso a produção excessiva de lugares da memória se mostra

como imperativo para que aquilo que não existe mais entre nós fique registrado, numa ânsia de preservar um passado.

Nesse sentido, o autor reforça a distinção entre história e memória, pois entende que:

A memória é um fenômeno sempre atual, um elo vivido no eterno presente, a história, uma representação do passado. Porque é afetiva e mágica, a memória não se acomoda a detalhes que a confortam; ela se alimenta de lembranças vagas, telescópicas, globais ou flutuantes, particulares ou simbólicas, sensível a todas as transferências, cenas, censura ou projeções ... A memória emerge de um grupo que ela une, o que quer dizer, como Halbwachs o fez, que há tantas memórias quantos grupos existem; que ela é, por natureza, múltipla e desacelerada, coletiva, plural e individualizada. (NORA, 1993, p. 9).

A história se distancia da memória na medida em que pretende transformar tudo aquilo que já não faz parte do presente em arquivos de memória, sejam os museus, os monumentos, ou objetos, conferindo-lhe um significado universal. Os lugares tomados pela história vão perdendo seus significados particulares aos grupos, pois não são mais reconstruções do passado ressignificados pelo presente, reduzindo-se à preservação daquilo que estava no passado e não existe mais (ou tenha sido esquecido).

Os lugares de memória nascem e vivem do sentimento que não há memória espontânea, que é preciso criar arquivos, que é preciso manter aniversários, organizar celebrações, pronunciar elogios fúnebres, notariar atas, porque essas operações não são naturais ... Sem vigilância comemorativa, a história deprecia os lugares ... Se vivêssemos verdadeiramente as lembranças que eles envolvem, eles seriam inúteis. (NORA, 1993, p. 13).

Mas Nora (1993) afirma que os lugares de memória apresentam uma complexidade que permite em alguns momentos tornarem-se um lugar de domínio da memória (em contraste com a história). Se a memória é um processo aberto às reinterpretações do passado, é pelo simbólico que lugares podem ganhar sentido. Então lugares de memória passam a ter outro significado, pertencente de fato à memória de um grupo.

É o que há de simbólico nesses lugares que os fazem em determinados períodos pertencerem ao campo da memória e não apenas um registro universal da história. Mas para que esse simbólico exista é necessária uma “vontade de memória” que revele seu potencial. Portanto, o autor afirma que lugares podem se submeter à história ou à memória desde que mantenham a sua “aptidão para a metamorfose”, que se mostra em determinadas épocas e que lhes diferencie de outras fontes históricas sem essas potencialidades. (NORA, 1993, p. 22).

Exemplos desse processo, Jelin e Langland (2003) nos apresenta ao tratar de datas comemorativas que receberam novos significados, como a Praça de Maio construída sob o domínio da história, representando a independência argentina e passou a ser lugar de memória dos desaparecidos na ditadura, ou Pollak (1992) que retrata na França a unificação de

lembranças da Segunda Guerra Mundial que são assimiladas à Primeira, dada as fortes marcas que a Primeira Guerra deixou nos franceses.

Em nosso contexto de pesquisa, a preservação dos manicômios pode levar a dois caminhos: um caminho histórico que lhe transforma num simples arquivo sem que o significado simbólico que ali existia esteja em qualquer grupo, correndo o risco do retorno das práticas, ou a não visibilidade dessas, que podem ser transportadas para outros locais, principalmente numa sociedade marcada pela desigualdade social. Por outro lado, a preservação do manicômio pela vontade de memória e pelo seu potencial de metamorfose pode transformá-lo em símbolo de um período que não pode voltar, se os sentidos de sua existência como lugar de sofrimento e de exclusão social estiverem presentes na atualidade.

Se os lugares de memória podem ter esse significado ambíguo, Pollak (1989, p. 3) amplia o entendimento sobre memória ao reconhecer que Halbwachs tratou apenas de uma memória coletiva com a função de “reforçar a coesão social, não pela coerção, mas pela adesão afetiva ao grupo”, ignorando a violência simbólica existente nas negociações para a conciliação entre memória individual e memória coletiva.

Esse reconhecimento do caráter potencialmente problemático de uma memória coletiva já anuncia a inversão de perspectiva que marca os trabalhos atuais sobre esse fenômeno. Numa perspectiva construtivista, não se trata mais de lidar com os fatos sociais como coisas, mas de analisar como os fatos sociais se tornam coisas, como e por quem eles são solidificados e dotados de duração e estabilidade. Aplicada à memória coletiva, essa abordagem irá se interessar portanto pelos processos e atores que intervêm no trabalho de constituição e de formalização das memórias. (POLLAK, 1989, p. 4).

Pollak (1989, p. 7) privilegiou entender como a memória entra em disputa por grupos de interesses contrários e como a constituição de uma memória oficial conduz “as vítimas da história ao silêncio e à renegação de si mesmas”. Nesse sentido, interessa-nos entender sobre os usos da memória, mais especificamente sobre as políticas de memória e de esquecimento.

Esquecimento é um elemento constituinte da memória, pois dada sua seletividade nem tudo que é vivenciado poderá ser lembrado. Jelin (2002) aponta o esquecimento do tipo profundo, provocado pelo apagamento de fatos do passado e que ocorre muitas vezes pelo próprio desenvolvimento da história, ou produzidos por interesses políticos para que um fato não seja mais lembrado.

Outro tipo de esquecimento, chamado evasivo, se relaciona com a intenção de não recordar um evento traumático, ligado a processos dolorosos e por isto geram em seus envolvidos o desejo de não se lembrar, de não querer falar sobre.

Tal esquecimento é acompanhado do silêncio em suas múltiplas formas, como nos aponta Jelin (2002) e Pollak (1989): são as políticas de silenciamentos, provocadas pela repressão, a exemplo dos regimes ditatoriais, ou o silêncio gerado pela culpa por algo que aconteceu no passado.

Não somente as memórias de fatos dolorosos recebem um “enquadramento da memória” (POLLAK, 1989, p. 9), mas lembranças que podem creditar uma identidade à um determinado grupo. Por isso, o trabalho de enquadramento da memória se apoia no material fornecido pela história para a construção de um discurso produzido por grupos dominantes e que seja aceito pela sociedade, de forma que as políticas de esquecimento possam apagar pelo tempo máximo possível as lembranças que definem a identidade de certos grupos.

Ressaltamos que as políticas de esquecimento também acontecem de forma sutil, sem abandonar a violência simbólica. Em seu trabalho sobre as memórias de velhos, Bosi (1994) relata esse processo por meio da perda dos espaços da memória dos idosos que são produzidas pela sociedade atual. Ainda que o foco de sua pesquisa tenha sido os velhos, Bosi relata uma produção das políticas de esquecimento na medida em que a desvalorização das memórias dos velhos, ou de tudo que pertence a eles, leva a um processo chamado pela autora de desenraizamento. As imposições de uma sociedade que não tolera a diferença, que marca suas relações pela necessidade do lucro não acomete somente os velhos, mas todos aqueles que são considerados minorias.

O desenraizamento é uma condição desagregadora da memória: sua causa é o predomínio das relações de dinheiro sobre outros vínculos sociais [...] Eis um dos mais cruéis exercícios da opressão econômica sobre o sujeito: a espoliação das lembranças. (BOSI, 1994, p. 443).

Anteriormente, ao destacarmos a identidade do louco produzida, ainda que tenhamos utilizado de autores que fizeram críticas a produção da loucura nos séculos passados, nosso interesse foi o de mostrar como essa identidade foi construída sem considerar a fala do principal interessado: a pessoa em sofrimento psíquico, ou as demais que estão próximas à ela. Sua identidade foi definida a partir de sua exclusão, do seu não pertencimento a nenhum grupo social. Ainda assim, não podemos desconsiderar o fato de que sua imagem estava enquadrada na memória coletiva da sociedade e construída a partir das narrativas dos saberes médicos. Como resultado, foi possível construir uma identidade pressuposta da loucura que ainda permanece viva na memória da sociedade e que podemos verificar a partir dos discursos que demonstram percebê-la apenas por uma periculosidade e por uma incapacidade de inclusão plena na sociedade.

As memórias se relacionam intimamente com a identidade, pois o processo de lembrar algo do passado da suporte à identidade. (JELIN, 2002; ROSA, BELLELLI; BAKHURST, 2008). O sentimento de reconhecimento de si, de pertencimento à um grupo e o “sentido da imagem de si para si e para os outros” são elementos que nos auxiliam na definição de nossa identidade. (POLLAK, 1992, p. 25).

Pollak (1992) segue afirmando que tanto memória como identidade são disputadas e negociadas em conflitos sociais e grupos políticos em oposição. Nesse sentido, podemos verificar que as políticas de esquecimento se relacionam com as políticas de identidades na medida em que instrumentalizam discursos que apagam a diversidade que compõe as identidades e definem as formas de vida possíveis. Ao aceitá-las, o indivíduo “terá aceito um eu para si mesmo; mas esse eu é, como deve necessariamente ser, um habitante estranho, uma voz do grupo que fala através dele” (GOFFMAN, 2008, p. 134).

As políticas de identidades apagam a subjetividade dos indivíduos, assim como bloqueiam as possibilidades de emancipação. A loucura que ainda reside no imaginário popular, ou até mesmo nos discursos dos detentores dos saberes médicos é proveniente de uma política de identidade que determina e enquadra suas formas e lugares de existência.

Do mesmo modo, a discussão sobre a forma como se dá a participação política de usuários e familiares em coletivos antimanicomial no capítulo anterior, principalmente as colocações de Vasconcelos (2003; 2009) e Lima (2010), nos dão exemplos de como essas políticas de identidade se materializam na contemporaneidade.

Por outro lado, esses coletivos são espaços de participação que abrem novas possibilidades ao trazer à cena política os usuários, familiares e outros cidadãos. Nesse sentido, Ciampa (2002) nos fala sobre as possibilidades de formação de uma identidade política por meio da ação social, evidenciando a tensão existente entre políticas de identidade e identidades políticas nesses espaços.

Sempre é possível perguntar se movimentos que levam a novas identidades podem preservar o espaço político como arena de questionamento e tematização de questões individuais e coletiva, sem que esses movimentos também incrementem maior racionalização do poder e da dominação. (CIAMPA, 2002, p. 134).

Reconhecemos que as ações coletivas tem papel fundamental na constituição do “NÓS” como também na constituição da identidade pessoal de seus participantes. As ações coletivas sempre se formam a partir de uma luta por reconhecimento, que no entendimento de Honneth (2003) ocorre a partir de experiências de desrespeito que o sujeito vem a sofrer em sua vida e que fere sua identidade.

A partir das contribuições de Hegel e Mead, Honneth pretende atualizar a proposta que cada um desses autores formulou sobre o reconhecimento que os sujeitos buscam em seu desenvolvimento. De sua atualização da proposta hegeliana, Honneth (2003, p. 122) afirma que:

...faz parte da condição de desenvolvimento bem sucedido do Eu uma sequência de formas de reconhecimento recíproco, cuja ausência, em segundo lugar, se dá a saber pelos sujeitos pela experiência de um desrespeito, de sorte que eles se veem levados a uma luta por reconhecimento.

Das diversas contribuições de Mead, destacamos o conceito de *outro generalizado*, que se dá pela internalização das normas gerais da sociedade, de modo que o sujeito é capaz de agir a partir dos valores de uma sociedade, sabendo quais expectativas pode dirigir aos outros, como também o que os demais membros da sociedade esperam dele.

Dessa internalização há uma tensão entre o “Me” (a imagem que tanto o sujeito como os outros tem dele) e o “Eu” (instância criativa do sujeito). Por um lado, o “Me” internaliza as normas do outro generalizado e assim sente-se membro de uma comunidade, por outro, as necessidades do “Eu” de desenvolver sua individualidade gera a necessidade de obter reconhecimento dos outros. Neste sentido, Honneth (2003, p. 141) afirma que:

Mead insere na autorrelação prática uma tensão entre a vontade global internalizada e as pretensões da individuação, qual deve levar a um conflito moral entre o sujeito e seu ambiente social; pois, para poder pôr em prática as exigências que afluem do íntimo, é preciso em princípio o assentimento de todos os membros como norma interiorizada. É a existência do “Me” que força o sujeito a engajar-se, no interesse do seu “Eu”, por novas formas de reconhecimento social.

É esse reconhecimento conquistado a partir da relação com o outro que dá base para a identidade. Honneth afirma existir três esferas de reconhecimento: o reconhecimento nas relações amorosas, que compreende as relações primárias, como mãe/filho ou posteriormente nas relações de amizade ou entre parceiros, sendo as relações mais fortes num pequeno grupo de pessoas. Desse reconhecimento desenvolve-se a autoconfiança individual.

Posteriormente, encontramos a esfera de reconhecimento jurídico, onde o indivíduo se reconhece semelhante aos outros e portador de direitos e obrigações. Com a generalização e incorporação das atitudes do grupo social, o sujeito aprende também a cumprir as obrigações em relação aos membros da sociedade e adquire um saber sobre os direitos que lhe pertencem, “diretos são de certa maneira as pretensões individuais dos quais posso estar seguro que o outro generalizado as satisfará” (HONNETH, 2003, p. 137).

A terceira esfera de reconhecimento que em Hegel se relaciona ao conceito de eticidade, em Mead relaciona-se com um modelo de divisão cooperativa do trabalho. Em

comum, encontramos nessa esfera o reconhecimento social (estima social), “uma estima social que lhes permita referir-se positivamente a suas propriedades e capacidades concretas” (HONNETH, 2003, p. 198), aquilo que lhe diferencia do outro. Da experiência de desrespeito que podem ocorrer nessas duas últimas esferas (privação de direitos e degradação), é possível a organização de ações coletivas de luta por reconhecimento, por isto luta pela identidade, não mais pressuposta.

... sempre esteve inserida na experiência de uma determinada forma de reconhecimento a possibilidade de uma abertura de novas possibilidades de identidade, de sorte que uma luta por reconhecimento social delas tinha de ser a consequência necessária. Ora, nem todas as três esferas de reconhecimento contêm em si, de modo geral, o tipo de tensão moral que pode estar em condições de pôr em marcha conflitos ou querelas sociais: uma luta só pode ser caracterizada de “social” na medida em que seus objetivos se deixam generalizar para além do horizonte das intenções individuais, chegando a um ponto em que eles podem se tornar a base de um movimento coletivo. (HONNETH, 2003, p. 256).

Mas para que isso ocorra é necessário que os sentimentos de desrespeito sejam sentidos como algo que afeta não somente um indivíduo, mas um grupo em situação semelhante. Feito isto, não somente o objetivo final de reconhecimento produzirá mudanças em sua identidade e na percepção do desrespeito: a articulação política por si só já possibilita uma redução do sentimento de degradação e da sensação de ausência de direitos. Desse modo, o entendimento de Honneth sobre a luta por reconhecimento se aproxima da explicação já apresentada por Teixeira (1997) sobre os aspectos subjetivos encontrados na participação cidadã, na medida em que ambos favorecem a formação da identidade de indivíduos ou grupos pelo mesmo mecanismo: a inserção no espaço público.

... no reconhecimento antecipado de uma comunidade de comunicação futura para as capacidades que ele revela atualmente, ele encontra respeito social como a pessoa a quem continua sendo negado todo reconhecimento sob as condições existentes. Nesse aspecto, o engajamento individual na luta política restitui ao indivíduo um pouco de seu autorrespeito perdido, visto que ele demonstra em público exatamente a propriedade cujo desrespeito é experienciado como uma vexação. Naturalmente, aqui se acrescenta ainda, com um efeito reforçativo, a experiência de reconhecimento que a solidariedade no interior do grupo político propicia, fazendo os membros alcançar uma espécie de estima mútua. (HONNETH, 2003, p. 260).

Portanto, podemos verificar que a luta por reconhecimento é uma luta por identidade e pela transformação da sociedade, pois para que uma identidade seja atendida em suas necessidades de preservação de direitos e de estima social é necessário a transformação nos valores da sociedade. As identidades políticas que podem se constituir nessas lutas tem o objetivo de questionar as formas instituídas e a organização social que bloqueia a autonomia dos sujeitos.

Nesse ponto retornamos com o questionamento sobre a tensão entre políticas de identidades e identidades políticas, porém feita de outra forma: se a experiência de desrespeito propicia uma luta por reconhecimento, é possível uma forma de desrespeito que não seja percebida?

Mais uma vez retornamos aos problemas já apontados anteriormente sobre as relações existentes nos coletivos antimanicomiais que apresentam em seu interior uma diversidade de grupos, muitas vezes com objetivos diferentes dentro do movimento. Aliado à isto, a forma como a sociedade ainda reconhece uma pessoa em sofrimento psíquico possibilitou à Reforma Psiquiátrica um número reduzido de melhorias para estes: a violência física e as longas internações em sua grande maioria praticamente desapareceram, mas os discursos e as práticas ainda mantêm os usuários de certa forma excluídos das possibilidades de emancipação, continuando a identidade mito do doente mental sobrepondo-se as demais personagens que constitui sua identidade.

Se o discurso de uma reforma, ou de uma luta antimanicomial ainda possibilita o reconhecimento apenas do doente mental, continuando a apagar as potencialidades das outras personagens que compõe sua identidade, estamos falando do que Lima (2010) denominou de reconhecimento perverso, ou seja, as metamorfoses da identidade se dão de forma a impedir o acesso a fragmentos emancipatórios. A partir dos pressupostos de Honneth, sobre ser o desrespeito que leva à luta por reconhecimento, no caso em que se verifica formas de reconhecimento perverso, este poderá se dar de tal forma a dificultar a luta por reconhecimento.

Ao falar de reconhecimento perverso, Lima refere-se à todos os usuários dos serviços de saúde mental que foram afetados pela Reforma Psiquiátrica e como esse processo afetou as metamorfoses de suas identidades. Em nossa pesquisa temos o interesse em entender esse processo de metamorfose da identidade em militantes da luta antimanicomial. Mesmo que estes já estejam numa luta por reconhecimento, não podemos afirmar a priori que escapam de um reconhecimento perverso, nem como se dá o processo de metamorfose. Para isso, é necessário ouvi-los.

4 As metamorfoses de Laura e Fernando

4.1 Laura, quando a personagem que participa politicamente ultrapassa o tempo da ação e lhe assegura um reconhecimento.

Nosso primeiro contato com Laura foi no dia 18 de Maio de 2013, na avenida Paulista, onde ocorria uma manifestação pelo Dia Nacional da Luta Antimanicomial. Por conta de um trabalho que seria desenvolvido para outra disciplina, aplicamos alguns questionários em participantes da manifestação, quando Laura, participante atualmente de um Coral que acompanhava a manifestação, aceitou responder a pesquisa.

Enquanto respondia o questionário, percebemos que Laura tinha conhecimento da história da Reforma Psiquiátrica em São Paulo, da qual participou. Semanas depois, participando de um encontro de antigos militantes da luta antimanicomial de São Paulo, encontramos com Laura, que também havia sido convidada para o evento. A princípio, era possível afirmar que se tratava de um familiar, somente durante a entrevista verificamos que Laura iniciou sua participação na luta antimanicomial a convite de uma amiga.

Em sua entrevista, Laura inicia a narrativa contando sobre sua infância no interior de São Paulo, foi a caçula de uma família de quatorze filhos e se julga uma filha que teve privilégios, pois quando nasceu seus pais já tinham casa própria. Estudou até a terceira série do ensino fundamental e por ser muito apegada à mãe não deu continuidade aos estudos, como era desejo de seu pai.

[...] aí meu pai queria sempre, como eu era a caçula, queria que eu fosse estudar, naquele tempo só falava em professor, não tinha outra... aí ele queria que fosse uma professora, mas eu era muito agarrada com a minha mãe e eu não queria sabe... sair de casa, porque pra mim estudar na cidade, eu tinha que... pra mim fazer a quarta série eu tinha que estudar na cidade e eu não queria sair da minha mãe [...] sempre uma menina caipira, sempre nunca gostava de lida, ficar junto com as meninas na escola, sempre eu era aquela menina que ficava, que queria ficar com a minha mãe.

A personagem que vai marcando sua infância e juventude é da menina-que-não-queria-sair-da-mãe, fala que remete à ausência de um processo de individuação que vai impedindo que Laura se relacione com o mundo para além da família, em especial da mãe. O apego se fortalece com a morte do pai, quando os irmãos já estavam casados, ficando sozinhas no sítio. Anos depois, por intermédio da cunhada, conhece um rapaz que mora na cidade de

São Paulo e começam a namorar. O namoro se dá na maior parte do tempo por cartas que Laura guarda até hoje. Aos vinte e dois anos casa-se com o rapaz, vem morar na cidade, mas a separação da mãe não ocorre, pois a traz consigo. O marido não se opõe em momento algum.

Compram uma casa muito pequena e no decorrer dos anos fazem diversas reformas, a construção dura cerca de vinte anos. Na tentativa de conseguir um trabalho, Laura faz um curso de Raio X e começa a trabalhar. O receio de ficar longe de casa impede a representação da mulher-que-trabalha-fora e os negócios não dão retorno financeiro necessário.

[...] só que no ano, no ano... 74, deixa eu ver... eu estudei raio x, operadora de raio x, eu tenho certificado, porque meu marido trabalhava com raio x [...] e... eu fiz, fui aprendendo, fiz dois anos, até meu marido falou assim:

“Se você aprender, eu faço um aparelho de raio x pra você trabalhar”.

Naquele tempo tinha lugar que tirava a chapinha do pulmão sabe assim, né, pra trabalhar precisa tirar junto com o atestado de saúde [...] aí eu fiz isso, aí ele fez um aparelho especial pra mim em 77, 78 nós alugamos um prédio, aí num... fui trabalhar, só que eu queria perto de casa, nós mora no Bairro X, eu quis do outro lado, chama Vila X, meu marido disse “Não vai dar”. Eu sabia que tinha muitos e muitos instituto de saúde... aí ele falou:

“Aí o movimento vai ser pouco”

Mas eu achava que eu devia ir, aí eu atravessa a linha do trem e já tava lá, quando via já tava chegando né, aí foi, mas fiquei dois pra pagar o aluguel, meu marido dava dinheiro dele que ele tava trabalhando e tirava de lá pra pagar o aluguel, aí não deu [...]aí no final de 80, 79, 80, vendeu né...

Nesse período, a família aumenta: nascem os dois filhos de Laura. Até esse ponto da história, ainda que tenha constituído sua família, Laura tinha pouco contato com pessoas que fossem de fora de seu círculo familiar e da Igreja. Até mesmo o trabalho que tentou realizar não teve sucesso, pois não queria ficar longe de casa. A Laura-esposa, a Laura-mãe e a mulher-que-trabalha-fora parecem conviver ainda com a menina-que-não-queria-sair-da-mãe. Como conviver com essas quatro personagens, visto que a última é impeditivo para a existência das três primeiras? Laura nos contou como acabou a representação da mulher-que-trabalha-fora, quanto as outras duas, por imposição da vida, a menina vira cuidadora e Laura-esposa e Laura-mãe passam a ser representadas com a menor frequência possível.

Terminada a construção da casa e pensando que agora teria uma vida tranquila, sua mãe e seu marido começam a adoecer e Laura passa os próximos anos cuidando de ambos. Anos depois, em 1981, a mãe vem a falecer e seu marido dois anos depois. Desse tempo, Laura relata a dificuldade de cuidar dos filhos, que quase não viu crescer.

E eu com dois filhos, o mais novo tinha 12 e o outro, quase quatro anos mais velho... Aí, aquele de 12 anos era gordo, sempre foi gordo o meu filho né, aí quando aquele lá, um dia me falaram pra mim: “se viu, seu filho tá magro”

e eu nem tinha tempo Débora de olhar no filho porque era aquela loucura, aí eu olhei assim tava ele grandão, negro, porque meus filhos são morenos né. Aí eu falei: “nossa filho!” e comecei a chorar, porque eu não tinha tempo de nada Débora, não tinha tempo de nada, era minha mãe e meu marido doente

Os anos posteriores à morte da mãe e do marido são difíceis para Laura, que pouco relata sobre a dor de perder a mãe – acreditamos que isto ocorreu – mas fala sobre a dor de perder o marido.

[...] quando ele faleceu... ai era aquela coisa sabe? Que... que... eu não aceitava, eu era da igreja tudo, mas eu tinha uma doutrina, um conhecimento, mas... ai como era difícil menina, não aceitava que ele tinha morrido, não aceitava que... sabe?

[...] eu fiquei menina, eu fiquei 3 anos viúva, viúva, viúva, viúva pesando no meu marido, ir no cemitério levando flores todo dia, 3 anos, não olhava pra homem nenhum, quando... o filho brigando, mais a irmã,

“Mãe, trata de esquecer o pai”

Mas eu queria ir lá... então eu ia...

Nesse período é convidada a participar politicamente, inicialmente fazia algumas atividades em alguns grupos do bairro em que mora. Das amizades que fez, Rosana foi uma amiga importante que vai lhe inserir na participação política.

Ai quando foi, eu fui convidada em janeiro, em agosto eu fui convidada, eu já participava de alguma coisa assim sabe né... clube de mães, cartinha na Patriarca, na sociedade... lá com a Rosana eu já participava com ela, e depois eu... aí naquela fase toda do que aconteceu comigo... ai meu ma... ai quando meu marido faleceu né... ai que fui convidada pra participar do [Movimento Social], ai comecei a ir nas reuniões, a Rosana não podia ir:

“Vai na reunião pra mim lá no [Bairro X], vai na reunião de [Bairro Z], vai na reunião...”

Comecei ir... e assim... trazer pra ela o que passava... ai depois naquele ano... seguinte, já aconteceu a eleição do Conselho, aí já:

“Vai você entra, e pe pe pe”.

Ai entrei no Conselho, aí fiquei mais, com mais... é... participação... ai com participação, ai foi indo, foi indo... era, a gente reivindicava médico, ia pra secretaria... reivindicava... a Unidade Básica era tudo quase como é... alugada né, o prédio. E... a gente ia atrás, fui mais nessa, nessas alturas, ai depois quando o [Movimento Social] era muito forte, muito grande né.

A participação política se insere na vida de Laura de forma a mudar sua relação com os outros. Se antes seus vínculos eram apenas a casa e a Igreja, Laura vai ampliando o espaço de ação. O cuidado que tinha antes com a mãe e o marido é direcionado para o social, inicialmente para sua amiga Rosana, posteriormente possibilita encontrar reconhecimento e valor social.

De sua inserção no Movimento Social e posteriormente no Conselho de Saúde, passa a compor a Comissão da Saúde da Mulher, enquanto sua amiga Rosana na Comissão de Saúde Mental. Para ajudar a amiga, Laura passa a acompanhar também os acontecimentos da Saúde Mental, mas não entendia nada do que era discutido.

Só que a Rosana, ela, ela nunca ia sozinha, aí ela começou sempre a me chamar pra eu sair com ela né.

E ela: “Vamos Laura na reunião” E eu ia, toda reunião. A gente fazia no [nome do bairro], no diretório do... um dia fazia lá não sei aonde, fazia não sei aonde, aí fazia as reuniões de saúde mental... e a gente era as vezes tomava aqueles, sabe aqueles dias... aí a noite era difícil... aí eu ia mas não entendia nada, nada, nada, fiquei muito tempo sem saber o que era saúde mental.

Mesmo sem entender, Laura continua participando, inicialmente por solidariedade à amiga que lhe convidava. Até que, a partir dos relatos de um familiar, Laura vai conhecendo a realidade e o desrespeito com a saúde mental.

[...] a gente só ouvia falar um senhorzinho lá que tinha... que era conhecido nós lá do interior, ele, ele mudou pra, ele morava no [nome do bairro], mas sempre ia na minha casa... e ele falava que... que o filho dele era internado em Franco da Rocha, então aquilo pra gente, a gente, eu não sabia o que era Franco da Rocha, é... como é que é? Franco da Rocha é a cidade, mas tem o... como é que chama o nome daquele [...] É o Juquery...então que o filho dele, ele ia lá, ele tomava choque, aquela coisa, ele contava, que ele falava que era difícil. Então essas coisas, isso só que eu ficava sabendo, que eu sabia dessas pessoas [...]

A memória de Laura se relaciona com fatos de sua vida particular, mas também com fatos políticos, em especial o início da luta antimanicomial, que em sua memória apresentou as principais mudanças na gestão da prefeita Luiza Erundina.

[...] foi a luta antimanicomial, foi em Bauru, né, que deu abertura, aí depois, acho que, quando... 88, 89 quando foi a gestão da Erundina, aí eles, os trabalhadores da saúde, então eles começaram a planejar, fazer o projeto de... acabar com o manicômios, e... as alternativas, falavam alternativas, hoje já não fala mais.

Apesar do conhecimento que vai obtendo sobre o tratamento desumano na saúde mental, Laura ainda não se reconhece como participante desta luta, visto que institucionalmente não participava da comissão de saúde mental:

[...] foi aonde começou mesmo, fervoroso...alternativas. só que depois, sobre a minha participação nessa comissão de saúde mental... aí... eu não tinha nada que ver com o movimento da, da luta antimanicomial, né.

Mas conhecendo a realidade e participando dos acontecimentos, Laura vai ganhando mais conhecimento. Começa a dar sua opinião e se vê reconhecida pelo grupo, quando então

se empenha em conhecer mais sobre a luta antimanicomial, quando começa um novo projeto para sua vida.

[...] bom, aí eu fiquei muito tempo ouvindo, ouvindo, ouvindo, ouvindo essa tal de mental, não sabia nada, no dia que eu argumentava assim, agora eu vou entender, mas pra entender, com povo que fazia lá o alternativo, foi mais de 3 anos, de 85 até 88, 89, quando veio a... o serviço, aí deu aquele estalo que eu observei muito, vi que a coisa era boa que tavam fazendo o projeto ali, foi isso.

Ai foi aonde começou, ai quando eu fiquei, um dia nós estava no [nome do local] fazendo aquela reunião grande, aquela mesa grande assim sabe. Todo mundo sentado lá, ai eu escutando, escutando, escutando, ai quando, chegou a minha vez que eu fui obrigada a falar eu gostei sabe da proposta, gostei e falei... ali eu já sabia como era o sistema, fica internado... e aí... aí, quando foi...ai fui aplaudida menina! (risos). Todo mundo lá [...] então fui aplaudida... ai... passei procurar entender o que era né, a pessoa com transtorno mental, falava doente mental.

A partir do momento em que se vê reconhecida por seu parceiro de interação, Laura se preocupa em entender mais sobre a luta antimanicomial e vai cada vez mais se inserindo no processo. Por ir conhecendo a realidade, foi percebendo que o Movimento Social não dava o apoio necessário para as questões da saúde mental. O caso de uma moça que havia dado à luz recentemente e estava numa internação psiquiátrica mobilizou muitos militantes da luta antimanicomial, que conseguiram tirar a moça do hospital, mesmo sem o respaldo necessário do Movimento Social.

[...] tudo que a gente tinha que fazer era papelada do movimento, pedi a benção como eu costume falar. O Movimento nunca deu importância pra saúde mental e isso eu via, eu percebia muito, eu sou muito ah... sabe percebo muita coisa... as análise da minha parte. Aí... eu via que o movimento e a gente sabia mesmo que o movimento não dava... resposta pra gente... daí o que que acontecia... aí a... foi aonde a [diversos amigos da militância] cismou, foram lá e tiraram a moça, fizeram um auê, eu não fui. E... fizeram um auê e aonde que, que numa reunião depois... que tinham tirado essa moça, dessa luta, que seria, não podia mais fica... né... vinculada no movimento, que o movimento não dava resposta pra gente... não ajudava.

Nos chama a atenção Laura falar que era necessário pedir a benção ao movimento. Numa alusão à relação entre pais e filhos. É a partir da separação entre movimento e Associação de Saúde Mental (criada posteriormente), quando Laura para de pedir a benção e vai começando a ganhar certa autonomia.

[...] ai foi aonde criou o [nome da Associação] né... e a Associação foi essa luta, começou a trabalhar só, é... do jeito que a Associação queria né, atrás de, de, de pessoas, atrás de familiares, atrás de, como fazia pra internar, essas coisa toda, e...e aí nós desmembramos, aí precisou fazer documentação, tudo pra desmembrar do movimento né, e aí ficou como Associação. E essa Associação foi muito boa, ai comecei a participar muito... sempre o, o meu trabalho, sempre tesoureira né. Sempre mexendo

com o dinheiro né (risos). A gente no começo não tinha nada, aí... nunca teve uma sede nem nada... só que a gente ia pros encontros assim: a gente levava garrafa d'água quente, é... nescafé e vendia copinho de café, tudo pra arrecadar dinheiro pra pagar a passagem pra nós, que a gente não podia pagar, a gente levava lanche natural, as menina fazia, e levava lanche natural pra vende...

A partir da criação da Associação, Laura passa a participar de forma intensa nas questões da luta antimanicomial, mas não gosta de ser reconhecida como militante:

[...] eu sou uma, uma participante, militante eu não quero essa palavra porque me lembra assim partido... como é que eu vou dizer... voluntária, eu... eu cheguei a falar voluntária... mas não sei como é a palavra pra falar... participante? Envolvida? (risos) Hoje mesmo eu fui, mas eu fui muito envolvida, não sei a palavra certa...

Ainda que não pudesse dar um nome para a personagem que representava, Laura continuava participando e contribuindo para a consolidação da luta antimanicomial.

[...] agora eu to tranquila, mas sempre participando, é participando de encontros, de, de conferências, conferência nacional, conferência estadual, conferência municipal, conferência é... seminários, por aí e eu na luta e eu atrás de uma coisa, de um ideal que era para as coisas melhora né, a experiência é de que um dia fica, a gente faz as coisas pra melhorar, mas muitas coisas mudou né, muitas coisas, como se fala, eu brinco que é que nem caranguejo, vai pra trás, vai pra frente.

Laura tem consciência que a luta não segue numa única direção, tendo seus avanços e retrocessos. Nesse ir e vir, lembra de alguns projetos desenvolvidos pela Associação, como um projeto, localizado dentro de um CECCO, que desenvolvia produtos com materiais recicláveis, mas que teve pouco sucesso. Ou a livraria que recebeu apoio do Sedes e do Conselho Regional de Psicologia, mas que não seguiu adiante, são alguns exemplos de tentativas que a Associação fez para arrecadar fundos e se fortalecer economicamente.

Depois quando a gente criou o [nome do projeto]... aí, foi lá no [CECCO] [...] Então, com o projeto foi criado... pra pessoas que não tinha conseguido trabalhar fora, pra trabalhar, pra fazer, angariar recurso né. E aí... aí... [instituição beneficente] até deu é... naquele tempo lá, não sei se... 12 mil... não lembro mais... e... então, aquele dinheiro tudo que foi... pra, pro projeto, nós pegava esse dinheiro e pagava, eles vinham aquelas pessoas, muito deles, acho que você não conhece nenhuma, mas a... eles iam pro Centro de Convivência... pra fazer artesanato né... e só que a ideia nossa, o projeto era fazer... papel, papel, envelope pra banco né. Trabalhar com papel de carta, tudo assim... olha, de um dia pro outro, tava tudo assim, de um dia pro outro nós descobrimos que tinha pensar num coordenador, descobriu um moço que fazia... canutilho, fazia um monte de coisa pra... né, fazia bolsa de canutilho, de papelão, de revista, e... fazia cadeira de papelão, ai fomos conhecer o atelier dele... aí ficou... interessada fazer, foi lá dar aula, gastamos um dinheirão com ele, tava dando as aulas dele... aquele dinheiro já serviu pra isso... aí depois... a... as pessoas que iam... elas não tinham interesse, não fazia [...] eles não trabalhavam direito, de acordo. Então foi aí, foi aí depois até que acabou o [nome do projeto]. Acabou assim que a

Vânia depois saiu de lá [de gerenciar o Cecco] ... e acabou assim, né, ficou, tinha... fazia... nós temos prensa, a Associação tem uma prensa de corta madeira... é, corta as coisa, tem... nós comprou liquidificador pra mexer os papel, compro... que mais que tinha? Tinha bastante... ah, uma maquina de costura... sei que tem bastante coisa que a Associação tem que tá no Cecco lá, que era pra busca

O trecho acima, narrado por Laura, nos mostra a dependência que muitas organizações de usuários e familiares possuem em relação aos serviços de atenção e aos profissionais, como aponta Vasconcelos (2009). Apesar dos problemas com o projeto, o fim foi decretado com a saída da gerente do Cecco que mantinha fortes relações com a Associação, não possibilitando espaço adequado para a continuidade do projeto.

Por outro lado, a criação de uma rede de apoio em saúde mental teve grande importância para o fortalecimento do cuidado em saúde mental. Laura teve um papel fundamental para o sucesso da rede.

[...] outra coisa, a gente ia muito na televisão, não sei se você vê o que passa na TV, na emissora de TV a gente era convidada [...] por conta da Associação, e eu também, movimento não, pela Associação que era da saúde mental... e [...] então a... eu ia contar... ah, ela ia [amida da militância] na Band, na Popovic lá, não sei aonde, não sei aonde e tudo é... e aí dava, não tinha, como nós nunca tivemos sede, dava meu telefone que atendia, os telefones pras pessoas que quisessem ligar no meu telefone, quando tava no ar... quando nos fomos na Silvia, quando nós voltamos... eu cheguei em casa de noite, meu filho:

“Mãe, o que ta acontecendo? Tanta gente ligando aqui pra saber da Associação”

Ai eu falei assim: “Nós fomos no programa da Silvia Popovic lá deu no ar”

Gente de todo canto do Brasil... ligava lá na minha casa 3 horas da manhã, menina, olha eu, eu anotava todos os telefones, anotava, foi mais de 400 é... ligações, queria saber como que era a Associação, né. Eles tem uma associação que é lá no norte, aí ligavam aí, aí eu passava e eles ligavam pra lá pra procurar um serviço lá, sabia onde que era mais próximo, era um trabalho sabe, valia a pena, nossa...

Laura vê a participação política como um trabalho, e nele vai aprendendo cada vez mais. A timidez que existia no início da vida vai diminuindo:

[...] daí... eu aprendi tanto a trabalhar com, pra falar no telefone, que eu até brincava assim... que o, que o, a olha, que prática, tinha tanta prática em falar, que as pessoas ligavam e eu já tinha, não era um disquinho, mas eu já tinha aquele conhecimento, já tinha, sabia o que falar, se era de São Paulo, se era de, eu sabia qual era o local que a gente ia indicar, convidava pra vir aqui [...]

De tanto ajudar, passa a dar apoio até mesmo em situações de sofrimento psíquico, não apenas indicando locais de atendimento, mas ajudando em situações emergenciais. Dessa

situação, Laura tirou a inspiração para continuar um trabalho que sabia ter um valor social e do qual sente muita falta hoje.

[...] uma vez uma pessoa lá daquele lado lá do Rio Grande do Sul me ligou, é... queria se suicidar, menina, mas conversamos com ela, ela falando, falando, falando, foi é... e eu nunca tive um assim que a gente tivesse né... aí conversamos bastante, quando ela desligou, ela pediu desculpa “a senhora é Deus”, aí ela quis conhecer a Associação [...] aí ela veio, precisa vê, então isso, isso inspira a gente, que era um trabalho, a gente sabia o que fazia, agora hoje esse trabalho acabou, a Associação acabou.

Nesse ponto podemos verificar como a personagem participante-da-luta-antimanicomial se emancipou: de uma mulher que não sabia do que se discutia nas reuniões em que acompanhava ou substituíria a amiga, para uma mulher responsável por dar informações numa rede de apoio em saúde mental. O ir e vir das personagens que compõe a identidade de Laura se mostra quando a cuidadora aparece para dar auxílio à uma moça que telefona para a Associação afirmando o desejo de se matar.

Do trabalho feito por telefone, outros convites foram surgindo e Laura precisou substituir a amiga Rosana numa viagem ao Piauí para uma Conferência. Apesar da insegurança, Laura aceitou:

[...] que ver, eu fui dar palestra lá em... em... que é eu contei já pra você do dia que eu fui... então é... sempre era a Rosana que dava entrevista, que ia dar palestra, entrevista, palestra, tudo era ela que ia dar na faculdade, sempre era ela, eu ia pra acompanhar, ficava lá atrás, sempre de companhia dela, num monte de lugar que ela ia né, [...] ai... a Rosana tinha acabado de sofrer um acidente com ela, lá na casa do irmão, caiu da escada, caiu quebrou o braço, machucou toda e não pode ir, aí os [companheiros da luta antimanicomial] me prepararam pra ir pro Piauí, pra ir pro Piauí e eu já, eu já tava assim, mas falar aqui né, aí fui [...]e lá foi muito bom, eu falei sabe, direitinho, como a Associação trabalhava. Naquele tempo valia a a pena, sabe era muito bom, então é inesquecível essas coisas assim pra mim sabe.

Uma fala tem destaque na narrativa de Laura, ela sempre acompanhava a amiga Rosana, mas como ela afirma: “ficava lá atrás, sempre na companhia dela, eu ia pra acompanhar”. A personagem tímida da infância passou por metamorfoses ao longo da vida, a participação política foi indispensável, mas algumas características da timidez ainda permanecem na sua identidade hoje. A timidez de antes, agora se mostra numa mulher apoiadora, mas é sua luta na sociedade que impossibilita a reposição de uma timidez limitadora, como na época em que era a menina-que-não-queria-sair-da-mãe.

Ao falar sobre sua dedicação pela Associação, Laura relata o episódio ocorrido quando ao levar alguns documentos para as companheiras da Associação, que também trabalhavam num CECCO, sofreu uma queda e precisou ser internada.

[...] de data assim, até uma vez eu fui, eu sai, nem lembro a data que foi mais marcante eu não lembro, porque... eu, eu... como sempre correndo, correndo, Ia lá levar o cheque [...] E aí... eu... caí menina, desci do ônibus alí na [nome da região] assim, pra descer, pra ir no portão, ali não tava acostumada e... entrei no portão, o segurança:

“Oi tudo bem?”

“Tudo bem! Tudo bom?”

E fui rápida menina que já tava dando quase 5 horas e fechava o Cecco 5 horas, o pessoal ia embora. Quando eu fui assim por uma calçada, que eu tropecei, menina eu caí, bati tudo aqui no chão, bati (risos). Aí aqui assim, mas doeu... aí é... nisso sujou tudo a roupa [...] aí eu levantei... o joelho tava assim enorme... aí eu levantei, olhei pra trás e tinha os moços lá, os seguranças, eu chamei eles... aí eles vieram... e... ficaram ali, chamou a viatura lá do Parque e me levaram para o Hospital.

Falou: “Vou levar a senhora no PS”

Aí eu falei: “Mas eu quero passar no Cecco”, porque o Cecco era ali, logo ali.

[...] aí chegou lá no hospital, fez o raio x da cabeça, o médico tirou e no olho pretejou tudo. Fizeram um raio x e não deu nada na cabeça, aí, aí mandaram eu embora [...] Isso foi numa quarta feira... quando foi segunda feira fui pro hospital, fiquei internada que aquele preto assim (aponta para a região do olho esquerdo), começou a vermelhar tudo, tava achando que tava melhorando, no fim...mas ficou tão preto, preto que ficou assim ó, um horror [...] fiquei uma semana internada... com infecção generalizada [...] aí... depois melhorou né... mas ó, foi assim, uma loucura, porque eu fazia tudo essas coisas, mas eu fazia com prazer, sabe, fazia com amor. Caí porque... tropecei... eu tropeço muito, caio muito, não era porque que tava indo lá né.(risos).

Da narrativa de Laura, verificamos o valor que seu trabalho tinha (forma como entende a participação política). Na época o tombo ficou em segundo plano, sendo mais importante a entrega da documentação no CECCO que o tratamento necessário no hospital. Somente nos dias de hoje ao relatar, Laura inicia contando sobre o tombo. Ainda que tal narrativa apareça desconectada do que Laura vinha nos contando, reconhecer que o episódio do tombo marcou Laura em sua época de participação nos faz pensar o quanto se empenhava pela Associação.

As mudanças favoráveis na saúde mental sofrem seus golpes. Laura lembra muito bem desse período. Participante do CECCO (Centro de Convivência e Cooperativa) auxiliava nas atividades desenvolvidas, como também utilizava os serviços oferecidos, isto porque a proposta dos CECCOs é de que estes não sejam serviços destinados especificamente para pessoas com diagnósticos de doença mental, todos os moradores da região podem utilizá-lo.

[...] a gente atividade, fazia teatrinho no [nome do parque], a Rosana preparava teatrinho, sabe a gente participava porque tinha muito e... no Centro de Convivência tinha muitas pessoas que fazia tratamento né, então

a Rosana ia dar oficina e tinha outras oficinas também, de violão, de várias coisas que as pessoas fazia, o Coral, tudo o que queria, não era obrigada né, era muito bom, a gente participava e eu gostava de participar.

A mudança na gestão provoca alterações nos serviços substitutivos aos hospitais e Laura vê o risco da imposição de uma personagem doente mental para que continue desenvolvendo suas atividades no CECCO. As mudanças na gestão produzem uma política de identidade para aqueles que participam do CECCO: todos deveriam ser considerados doentes para ter direito a participar¹⁷.

[...] quando entrou o Maluf, que a Erundina saiu, aí... é foi o Maluf que entrou, aí começou tanta coisa errada, tanta coisa errada, que pra mim ir lá no Parque eu tinha que, nós participava muito, a Rosana ia pra piscina e eu ia com ela lá no [nome do parque], eu fazia parte do [nome do parque], fazia parte do Centro de Convivência né, do [CECCO], que fica aqui na, aqui em [Bairro X], ai pra mim ir lá no [CECCO] eu tinha que ter um laudo que eu... pra ir lá, isso me deu um desgosto, por isso que eu falo, nossa eu fiquei muito chateada, quando eu fui lá, pra mim foi bom porque eu, eu pra não ficar dentro de casa, lá foi muito ótimo, agora eu vou ter que levar um laudo de um psiquiatra, de uma coisa que eu sou viúva e eu pra não ficar dentro de casa eu vou lá passear?

Além disto, a imposição de uma identidade - por meio de um laudo psiquiátrico - também os permite entender de que forma o reconhecimento perverso atua no cotidiano das pessoas: sua inclusão num espaço público somente poderá se dar caso aceite ser reconhecida como portadora de alguma doença.

Não aceitando um laudo que transforme sua forma de lidar com as mudanças da vida numa doença mental, Laura vai deixando de participar do CECCO, preferindo os outros espaços onde é reconhecida por suas capacidades: *“mas enquanto reuniões da luta antimanicomial, sempre eu ia nos fóruns e tinha o Fórum Paulista e Fórum Paulistano, tinha dois... a Associação sempre eu participei.”*

Porém, sua participação na luta antimanicomial também vai diminuindo a cada dia. A idade avançada também favorece que a luta se dê em menor escala, mas Laura ainda é reconhecida por sua contribuição para a consolidação das primeiras ações antimanicomiais em São Paulo.

Mas Laura guarda boas lembranças desse período em que participou ativamente, percebendo as mudanças que ocasionou em sua vida:

¹⁷ Após um período de desmonte dos serviços alternativos, a luta antimanicomial retornou suas ações em busca da Reforma Psiquiátrica, por isto, os CECCOs retornaram a desenvolver suas atividades conforme sua proposta: para todos os moradores da região e não somente para pessoas com algum diagnóstico de doença mental.

É antes de tudo eu era dona de casa né, uma vez quando eu dei entrevista, eu falava eu era dona de casa, hoje eu não sou mais [...] hoje eu não sou mais dona de casa, quando eu comecei a participar, a me dedicar foi a minha salvação porque senão eu poderia tá dentro de casa, como muitas senhorinhas que eu vejo, sem... conhecimento que eu não... eu tive bastante conhecimento, aprendi muita coisa...

Hoje, já distanciada da militância, Laura tem pouca informação sobre os serviços de atenção em saúde mental. Em determinado momento da entrevista chega a me perguntar como estão os Caps hoje em dia. Em seguida, repete uma crítica em relação aos Caps que muito ouvia de sua amiga Rosana, sobre a reprodução da lógica das longas internações dos hospitais psiquiátricos:

Então, quando acabou a... essa coisa de HD [Hospital Dia], essas coisa, acabou assim porque aí veio os Caps, antes só tinha o Itapeva, pra atender na saúde mental, aí de lá abriu alguns assim, mas depois foi criando, aí mais é... eu não sei, eu fico pensando, até hoje eu não sei como foi, se valeu a pena, porque sempre a Rosana falava dele, principalmente de Itapeva, as pessoas que tava lá, tava lá livre, até a Rosana falava assim que era um Caps... Capsômio, porque a pessoa nunca tinha alta e não saía dali, a pessoa acostumava tanto lá que não saía daquilo, do Caps mais, e muitos se comportavam dessa maneira também, né, então não sei, até hoje não entendi que a Rosana dizia que aqui era um Capsômio e... não tinha alta, eu não sei, isso que eu não entendi.

O trecho acima reflete o quanto Laura vai se distanciando da participação política, a ponto de não articular os problemas que aprendeu no início da militância com os problemas posteriores da saúde mental. Laura não percebe o reconhecimento perverso à que os portadores de sofrimento psíquico estão submetidos por meio dos “Capsômios”, apelido geralmente dado aos Caps que pervertem os propósitos da Reforma Psiquiátrica, impedindo que as personagens doentes mentais sejam superadas.

Ainda assim, Laura é muito valorizada pela contribuição à formação das primeiras ações não-institucionais na saúde mental de São Paulo. Apesar da riqueza de sua experiência, Laura não parece ter essa percepção e vê na participação política uma saída para a solidão após a morte da mãe e principalmente do marido, assim como uma espécie de trabalho. Talvez isto explique porque Laura não tem um pensamento crítico quanto à Reforma Psiquiátrica, tendo sua visão reduzida à suas experiências. Ainda que sua vivência tenha produzido mudanças em sua identidade, o significado que fica para Laura é de um trabalho, uma ocupação junto à amiga Rosana e os demais amigos que fez posteriormente.

Laura não é mais militante (e nem gosta de ser reconhecida assim), mas o reconhecimento que recebe em seus grupos de pertencimento ainda remete à personagem representada anos atrás. O que nas faz lembrar do que afirmou Ciampa (1990) sobre a

identidade-mito que ultrapassa o tempo da ação. Seu exemplo de Severino conhecido a vida toda como lavrador, mesmo depois de parar a atividade: “Severino é lavrador, mas já não lavra...” pode ser aplicado em nosso caso com algumas ressalvas.

Ciampa utiliza a termo identidade-mito para exemplificar os casos em que uma personagem representada ganha força o suficiente para bloquear as possibilidades de metamorfose e emancipação da identidade. Em nosso caso, a força da representação se diferencia, pois permite que Laura não retorne a condição de dona de casa, valorizando o aprendizado proporcionado pela participação política. Quando fragmentos emancipatórios permitem o reconhecimento do valor social de uma pessoa em seus grupos de pertencimento, a identidade-mito tem o objetivo de favorecer outras possibilidades emancipatórias. Laura provavelmente será sempre reconhecida e valorizada por sua contribuição na luta antimanicomial.

E assim Laura segue sua vida, não mais na participação política, como ela mesma afirma, agora as ações são voltadas para ela, mas com alguma esperança de que a Associação retorne de alguma forma suas atividades:

Olha, o meu objetivo ainda dentro da Associação ainda vai ficar de pé, pra mim ainda fazer alguma coisa... que ainda eu posso e... só e quanto... vou mais dedicar pra mim, como eu já falei né, vou ficar com minha participação no Coral que, o Coral tem a ver com a saúde mental né, enquanto eu falo nem que for de bengalinha eu venho (risos).

É inegável a existência de uma solidariedade nas ações de Laura, mesmo que inicialmente seja pela amiga Rosana, com o tempo foi se transformando numa solidariedade por um grupo do qual Laura se reconhecia como semelhante. Sua luta ainda é marcada pela percepção do desrespeito com o outro e do qual ela também poderia sofrer:

[...] então isso não é coisa humana, é uma coisa que... a gente considera desumano, e... então, eu sempre... quando eu vou falar de manicômio eu sempre falo, eu defendo porque se uma hora pra gente perder a razão é fácil, as vezes eu to aqui e eu começo a ter um negócio aí e perder a razão... aí, eu não vou querer... ir pro manicômio, eu já sei como é, eu sei que não vai ter volta, principalmente antigamente que era choque, era amarrado... então a gente tem que... eu tenho que lutar porque não é bom pra mim e não é bom pra ninguém, não é bom pra ser humano nenhum, pra ninguém é bom ficar preso [...]

Enquanto contava sua história, foi possível perceber que existe certa ausência de uma percepção quanto a sua militância, não somente porque não gosta de se identificar assim, também por significar suas ações como um trabalho que lhe permite não ficar presa à condição de viúva. Ainda assim, podemos verificar na vida de Laura que as personagens do passado não necessitaram ser abandonadas por completo: a cuidadora que deu atenção à mãe

e ao marido se emancipou e se transformou em alguém preocupada com a saúde mental em geral. Primeiro em atenção à amiga, depois se sensibilizou por outras pessoas que nem conhecia. A Laura, que começou a contar sua história como a menina-que-não-queria-sair-da-mãe preservou sua timidez nas outras personagens representadas, não como reposição limitadora, mas de forma que, mesmo “por traz dos bastidores” as ações políticas se concretizaram.

4.2 Fernando, que ao perceber o que a esquizofrenia poderia ser, permite-se representar a personagem pai-de-um-esquizofrênico

A entrevista com Fernando foi realizada em seu apartamento onde seu filho viveu até sua morte no ano de 2010. Ao chegar, Fernando fez questão de mostrar todos os cômodos, a visão muito bonita da sacada da sala e o quarto de seu falecido filho. O apartamento sofreu reformas assim que foi comprado: a grande sala diminuiu e parte dela se transformou num segundo quarto. Fernando reconhecia a necessidade que ambos tinham em manter um espaço privativo.

Ao mostrar o quarto do filho, verificamos que muitos de seus objetos pessoais ainda compõem o cenário. A disposição dos móveis do quarto dá a sensação de que alguém está organizando sua mudança, levando os objetos aos poucos. O quarto e outros objetos que Fernando foi nos apresentando durante a entrevista são a memória do que foi seu filho, como também dão conta de assegurar à Fernando quem ele foi nos últimos vinte e cinco anos. Desfazer-se dos objetos de seu filho não é tarefa fácil, devido a representação que eles tem atualmente. Fernando vem fazendo isso aos poucos, conforme a emoção permite, vai ficando aquilo que para Bosi (1994) são os objetos que ultrapassam o valor estético e lhe confere o sentimento de identidade.

Ainda que Fernando tenha vivido os últimos vinte e cinco anos envolvidos nas questões pertinentes à saúde mental, sua fala não é um discurso pronto e as lembranças vinham à sua mente puxadas por outras histórias que ele narrava. Aquilo que para Fernando parecia lhe preocupar – a ausência de uma história linear – era para nós a certeza de que a história seria narrada com base nas experiências vividas e que marcaram sua memória. Para mostrar como ele poderia contar sua história, num determinado momento Fernando traz Fellini para se justificar:

Minha história tem muita é inda e vinda heim. Porque parece o filme do Fellini, por isso que eu amo o Fellini... o Fellini ta contando uma história, de repente ele dá uma, vira tudo e aí começa outra história que depois vai encontrar com a história lá, é fantástico, ele é um gênio por isso, vai assistir um filme dele, você fica assim né (boquiaberto) e sempre tem uma motocicleta, ele fica um drama, e vai de motocicleta (faz o barulho da motocicleta – risos), é fantástico então eu, eu descobri que as minhas histórias são meio que igual do Fellini.

Mais que justificar as “desordens” da narrativa, em determinado momento Fernando deixa claro quais fatos de sua memória pretende trazer em sua fala e assim demonstra como vem ressignificando seu passado:

Se eu quisesse contar uma tragédia pra você, eu inverteo o disco e conto. Você vai sair, vai sair daqui chorando, mas eu prefiro que você saia daqui rindo, que você ouviu uma história... que poderia ser dramática, trágica e numa certa medida foi, mas eu me nego terminantemente a... a fazer essa... essa versão dramática, eu gosto do lado da, da brincadeira...

Fernando começa narrando sua história com a saúde mental e depois com a militância a partir de um surto psicótico de seu filho, quando Fernando foi agredido fisicamente. Um primo distante, professor na Faculdade de Medicina, lhe chamou para obter mais informações. Preocupado com as agressões que seu primo sofrera, alerta-o sobre a necessidade de uma intervenção e que o ajudaria indo atrás do que era necessário. Diante do desconhecimento sobre o que fazer, Fernando interroga: “*Mas como vamo atrás?*”

A solução foi encaminhar pai e filho para uma consulta com um psiquiatra, jovem na época, posteriormente fez nome na carreira da psiquiatria. Cabe destacar que da narrativa de Fernando encontramos entre os médicos que participaram do período de internação de seu filho o desejo de proporcionar as melhores condições possíveis para um doente mental. Mas isso era norteador por uma concepção limitada sobre a loucura e sobre o ser humano, assim como uma postura hierárquica que coloca o médico no centro da relação e um olhar que só enxerga a doença, não o ser humano que sofre psiquicamente.

Convencendo o filho de que iriam para o aeroporto fazer uma viagem, Fernando leva-o para a consulta. Após conversa de cinco minutos entre o psiquiatra e o filho, o profissional decide pela internação.

Sabemos que Fernando não mentiu, seu filho havia lhe agredido num momento de crise, também tinha a hipótese diagnóstica de esquizofrenia, mas nos chama a atenção tudo ter sido resolvido em uma conversa de cinco minutos entre o psiquiatra e o paciente, que entendemos ter servido somente para certificar o que já haviam dito. Retrato de uma medicina que não tem tempo para ouvir o que o paciente tem a dizer. O ideal é não se perder em “histórias falsas”, é melhor ouvir os homens da razão.

Fernando justifica a internação do filho pelo desconhecimento que existia na época.

...e eu fui fazendo honestamente, legal, tô no lugar certo, hospital. E além de ser um hospital é um hospital psiquiátrico, era isso que eu queria... por isso que eu entendo muito a questão da, da, do familiar hoje em dia que interna... porra, se seu filho tá quebrando tudo em casa, aí aparece um negócio que se chama hospital psiquiátrico, é aqui que eu vou por meu filho, é lógico! O cara ainda fica feliz da vida e daí é que vem todo o... revestres da história, o outro lado, mas até então eu não sabia nada...

Ciente de que havia feito o melhor para seu filho, Fernando deixa o hospital e vai cuidar da vida, até retornar quinze dias depois para a primeira visita, quando começa perceber que há algo errado naquele tratamento.

Quinze dias depois, na primeira visita, eu fui lá... visitar ele né, acho que eu fui sozinho, a mãe dele não foi, nem as irmãs, por alguma razão... e eu fui sozinho... daí já começou a me incomodar... porque era um dia frio, então a visita não era no pátio, a visita era numa salinha... um pouco maior que esse cômodo aqui e todo mundo ali né, aí aquilo... senti uma opressão, um mal, um mal estar ali naquela troca de pequenos favores, de “Se quer um pouquinho de Coca Cola, empadinha?”, aquele troca troca de coisas, de pessoas meio desorientadas e eu ali no meio tal... Nisso de repente aparece meu filho, trouxeram ele... [...] aí o enfermeiro trouxe o meu filho, todo sujo, tudo, com uniforme que tinha, depois tiraram aquele uniforme, uniforme sujo, cascorento... e eu nem sabia, nunca tinha visto ninguém internado como ele [...] Ai começamos uma conversa meio desbaratada e tal, a mesma coisa lá numa outra ocasião, com a mesma roupa casca grossa... e... não, só sei que ele dizia que queria sair de lá, “Porra pai, quando eu vou sair, quando eu vou sair?” Bom, fiquei lá... e terminou a visita e fui embora, aí foi permitida uma vez por semana as visitas e continuando a mesma coisa, aí a mãe dele também ia junto, as irmãs também iam junto, uma vez ou outra, não sempre, e eu fui levando, cada vez eu me incomodava mais com aquilo. Bom... aí foi a primeira vez, teve duas internações... a primeira vez, aí deram alta pra ele...

Fernando então comenta algo que evidencia o quanto é desnecessário as longas internações: “o cara tem uma crise, você medica bem, o cara sai da crise... num continua né, ele sai. O que aconteceu? Ele saiu, deu uma melhorada, deram alta pra ele.”

Por outro lado, quando o foco é somente na crise e não no sujeito e sua totalidade, as condições de sofrimento tendem a permanecer e sem possibilidades de melhorias concretas, constituindo-se um círculo vicioso de crise, internação, melhora, alta, piora, crise, internação... Desse modo, semanas depois da primeira alta, seu filho retorna de uma viagem do litoral. Ao ser atendido na porta pelo pai, este com sua sensibilidade reconhece alguma coisa de diferente pelo olhar do filho: “ele foi pro litoral e voltou por, uma semana lá e voltou... aquele olhar esquizofrênico que transpassa, ele olha assim, mas parece que tá olhando lá atrás de você.”

Sem conhecimento de outras possibilidades, Fernando leva o filho para sua segunda internação e retorna para suas atividades. Na época tinha uma escola de natação onde era o professor. Passado um tempo, enquanto lia um jornal, encontra um anúncio que ocupa uma página inteira informando sobre a exposição das obras de Artur Bispo do Rosário, o gênio esquizofrênico. Ficou interessado em saber do que se tratava. Por que alguém que havia elaborado obras de arte e lhe concederam prêmios e reconhecimento artístico era chamado de

gênio esquizofrênico? Pois de esquizofrenia, Fernando só conhecia o que havia aprendido com as internações do filho.

Chegando ao museu, conheceu melhor a história de Artur Bispo do Rosário: internado em hospital psiquiátrico, viveu por 40 anos até falecer e nesse período produziu objetos que só tiveram algum reconhecimento após sua morte. Ainda que sua história revele os maus tratos e a exclusão que a loucura sofre na sociedade, Fernando percebeu com mais clareza os fatos:

Aí comecei a perceber, o que que a esquizofrenia poderia ser, aí eu já passei a não ser tão assim sofredor porque disseram pra mim que seu filho era esquizofrênico, ou seja, era louco, comecei a... ficou uma luizinha na minha cabeça.

Aqui fazemos uma pausa na história de Fernando para nos lembrar do que Ciampa (1990, p. 48) relatou sobre a história de Severina, quando essa se muda para a Rua dos Ossos, sua história e seu projeto de vida se inicia justamente quando ela começa a entender... Do mesmo modo, Fernando realmente inicia sua história com a loucura, não com a crise do filho, nesse ponto ele apenas obedece as ordens dos médicos, pois nada entendia sobre a esquizofrenia. É a partir do conhecimento, da percepção, de outras possibilidades que se dá início a história de Fernando: “*Aí comecei a perceber, o que que a esquizofrenia poderia ser...*”

Após a exposição no museu haveria uma Conferência sobre saúde mental. Fernando foi assistir e na pausa para o café sentou-se próximo de pessoas que só depois veio saber seriam nomes importantes na Reforma Psiquiátrica. Nessa pausa uma situação interessante acontece:

e eu sentado lá assim, assistindo, aí tivemos um intervalo, saímos, para o tal do café [...] Aí eu sentei numa mesa assim, no tal do breakfast, aí eu sentei, não tinha lugar, não conhecia ninguém, a gente senta em qualquer lugar né, aí eu sentei e as pessoas continuaram conversando [fala os nomes das pessoas que estavam na mesa e que posteriormente foram nomes importantes para a Reforma Psiquiátrica] [...] aí todo mundo falou e chegou minha vez sabe, nem perguntaram, todo mundo olhou pra mim como se perguntasse “E tu? Qual é a tua?” Ai eu não sei o que que eu tinha que dizer, quem era eu né, falei: ‘Bom, sou Fernando, eu sou... sou pai de um esquizofrênico.’

Fernando sente-se convocado a mostrar sua identidade “*E tu? Qual é a tua?*” Quem Fernando representava naquele momento? Por pouco antes ter começado a perceber, deixava-se tomar forma a personagem que lhe acompanha até hoje: Fernando torna-se pai-de-um-esquizofrênico. Seu filho estava na segunda internação, mas agora Fernando havia tomado consciência das coisas.

A inserção de um pai de um esquizofrênico numa conferência pronunciada por especialistas mostra-se como uma “invasão de territórios”. Nem mesmo a exposição de Artur Bispo do Rosário que antecedia a conferência ultrapassava os espaços demarcados. Mas se esses lugares estavam demarcados por séculos de uma loucura excluída do social, a espontaneidade de Fernando-pai-de-um-esquizofrênico foi ao encontro do interesse que aqueles profissionais tinham em mudar a realidade psiquiátrica brasileira.

O interesse dos especialistas pela história de Fernando lhe rendeu um convite para conhecer uma nova clínica que se formava na saúde mental. Foi a primeira vez que Fernando ouviu falar do Caps. Com o telefone em mãos, ligou para o local e em seguida foi conhecê-lo. Na visita, estava diante de um espaço muito diferente do que havia percebido nas salas de espera do hospital e nas condições de higiene do filho durante as internações.

Os profissionais do Caps informam sobre a necessidade de conhecer seu filho. Fernando vai até o hospital buscá-lo, mas as coisas não foram tão simples assim: o psiquiatra não autorizou a alta e não entendia do que Fernando falava:

“Ó Fernando, eu não tenho nem idéia do que você tá falando, o que que é isso Caps? Aberto? Como eu posso dar alta pro seu? Seu filho não tá bem. Eu tenho que segurar ele aqui” [...]

O médico falava pra mim, eu vi que eu não ia mudar o médico.

Nesse período, Fernando começa a ser conhecido por sua militância, da qual ele chama de uma “militância pura”, e estreita os contatos com vários setores, espaços de militância formados por profissionais engajados, com a participação popular e outros espaços acadêmicos. Desses grupos que conhece, começa a perceber as diferenças na forma de se fazer a luta antimanicomial.

[...] foi aí que eu comecei a entrar nessa coisa chamada militância do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial que aí eu conheci outras pessoas que já falavam disso, principalmente na turma bem antiga lá da Zona X [...] uma turma da pesada, eu fiquei amigo dessa turma aí, essa aí foi o início dessa militância, que a gente ia com manual na mão, foi aí que eu comecei, ia fazendo desfile na Avenida Paulista, isso tudo foi aí que eu comecei né, essa é a minha história, foi o início mesmo dessa militância mais, mais, vamos chamar assim, mais pura né. Existiu uma intelectualidade, eu me lembro que queria dar uma identidade, os doutores que tinham tudo uma, uma crítica, ao atendimento, mas tudo em cima da, da teoria, dos grandes teóricos da, da psicose, da loucura, da filosofia, esses caras tudo que, os Lacan e não sei quem mais da vida que a gente ouve falar. Mas é lindo isso, é bacana, agora subir no caminhão com a bandeira, é essa aí a militância que eu to falando, é aí que eu comecei, entendeu? Aí a gente ia pra porta de hospital...

Fernando sabe qual a identidade que deve ter a militância, não seria entre os acadêmicos que ele se encaixaria. Ainda que tenha contato e admiração por muitos deles, existe um reconhecimento de qual é a sua identidade, formada por sua experiência militante. Quando fala sobre uma intelectualidade que queria dar uma identidade para o grupo e uma militância pura, Fernando evidencia as tensões entre políticas de identidade, representada pelos especialistas e identidade política, representada por aqueles que na concepção de Fernando buscavam seu espaço de participação sem a anulação de sua personagem militante.

Esse incômodo fica evidenciado em outro momento da narrativa, quando reconhece os problemas de um grupo assumir o discurso do outro:

[...] eu nunca discurso desse lugar, é me incomoda quando eu vejo um usuário ou familiar fazer discurso igual técnico falando [...] então me incomoda porque tem, se tem que ir lá e falar do seu jeito, não pega, dá muito mais força e verdade no seu depoimento.

Podemos entender que “usuário ou familiar fazer discurso igual técnico” é uma maneira de evidenciar, além das tensões entre políticas de identidade e identidades políticas, o problema da experiência de um desrespeito não percebida. Fernando percebe que não deve ocupar esse lugar, mas aqueles que se esforçam para discursar como especialistas acabam, nos dizeres de Fernando, perdendo sua força e a verdade do depoimento. Não obtém o reconhecimento social de que são técnicos, mas deixam de ser uma militância pura. Ao final, essa tensão revela um reconhecimento perverso que atende ao desejo da intelectualidade, ao dar uma forma específica até mesmo para os discursos dos usuários e familiares, mas em nada fortalece a identidade desse grupo, que passa a ser visto como uma massa dentro dos coletivos.

Com a experiência da militância, Fernando é convidado a participar das comissões que fizeram inspeções em hospitais psiquiátricos. O convite foi feito por uma especialista em saúde mental. A experiência lhe forneceu um importante aprendizado e a personagem pai-de-um-esquizofrênico vai ampliando seu conhecimento.

“O Fernando, tem muito problema nessas internações e a gente precisa de alguém da militância, de movimento social, você não quer ir?”

Ah, vou fazer o que lá, eu não entendo nada de hospital psiquiátrico.

“Você vai lá e fica olhando, você não sabe, você não sabe quando uma cama tá, tá suja, quando a comida é ruim, quando ah não sei o que, se pode, é essas coisas, é lógico que você não vai fazer um relatório dizendo das condições psicológica da pessoa, mas você pode olhar a estrutura do...”

É isso aí eu aprendi, entendeu?

Essa mudança se deu quando a especialista lhe reconheceu como sujeito capaz de avaliar as condições dos hospitais, na sua condição de familiar. Não era só o saber técnico que tinha valor, a sensibilidade de Fernando também era necessária para essas inspeções. Então Fernando foi reconhecendo seu valor social em relação à saúde mental.

Dessa experiência, Fernando foi aprendendo também sobre as relações de poder num hospital psiquiátrico. Se havia um grupo que reconhecia seu valor, não eram os especialistas que concederiam alta para seu filho. Para esses, Fernando não passava de um familiar que deveria, no máximo, ocupar o espaço destinado aos visitantes do hospital. Então a alta de seu filho só poderia ocorrer por outros caminhos.

Mas o que eu ia falar é o seguinte: outra coisa que eu aprendi é como é que você negocia dentro de um hospital psiquiátrico, aí eu comecei a virar amigo das, das moças da, da Assistência Social, que são mais receptivas, tão mais ligadas e tal e no meio tempo eu falei:

“É o seguinte, eu tô querendo levar o meu filho nesse lugar assim, assim, não dá pra você falar com o médico?”

Aí a moça, depois de umas vezes que eu insisti nessa conversa ela foi falar com médico... aí o médico falou:

“Bom, tudo bem [...] É, tá bom, então diz pra ele que tudo bem... que ele pode levar o filho, eu autorizo.”

Quando eu tratava direto com ele não era possível, então assim pela Assistente Social,

“Ah, não sobre isso não” isso era comigo, aí com a Assistente Social: “Tá, tá bom, combinado, mas então você vai lá nesse tal lugar, [...] vai ver o que que é isso.”

Isso mesmo, vai lá ver o que que é, se é isso que eu tava falando. Ela foi lá e voltou, falou:

“Olha é um lugar numa linda casa”

Mais uma vez, recorremos à Ciampa (1990) e as personagens representadas por Fernando em diversos espaços: Fernando já era reconhecido pelo grupo que fazia as inspeções e aprendeu com eles o suficiente para obter certa emancipação em relação ao que era antes: um familiar que nada entendia de esquizofrenia, nem de hospital psiquiátrico. Mas essa mudança não se deu na totalidade de sua identidade, entre os especialistas do hospital foi possível perceber que esse reconhecimento não veio rapidamente, sua fala ainda era questionável. Fernando utilizou da personagem pressuposta de um familiar que não discursa com o médico e recorreu à Assistente Social, ciente de que necessitaria dela para obter o que queria.

Após explicar melhor sobre o funcionamento do Caps, a desconfiança não parou, inicialmente seu filho foi liberado para passar o dia no Caps e a noite no hospital. O

resultado? Em uma semana seu filho teve alta hospitalar: “[...] *aí eles deram alta, perceberam que, que tava dando certo, deram alta e eu nunca mais internei meu filho!*”

No Caps, Fernando aprendeu que para lidar com a loucura os remédios não eram suficientes, seu filho foi atendido dentro de uma clínica que considerava as relações sociais. Por isso, Fernando diz que também foi cuidado pelo Caps. Apesar de utilizar o termo “cuidado”, não nos parece que Fernando era visto como doente, mas se refere à atenção que recebia e o reconhecimento que tinha nesse espaço. Reconhecimento este que não era só dele, Fernando lutava pelo reconhecimento de seu filho como sujeito capaz de viver em sociedade.

Ainda que o encaminhamento do filho para o Caps tenha se mostrado uma grande melhoria, para pai e filho, nem todos os familiares conseguiram conviver com o diagnóstico de esquizofrenia: o casamento termina e Fernando reconhece que seu filho foi o “divisor de águas” em sua vida. Nessa época ficam Fernando e seu filho com a escola de natação e sua esposa se muda com as filhas.

Fernando vai contando sua história e nela aparecem outras personagens. O professor de judô que conheceu muitos países, o funcionário de uma multinacional que ganhou muito dinheiro. Essas tiveram uma passagem rápida pela narrativa de Fernando, vivem em suas memórias, mas são lembradas como aquilo que Fernando era antes do adoecimento do filho.

[...] eu era executivo, obcecado pra ganhar dinheiro, ganhei muito dinheiro... tinha três carros, casa na praia, viagens por conta do trabalho, colocava as crianças nas melhores escolas, escola do [Bairro nobre de São Paulo] que eu morei primeiro no [Bairro nobre de São Paulo] [...] toda essa fase na minha vida, mas hoje eu não tenho a menor... saudade desse período[...]

Das personagens que se destacam, além do pai-de-um-esquizofrênico temos o professor-de-natação: “*se vê, eu ensinava gente...*” Essas duas personagens caminham muito próximas por algum tempo. Fernando gosta de contar sobre as pessoas que ensinou a nadar e sobre o sentido da natação:

[...] tive essa escola muitos anos, lá no bairro, ensinei um monte de gente a nadar, crianças e senhoras, as senhoras confiavam, natação é uma questão de confiança, se você não confia, não adianta nada, não adianta nada... tem que se entregar na natação, natação é uma entrega... entregar.

Com a separação da esposa, a família de Fernando muda, seus conceitos sobre família também:

[...] eu já ouvi isso foi mais de uma vez, tipo assim: “Ô Fernando, se todo familiar que fosse assim como você é, a Reforma Psiquiátrica Brasileira já tinha sido feita.” Mas é estranho isso, porque a minha família é uma família muito desestruturada... você viu um pouquinho só que eu contei aqui, me separei, meu filho, minhas filhas foi pra um lado, a outra foi morar não sei

aonde, a outra foi com um cara, é tudo uma história muito mirabolante, mas eu falo, formamos outras famílias

Então a escola de natação passa a acolher outros usuários dos serviços de saúde mental. Fernando lembra em especial de um amigo de seu filho, chamado Humberto, que viveu por três anos com eles. Era usuário do Caps e não tinha quase vínculo familiar. Certo dia relata o desejo de ir morar com Fernando e seu filho. Após conversa com a equipe profissional, Fernando aceita-o em sua casa, recebendo a recomendação do Caps de que Humberto seja responsável por sua moradia: “Ó, você não vai virar pai do Humberto hein? O Humberto tem que ter um compromisso.” Fernando lhe ensina a cuidar da piscina, Humberto trabalha em troca da moradia e começa a fazer o mesmo serviço nas casas da vizinhança, ganhando um dinheiro extra.

Após uma reportagem com a temática da saúde mental em que Fernando, seu filho e Humberto são entrevistados, o pai de Humberto, residente no Espírito Santo, ao assistir a reportagem fica incomodado com a forma como o repórter se refere ao filho, afirmando que ele foi abandonado pela família e acolhido por Fernando. Irritado com a situação e com o objetivo de tirar satisfações, o pai de Humberto viaja à São Paulo para conversar com Fernando, chegando na escola de natação, fica surpreso com o que vê:

[...] advinha, o programa era em rede nacional, o pai dele ouviu o abandonado pela família... que foi abandonado pela família. O pai dele morava em Vitória no Espírito Santo, aí o... o pai dele chegou maluco da vida, filho abandonado pela família [...] Aí um belo domingo, eles tinham saído, não tinha ninguém em casa, só tava eu, a academia tava fechada, era domingo, a campanha toca, era o pai do Humberto, eu também não conhecia, mas na hora eu vi, mandei ele entrar [...] entrou na sala, aí ia começando a conversa aí o Humberto chega, ele entra pelo lado assim, não viu que o pai tava ali comigo, veio e me deu um beijo, a gente se beijava. Aí o pai do Humberto desmontou, mudou o rosto, a conversa ficou super tranquila, eu tava preparado pra uma conversa, um bate boca, qualquer coisa do gênero. E depois que o cara foi embora, meu filho conversou com o Humberto e o Humberto contou:

“Sabe o que é o mestre?” Ele chamava o meu filho de mestre “Mestre, eu nunca beijei meu pai, nem ele nunca me beijou”

Foi isso que aconteceu... quando ele viu aquele brancão que tava cuidando do filho dele muito melhor do que ele... ele, o pai dele, ah, foi virando uma pedreira, também é uma coisa muito maluca, ver o filho beijar e ser beijado, ele desmontou, aí nunca mais.

Aí ele morou lá muito tempo, o Humberto morou lá muito tempo...

Humberto deixa de morar com eles, outros moradores passam pela casa, são acolhidos no tempo que precisam para reordenar a vida. Mas os anos se passam e as mudanças na sociedade atingem Fernando: as escolas de natação vão perdendo espaço para as

academias com toda sua diversidade de equipamentos. Fernando começa a pensar em vender a academia e se despedir da personagem professor-de-natação. A personagem deixa de ser representada, mas permanece em sua memória.

A narrativa seguia sem a linearidade da história, pois se constituía a partir da memória de sua vida. Entre as lembranças do filho, vinham as lembranças do professor de natação. Tratavam-se de memórias vivas que se cruzavam e constituíam a identidade de Fernando. Dessas conexões, Fernando fez questão de deixar muito claro sobre o que se tratava: *“Essa história que eu conto, às vezes parece que não tem nada a ver com o meu filho, mas tem... porque na minha cabeça... funcionava assim...”* Em seguida, Fernando já emenda na história em que conheceu uma professora com muita experiência em saúde mental. Desse encontro, Fernando ganhou um livro chamado *“Na companhia das vozes”* e faz questão de procurar o livro para mostrar, quando encontrou, mostrou um livro com a capa rasgada. Sobre isto, Fernando relata que o emprestou para outra professora e que sua cachorrinha mordeu a capa do livro, situação que deixou a professora envergonhada na época, mas que não incomodou em nada Fernando: *“Eu deixo, porque isso aqui ficou pra história...”* O que para muitos é só uma marca de mordida num livro importante, para Fernando é a lembrança das trocas de conhecimento, das amizades construídas, das experiências da militância.

Mas o principal motivo de Fernando relatar sobre o livro é o fato de esse servir de ponte entre ele e seu filho.

É, mas o que eu ia falar, não é nem do livro, é do meu filho... Ainda um dia eu chego aqui em casa de noite, o meu filho falou assim, tava aí nessa cadeira aí, eu cheguei ele com o livro aberto, lendo...

“E aí filho, tudo bem?”

“Tudo bem pai”

“Tá lendo?”

“Ah, um livro do senhor, legal isso aqui viu, se sabe que é isso mesmo que eu, que eu sinto?”

Aí a conversa rolou fácil, fácil... o que, aí:

“Eu sei filho, eu sei, que você ouve vozes, eu sempre soube... e por que que você nunca me falou que você ouvia vozes?”

[...]Ele falou assim: “Porque seguinte, se eu falasse pra você que eu ouvia vozes, você não ia, você ia achar que eu era louco e eu não sou louco!”

Falou com uma puta convicção que não era louco. Tava aí o problema, que ele não queria isso! Aí isso já deu um salto fenomenal...

Fernando percebe que seu filho não deseja ser reconhecido como louco. O filho por sua vez é reconhecido pelo pai em suas intenções: não quer ser louco, a verbalização do filho e o reconhecimento do pai permitem um salto qualitativo na relação... Mas esse mesmo

reconhecimento obtido pelo pai nem sempre é alcançado na sociedade. Fernando milita em nome desse reconhecimento, não quer junto com o filho ocupar os espaços determinados pelos especialistas da “antiga psiquiatria”.

A militância vai se fortalecendo conforme seu filho melhorava, o que lhe permite participar de diversos eventos fora do país. Fernando relata sobre as viagens e sobre a importância da militância, que lhe conferiu um sentido em sua vida:

[...] mas eu sou, eu sou um cara melhor, eu me sinto uma pessoa... eu tenho... eu dou um sentido pra minha vida né, entendeu? Senão eu ia ser desses velhos chatos sabe, que não é bom amigo [...] ou então tinha um cachorrinho pra sair atrás do cachorrinho, ou então ia ficar passeando com o meu, o meu carro ou isso, no entanto não, eu tenho, eu participo como militante num movimento social importante... que é a luta antimanicomial, tem Sem Teto, Sem Terra, e não sei o quê, e a Luta Antimanicomial, o terceiro ou quarto movimento em importância de movimento social no Brasil né... e eu acho que, que valeu a pena, apesar de, de ter, de ter, de ter sido assim, do jeito que foi [...]

Apesar de algumas críticas, Fernando tem uma visão otimista da Reforma Psiquiátrica. Olhando historicamente para o fato, em sua opinião, houve avanços importantes:

[...] eu acredito que nós avançamos muito, sabe tem muita gente que chegou agora e chega sem saber como é que era... lá atrás, pô, onde nós estamos teve muito avanço, mas muito avanço mesmo... agora é um jogo, um jogo [...] agora isso tudo é um jogo e tá, você vai sempre assim, andando e também recua... acredito que a Reforma Psiquiátrica avançou muito, particularmente [...] mas eu sinto isso porque eu vivi isso tudo né, não é, não é que eu fico lendo tudo, eu vivi mesmo isso tudo aí

Mais uma vez, ainda que seu olhar seja otimista em relação à Reforma Psiquiátrica, sutilmente Fernando faz uma crítica àqueles que não militaram como ele, que preferiram os livros à realidade da participação política.

Apesar de sua visão a princípio otimista quanto à Reforma Psiquiátrica, afirma que ainda falta muito nos profissionais que atuam no cotidiano de um serviço de saúde mental. Quanto a isso, relata dois episódios distintos de quando o filho fazia tratamento no Caps:

No primeiro episódio, relata sobre um dia em que seu filho se trancou no quarto e não queria sair de lá. Depois de certo tempo, preocupado com o filho, telefonou para o Caps e conseguiu falar com a psicóloga que era a referência do atendimento. Essa resolve ir até a casa de Fernando tentar conversar com o filho. Para além das técnicas e os conhecimentos necessários para ser um trabalhador da saúde mental, Fernando relata o “algo a mais” necessário e que faz a diferença na saúde mental.

...ela [a psicóloga] veio andando até aqui, esperei ela lá embaixo. Pegamo o elevador, entramo aí, abrimo a porta, entramo, a porta fechada, ela bateu na porta do quarto, ela falou: “Ô [nome do filho]”

“Quem é?”

Ela falou: “É a psicóloga, quero falar com você”

Ele falou “Não tem papo [...] pode ir embora”

“Não [nome do filho], por favor, se vai fazer essa desfeita comigo? Eu saí de lá até aqui, por que que você não fala comigo? Eu quero pelo menos ver você”

Ela insistiu um pouquinho na conversa, aí ele abriu assim um pouquinho só essa porta, um pouquinho só [...] botou a cara assim pra fora. Ela fez assim, ela usou uma técnica lacaniana, junguiana? Não, ela pôs o pé na ponta da porta e não deixou ele fechar a porta amiguinha e daí foi só uma conversinha e os dois saíram abraçados, de braço dado e foram embora. Esse é o algo a mais que o trabalhador da saúde mental, pelo menos na minha consciência, porque eu falo por aí num monte de lugar...

No segundo episódio, Fernando relata que outros profissionais ficam presos à portarias, decretos, leis e que a humanização do serviço fica em segundo plano. Como no dia em que seu filho começou a passar mal e ele ligou no Caps, quem lhe atendeu recomendou que entrasse em contato com o SAMU, pois o assunto não era de competência do Caps, minutos depois seu filho veio a falecer em decorrência da parada cardíaca.

...sabe a diferença que eu tô querendo dar da psicóloga que veio aqui e pôs o pé aqui na porta e da outra... sabe o, o Débora, eu não tô querendo, sabe eu não tô querendo achar que salvaria a vida dele, não é nada disso, eu tô falando agora da concepção do trabalhador que trabalha em saúde mental tem que ter, é um pouquinho além... do que falam as portarias, as leis, os decretos e etc, etc, etc. Porque pra mim existe uma, u, u, uma crueldade, uma maldade nessas questões

Tempos depois, numa Conferência, ouviu de um trabalhador da saúde mental que familiar não quer ter trabalho, deixando sempre para os profissionais a responsabilidade no cuidado. Tal situação é relatada com tristeza por Fernando, que afirma ter se sentido muito mal com o que ouviu, dada sua história de atuação na luta antimanicomial, que ultrapassou o cuidado com o filho. O que ajuda a superar esses momentos é encontrar respaldo nas falas de outros militantes ou trabalhadores que compartilham da sua opinião e que propõe uma discussão sobre a saúde mental num nível mais amplo, que possa dar conta de entender porque essa relação usuário x familiar x trabalhadores é carregada de tensões.

Sobre esse “algo a mais” que Fernando sente falta em alguns profissionais, Farina (2011, p. 54) aponta para a necessidade de um fazer clínico em que seja possível considerar o sujeito em sua totalidade, numa rede efetiva de cuidado em que os arranjos institucionais não se sobreponham ao cuidado humano e libertador. Aproximando-se dos problemas percebidos por Fernando, Farina reconhece que reduzir o trabalho no campo da saúde ao cumprimento de

portarias leva o trabalhador a permanecer “em instituições que apenas dão conta de um corpo sem sujeito numa rede que captura e não vincula.”

Quanto ao Fernando, sua condição econômica e sua história de vida anterior lhe permite ter uma compreensão melhor das questões que envolvem a saúde mental, que não se pode esperar de um familiar sem condições financeiras, sem conhecimento e tempo suficiente para cuidar de um paciente, o mesmo olhar e o mesmo empenho que ele teve com as políticas de saúde mental.

Fernando também fala sobre a morte do filho, sua ausência ainda é acompanhada de muita confusão. Seus últimos vinte e cinco anos foram dedicados ao filho, tornou-se militante a partir disso. Com a morte dele, sua identidade entra em xeque, enquanto ela se metamorfoseia, Fernando vai vivendo a confusão dessa mudança, ainda que ele não queira.

[...] porque às vezes eu falo, pô, se você me perguntar pra mim, a minha vida num certo sentido Débora... é, é mais tranquila hoje...antigamente era o meu filho 24 horas do dia e eu nunca sabia direito como é que ele tava [...] então se você me perguntar, é eu tô mais tranquilo agora, antigamente tinha meu filho, mas por outro lado eu também acho que eu não posso ser assim tão folgado... de não pensar que talvez tivesse aparecido alguém aqui, tivesse feito uma massagem nele ou qualquer coisa, podia tá aí vivo comigo, sabe isso ainda é muito atrapalhado na minha cabeça, eu não tenho nem muito... muito jeito de... de explicar essa, isso que eu sinto com relação à morte dele e enfim. Agora eu prezo muito a lembrança dele né...

A morte do filho não é marcada para Fernando pelo tempo do calendário, são os sentidos que o fato tem em sua memória que organizam o tempo: “...o meu filho morreu aqui, ele sentado aqui olhando pra mim, eu aqui que eu ia ver um jogo, aí foi e foi antes de ontem, há três anos atrás...”.

O tempo que marca a morte do filho é o tempo vivido. Tempo que se relaciona com o significado da lembrança: o tempo longe do filho, a memória mais marcante de Fernando, extremamente viva em suas ações, nos objetos da casa, na vida dele. Quem se importaria com o ano em que isso ocorreu? Três anos sem o filho não são os trinta e seis meses do calendário, é como se fosse ontem.

A morte do filho, com todo o sofrimento que lhe trouxe, permite mais uma metamorfose: como continuar sendo o pai-de-um-esquizofrenico sem ter o filho? As mudanças vem acontecendo dia após dia. A lembrança do filho ainda é muito viva na memória, o que em certos momentos faz Fernando não perceber as mudanças:

[...] minha vida não mudou nada... pelo contrário, eu sinto que ele tá sempre aqui comigo... sempre, volta e meia eu, volta e meia eu vejo eu andando pela casa, eu sou, eu sou descrente, eu sou agnóstico, eu respeito muito qualquer

religião, mas eu não tenho crença, mas eu francamente, o meu filho tá muito presente, muito presente aqui [...]

Mas as metamorfoses ocorrem lentamente – e por isto Fernando não reconhece claramente – mas sua fala evidencia esse processo quando afirma os motivos de continuar na militância:

[...] eu num, eu num lamento que o meu filho ter morrido né, eu agradeço ele ter vivido, porque foi a partir dele que eu me transformei num outro cara, eu cresci como pessoa, hoje eu sou outra pessoa completamente diferente do, de quando eu me casei [...] Porque essa história da, da doença do meu filho me transformou, passei a ter uma percepção da vida diferente que antes eu não tinha, mudei minhas amizades e tal... então eu sou uma pessoa que faz isso agora por... pra querer ajudar, por isso que a minha, eu faço, as pessoas me chamam pra fazer entrevista em lugares eu falo:

“Eu vou, eu vou porque eu acho que eu posso ajudar muito familiar que tá desorientado e perdido, sem saber o que fazer...”

Em busca de um sentido para a morte do filho, Fernando encontra na leitura uma saída criativa. Começa a pensar sobre a vida e começa a escrever. Um mês após a morte de seu filho escreve um texto chamado “O absurdo de viver” baseado nas leituras que fez de Albert Camus. Nesse texto, do qual recebi uma cópia, relata o quanto a vida é um absurdo. Para seu filho, a psicose foi um absurdo, para Fernando, a morte do filho lhe fez encarar o absurdo de frente:

“Ver e constatar meu filho morto na minha frente, foi o absurdo dos absurdos, total, irretorquível e definitivo. Psicose e absurdo, não sei se me faço entender... Vivi esta situação limite, do absurdo da psicose, sendo mostrado bem diante de mim. Presenciei-o de frente. Encarei-o. Nada mais poderá ser absurdo para mim.”¹⁸

Fernando viveu diversos absurdos, como ele mesmo escreveu no texto do qual reproduzimos um trecho. O absurdo da psicose, a morte do filho como o absurdo dos absurdos. Podemos pensar que, semelhante à Severina-louca, Fernando ficou a zero cada vez que se deparou com o absurdo. A partir desses encontros, conseguiu sempre uma saída criativa que lhe permitiu dar forma à novas identidades emancipatórias. Algo que ele consegue perceber nos dias atuais:

E aí eu entendi que a saída para o absurdo de viver não é o suicídio, a saída para o absurdo de viver é a revolta... é o homem insatisfeito, o homem que sempre quer mudança, então isto me deu uma certa... percepção de que eu mais ou menos vivi assim, sem ter muita consciência disso, eu não tenho muita consciência disso [...]

Fernando afirma que não tinha consciência da revolta que fomentava suas ações, lembrando a distinção feita por Bosi (1994) sobre o tempo da ação e o tempo da memória.

¹⁸ O texto completo, escrito por Fernando, está no final deste trabalho

Antes Fernando estava no tempo da ação, as condições do filho forneciam a energia necessária para permanecer lutando, agora, ao lembrar o passado, consegue analisar seus atos, não tinha consciência disto, o tempo da memória em que Fernando se encontra (ainda que não tenha abandonado a militância) permite esta compreensão atualmente.

Ainda que de forma não tão clara, a personagem pai-de-um-esquizofrenico vai se alterando, já não é a mesma personagem que representou nos últimos vinte e cinco anos, em partes continua o mesmo, em outras está mudando. Agora Fernando pode ser chamado de militante-familiar-experiente, forma como a revolta é canalizada. O que lhe mantém na militância e o que lhe assegura uma identidade é o reconhecimento que encontra na sociedade, que legitima seu sentimento de estima social.

Isso não tem preço, essa coisa das pessoas que me encontram... das pessoas que escrevem pra mim, ou vem aqui falar comigo. Essas pessoas que vem da universidade, da academia, chamar o velho aqui, pra dizer pra eles o que é a luta antimanicomial, o que é saúde mental, isso aí você não sabe o valor que isso tem pra mim né... é uma coisa, se eu tive alguma vaidade na vida, uma delas... eu acho que a única que eu sinto é isso... de ser... de ser chamado pra falar... já me chamaram em tantos lugares... e eu sempre me disponho a ir sabe, porque eu acho que inclusive faz bem pra mim também, essa... manter acessa a chama... que me... que me emociona... ser reconhecido... é isso.

E assim terminamos nossa entrevista com Fernando. Ao final, reconhecemos que a primeira grande mudança se deu quando Fernando começou a perceber um algo a mais na esquizofrênica, e só então foi possível se inserir na militância, de onde tirou subsídios para ir em busca de melhores condições de tratamento e para enfrentar o absurdo da psicose.

Percebemos o quanto a militância foi importante para que ele pudesse tratar das questões do filho, em busca de melhores condições de tratamento, como também foi importante para se encontrar diante da psicose. Fernando poderia ter representado a personagem do familiar que nada sabe, tudo obedece e muito sofre, mas diante das condições que lhe foram apresentadas, optou por participar do processo. Fez história na Reforma Psiquiátrica. A participação política ultrapassou a personagem pai-de-um-esquizofrênico, mas sem que fosse esquecido a origem de sua luta por reconhecimento.

Fernando sabe que sua condição como familiar não é semelhante à de outros, sua condição econômica lhe permitiu participar de uma forma tão intensa e tão enriquecedora. Agora, a personagem pai-de-um-esquizofrênico está mudando, exigindo outras formas de ser representada, até o momento em que ela ficará apenas na memória, ainda que formando a identidade, mas dando espaço para novas representações que já estão sendo ensaiadas.

Quanto à isso, Fernando sabe que é no cotidiano que a arte acontece, é nele que o palco da vida acenderá novamente as luzes, abrirá suas cortinas e Fernando representará outras personagens:

Agora o grande momento enriquecedor pra mim, foi essa outra vida que eu vi, tava na minha cara e eu não tava vendo [...] eu ia muito ao cinema, eu ia muito ao teatro... no teatro eu ia ver aqueles monstros sagrados, Cacilda Becker, Valmor Chagas, Paulo Autran, hoje eu não tenho mais vontade, eu descobri que o grande teatro é a própria vida, a rua é o teatro [...]

Diferente de Laura, Fernando apresenta uma crítica sobre os resultados da Reforma Psiquiátrica, ainda que hoje faça a opção de contar na maior parte do tempo as boas lembranças que remetem a sua experiência militante. De um interesse em conhecer mais sobre a condição de saúde de seu filho “... o que a esquizofrenia poderia ser...”, transformou-se num militante que contribuiu para a reforma psiquiátrica, permanecendo até os dias atuais, após a morte do filho, de forma a ajudar outras pessoas, ciente dos direitos que todos tem como cidadão, assim como seu valor nesse processo.

Talvez as nossas entrevistas dê a sensação de que poucas personagens comporam as identidades de Laura e Fernando. Para isto, temos dois entendimentos que se completam: nosso foco foi a personagem evidenciada na participação política, por isso, as histórias contadas e as demais personagens que chegamos a conhecer, somente se apresentaram para dar um sentido à personagem principal.

Nosso segundo entendimento, é de que, em certa medida, as personagens pai-de-um-esquizofrenico e Laura-participante mantiveram-se por longos anos sendo repostas. Se a mesmice da identidade é a reposição da mesma personagem, impedindo suas metamorfoses, em Laura e Fernando ela acontece de forma positiva. Como afirma Almeida (2005) sobre a mesmice que ocorre como possibilidade de resistir frente aos problemas da vida ou às imposições de personagens pressupostos a partir de políticas de identidades. Laura e Fernando resistiram por anos a favor de um reconhecimento para eles e para aqueles que sofrem com a exclusão social da loucura.

5 Apontamentos finais

Nosso objetivo foi apresentar as mudanças que ocorrem na identidade de militantes da luta antimanicomial. Inicialmente tínhamos a intenção de apresentar como essas metamorfoses se dão em militantes usuários dos serviços de saúde mental com algum diagnóstico de sofrimento psíquico e familiares de usuários. Devido as dificuldades do primeiro grupo em narrar suas histórias, optamos por apresentar as histórias de vida de Laura e Fernando, o que não nos impede de verificar o caráter emancipatório da luta antimanicomial, confirmando o que Honneth afirmava sobre a própria organização coletiva em busca de reconhecimento, por si só, permitir algumas transformações, ou se preferimos, algumas metamorfoses emancipatórias. Claro que se o objetivo final, o reconhecimento, não for obtido, tal luta cairá numa reposição de relações que podem obstruir a superação de condições de sofrimento e exclusão.

A luta antimanicomial transita entre esses dois polos: de um lado a emancipação pode ser vislumbrada como objetivo possível na prática cotidiana e nas pretensões futuras, mudanças concretas e melhorias ocorreram de fato; por outro lado algumas personagens continuam sendo repostas em cenários diversos, como lembrou Laura sobre os capscômios e sua reprodução das relações dos manicômios em serviços substitutivos (ainda que não entendesse o trocadilho e a crítica da amiga Rosana), ou Fernando que criticou os usuários e familiares que tentam igualar seus discursos aos técnicos, deixando escapar a verdade existente em suas falas, como também não reconhecendo que para se inserir na luta, foi necessário negar sua personagem e tentar se assemelhar à personagem especialista. Que isto não seja entendido como uma ofensiva às mudanças conquistadas, pois sabemos que a luta antimanicomial é um processo que busca não somente aumentar o número de serviços extra-hospitalares, sua luta está no campo das relações sociais, do reconhecimento e da desconstrução de uma memória da loucura que pouco permite sua inserção nos espaços públicos.

Tanto Laura como Fernando apresentaram mudanças proporcionadas pela participação política. Laura, da menina-que-não-queria-sair-da-mãe ficou uma timidez que lhe acompanhou durante a vida, nas demais personagens que representou, ainda assim, é por meio do convite da amiga Rosana (personagem importante nas metamorfoses de Laura) que a timidez se revelou em apoio. Laura tem a oportunidade de aprender sobre saúde mental – ainda que a leitura crítica não seja tão profunda – passa a ser reconhecida por sua contribuição

e mesmo após o fim do “trabalho” na Associação, ainda é reconhecida pela atividade desenvolvida no passado.

Ainda que seja em Fernando que encontramos a afirmação de que agiu a vida toda com pouca consciência de seu fazer e que em sua revolta (que entendemos como uma revolta contra as opressões que são naturalizadas) estava a chave para o absurdo de viver, é em Laura que a ausência desta consciência é mais sentida. O que nos mostra que há percepções e mudanças diferentes entre aqueles que participam numa mesma luta social, afirmando a heterogeneidade existente em movimentos sociais e que, em nosso caso, supera a distinção entre trabalhador, usuário e familiar.

Quanto ao Fernando, o diagnóstico do filho se transformou em um “divisor de águas” em sua vida. Mas a emancipação possibilitada pela participação política lhe permitiu não ocupar os espaços já definidos pelos saberes médicos quando começou a entender o que era a esquizofrenia. A partir disso não aceitou representar a personagem reposta do familiar e ensaiou novas formas possíveis de ser o pai-de-um-esquizofrênico.

De uma mesmice que oprime para uma mesmice que resiste: Fernando pode fazer a troca exata e deixar o lugar de familiar que nada sabe para representar o pai-de-um-esquizofrênico que persiste mesmo com os problemas que a saúde mental apresentou ao longo dos anos, mesmo com a perda do filho tão repentina, podendo agora reconhecer os avanços conquistados, ainda que mágoas não tenham sido esquecidas.

É possível perceber nas histórias que as mudanças nas personagens ocorriam conforme a tomada de consciência: Laura e o aprendizado obtido após várias reuniões, Fernando percebendo como deveria negociar dentro do hospital em que seu filho estava internado. Processos que evidenciaram a mesmidade e que levou à superação de condições anteriores, onde o pouco conhecimento não permitia emancipações efetivas.

É pelo entendimento presente na ação que a metamorfose acontece: Laura foi se aproximando da saúde mental conforme foi aprendendo, Fernando quando começa a entender e permite assumir a nova personagem. O aprendizado proporcionado pela participação política forneceu condições para que ambos tivessem um conhecimento que por outras vias não seria possível: Laura reconhece que a vivência no movimento social, e posteriormente na Associação, permitiu que hoje ela não seja aquela senhorinha que fica em casa e sem conhecimento; Fernando afirma que poderia ser o que ele chama de velinho chato cuidando de um cachorrinho. Das possibilidades de representação que é dada aos idosos, a personagem passiva, com as relações sociais reduzidas, geralmente fechada em sua casa, ainda é uma das

mais frequentemente impostas e da qual Laura e Fernando conseguem escapar, criando novas formas de vida.

Laura e Fernando materializam relações sociais em suas histórias de vida, demonstrando que das identidades produzidas pela participação política encontramos sujeitos que se emanciparam e que utilizaram suas experiências em prol de uma coletividade, apesar da diferença de consciência do fazer político.

Longe de tentar responder as questões iniciais somente por meio das histórias de Laura e Fernando, reconhecemos que outras histórias devem ser contadas, mas afirmamos que as histórias de vida de ambos nos fornecem elementos para reconhecermos que o aprendizado disponível por meio da participação política se mostra como condição para a superação do lugar ocupado pela loucura nas relações sociais, seja pelas mudanças produzidas no social, sejam as consequentes metamorfoses produzidas nos sujeitos. Laura e Fernando permitiram verificar que as experiências coletivas de luta por reconhecimento proporcionaram emancipações, superações de condições socialmente determinadas em troca de novas identidades pessoais que podem transformar o social.

Mas as metamorfoses continuam acontecendo e por isto arriscamos pontuar algo que não foi discutido teoricamente, e que indica novas possibilidades de mudança na formação da personagem militante:

No final do mês de maio deste ano, ocorreu na cidade do Rio de Janeiro o X Encontro Nacional do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial e o XI Encontro Nacional de Usuários e Familiares do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial. Foi possível verificar novamente a tensão existente entre usuários e familiares de um lado e trabalhadores do outro, repetindo-se mais uma vez o “eterno conflito” da militância antimanicomial. Porém, diferente de outras épocas, foi possível perceber – em número ainda muito pequeno – pessoas que em outra época de suas vidas foram diagnosticadas com algum transtorno mental e posteriormente, já em melhores condições, cuidaram de algum familiar que veio a adoecer ou começaram a trabalhar em serviços de atenção em saúde mental, ou em outros espaços representativos, como os Conselhos de Saúde¹⁹. Diante desse cenário, é possível sugerir que a distinção entre trabalhador, usuário e familiar vem diminuindo no âmbito da saúde mental e, inicialmente parece apontar para novos caminhos, novas formas de

¹⁹ Apesar de não utilizarmos todas as entrevistas realizadas durante a pesquisa do mestrado, destacamos que Paulo – do qual utilizamos apenas um trecho de sua entrevista – e Carlos, outro participante da pesquisa, são usuários dos serviços de saúde mental que também atuam em outros espaços representativos. Mas não nos esqueçamos de que, como pontuado anteriormente, seus discursos ficaram limitados a reproduzir a crítica já existente dentro dos coletivos antimanicomiais, sem que suas histórias de vida pudessem ser contadas.

se entender essa relação e como ela pode ser promotora (ou não) de emancipações. Diante de um cenário ainda recente, afirmamos que isso é outra história...

Referências

ALMEIDA, J. A. M. **Sobre a Anamorfose: identidade e emancipação na velhice.** 2005. 232 f. Tese (Doutorado em Psicologia Social) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2005.

AMARANTE, P. D. D. C. Asilos, alienados, alienistas: uma pequena história da psiquiatria no Brasil. In: AMARANTE, P. D. D. C. **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994. p. 73-84.

AMARANTE, P. D. D. C.; (COORD.). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil.** 2º ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2013.

ANSARA, S. **Memória Política da Ditadura Militar e Repressão no Brasil: uma abordagem psicopolítica.** . 2005. 407 f. Tese (Doutorado em Psicologia Social) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2005.

ASSIS, M. **O Alienista.** São Paulo: Editora Ática, 2007.

BIRMAN, J. **A Psiquiatria como discurso da moralidade.** Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

BOSI, E. **Memória e sociedade: lembranças de velhos.** 3 ed. - São Paulo: Companhia das Letras, 1994.

BRASIL, Decreto nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923. Crea, em cada uma das empresas de estradas de ferro existentes no país, uma caixa de aposentadoria e pensões para os respectivos empregados. **Consolidação de Leis do Brasil**, Rio de Janeiro, RJ, v. 1, p. 126. Disponível em: http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/Viw_Identificacao/DPL%204.682-1923?OpenDocument>. Acesso em 15 de janeiro de 2014.

BRASIL. Decreto-Lei nº 3.138, de 24 de março de 1941. Dispõe sobre a prestação de assistência médica, pelos Institutos e Caixas de Aposentadoria e Pensões, aos doentes mentais que forem seus segurados ou associados. **Consolidação de Leis do Brasil**, Rio de Janeiro, RJ, v. 1, p. 342. Disponível em: <http://legis.senado.gov.br/legislacao/ListaTextoIntegral.action?id=8365&norma=18729>>. Acesso em 15 de janeiro de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria N° 224/92/MS. Brasília: MS, 1992.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 06 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. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 09 abr. 2001. Seção 1, p. 2.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO A SAÚDE. DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 86p.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DAPE. COORDENAÇÃO GERAL DE SAÚDE MENTAL. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS: Brasília. novembro de 2005.

CASTEL, R. **A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo**. Tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque. 2º. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

CASTELLS, M. **O poder da identidade**. São Paulo: Paz e Terra, v. II, 1999.

CESARINO, A. C. Uma experiência de saúde mental na prefeitura de São Paulo (Projeto de Ações Integradas de Saúde Mental na Zona Norte do Município de São Paulo: uma gestão democrática de um projeto público de saúde mental). In: LANCETTI, A. **SaúdeLoucura**. São Paulo: Hucitec, 1989. p. 3-32.

CIAMPA, A. D. C. **A estória do Severino e a história da Severina: um ensaio de psicologia social**. 2º ed. São Paulo: Brasiliense, 1990.

_____. Políticas de Identidade e Identidades Políticas. In: DUNKER, C. I. L.; PASSOS, M. C. **Uma Psicologia que se interroga: ensaios**. São Paulo: Edicon, 2002. p. 133-144.

_____. A identidade social como metamorfose humana em busca de emancipação: articulando pensamento histórico e pensamento utópico. **Trabalho apresentado no XXIX Encontro da Sociedade Interamericana de Psicologia - SP**, Lima, 2003. (mimeo).

_____. Identidade. In: LANE, S. T. M.; CODO, W. **Psicologia Social: o homem em movimento**. São Paulo: Brasiliense, 2012. p. 58-75.

CORRÊA, M. Nina Rodrigues e a "garantia da ordem social". **REVISTA USP**, São Paulo, n.68, p. 130-139, dezembro/fevereiro 2005-2006.

COSTA, J. F. **História da Psiquiatria no Brasil: um corte ideológico**. 4.ed. rev. e ampliada. Rio de Janeiro: Xenon, 1989.

_____. **Ordem médica e norma familiar**. 5°. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2004.

CUNHA, M. C. P. **O espelho do mundo - Juquery, a história de um asilo**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

ESCOREL, S.; NASCIMENTO, D. R. D.; EDLER, F. C. As origens da Reforma Sanitária e do SUS. In: LIMA, N. T.; (ORG) **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p. 59-82.

FARINA, P. **Criando links, tecendo redes, fortalecendo elos: da atenção básica à saúde mental - a construção de uma clínica**. 2011. 79 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2011.

FOUCAULT, M. (.). **Eu, Pierre Rivière, que degolei minha mãe, minha irmã e meu irmão. um caso de parricídio no século XIX**. Tradução de D. L. Almeida. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2007.

_____. **História da loucura na Idade Clássica**. 8°. ed. São Paulo: Perspectiva, 2008.

_____. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2010.

GOFFMAN, E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. Rio de Janeiro: Guanabara, 2008.

GONÇALVES, R. C.; LISBOA, T. K. Sobre o método da história oral em sua modalidade trajetórias de vida. **Rev. Katál**, Florianópolis, v. 10 n. esp. 2007, p. 83-92.

HABERMAS, J. A nova intransparência. **Novos Estudos CEBRAP**, n° 18, setembro, p. 103-114, 1987.

_____. New Social Movements. In: RUGGIERO, V.; MONTÁGUA, N. **Social Movements: a reader**. New York: Taylor & Francis (Routledge), 2008. p. 201-205

_____. **Teoria do agir comunicativo:** sobre a crítica da razão funcionalista. Tradução de Flávio Beno Siebeneichler. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, v. II, 2012.

HALBWACHS, M. **A memória coletiva.** Tradução de Beatriz Sidou. 2°. ed. São Paulo: Centauro, 2003.

HONNETH, A. **Luta por reconhecimento:** a gramática moral dos conflitos sociais. São Paulo: Ed. 34, 2003.

JELIN, E. ¿De que hablamos cuando hablamos de memórias? In: JELIN, E. **Los trabajos de la memória.** Madrid: Siglo XXI, 2002. p. 17-38.

JELIN, E.; LANGLAND, V. Introducción. Las marcas territoriales como nexo entre pasado y presente. In: JELIN, E.; LANGLAND, V. **Monumentos, memoriales y marcas territoriales.** Madrid: Siglo XXI de España Editores, 2003. p. 1-18.

LANCMAN, S. **Loucura e espaço urbano:** um estudo sobre as relações Franco da Rocha - Juqueri. 1995. 272 f. Tese (Doutorado em Saúde Mental) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1995.

LIMA, N. T.; FONSECA, C. M. O.; HOCHMAN, G. A saúde na construção do Estado Nacional no Brasil: Reforma Sanitária em perspectiva histórica. In: LIMA, N. T.; (ORG) **Saúde e Democracia:** história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 27-58.

LIMA, A. F. **Metamorfose, anamorfose e reconhecimento perverso:** a identidade na perspectiva da Psicologia Social Crítica. São Paulo: FAPESP, EDUC, 2010.

_____. História Oral e Narrativas de História de Vida: a vida dos Outros como material de pesquisa. In: LIMA, A. F.; LARA JUNIOR, N. **Perspectivas Metológicas em Psicologia Social Crítica.** Porto Alegre: Sulina, 2014. (no prelo).

LOBOSQUE, A. M. Loucura, Ética e Política: algumas questões de ordem da luta antimanicomial. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Loucura, Ética e Política:** escritos militantes. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. p. 20-30.

LÜCHMANN, L. H. H.; RODRIGUES, J. O movimento antimanicomial no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 12(2): 399-407, 2007.

LUZ, M. T. **As instituições médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia.** Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

LUZIO, C. A.; L'ABBATE, S. A reforma psiquiátrica brasileira: aspectos históricos e técnico-assistenciais das experiências de São Paulo, Santos e Campinas. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v. 10, n.20, p. 281-98, jul/dez 2006.

MELUCCI, A. **A invenção do presente: movimentos sociais nas sociedades complexas.** Petrópolis: Vozes, 2001.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento científico: pesquisa qualitativa em saúde.** 8ª Edição. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

NORA, P. Entre memória e história: a problemática dos lugares. **Revista do Programa de Estudos Pós-Graduados em História e do Departamento de História da PUC-SP**, São Paulo, v. 10, p. 7-28, dez 1993.

PAIM, J. S. **O que é o SUS.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

PEREIRA, M. F. A participação dos usuários. In: CONSELHO FEDERAL DE

PSICOLOGIA. **Loucura, Ética e Política: escritos militantes.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. p. 72-83.

PESSOTTI, I. **O século dos manicômios.** São Paulo: Ed. 34, 1996.

POLLAK, M. Memória, esquecimento, silêncio. **Estudos Históricos**, Tradução de Dora Rocha Flaksman. Rio de Janeiro, v. 2, n.3, p. 3-15, 1989.

_____. Memória e identidade social. **Estudos Históricos**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 10, p. 200-212, 1992.

QUEIROZ, M. I. P. D. Relatos orais: do indizível ao dizível. **Ciência e Cultura**, São Paulo, v. 39. n.3, p. 272-286, mar., 1987.

RICHARD, N. Políticas da memória e técnicas de esquecimento. In: MIRANDA, W. **Narrativas da modernidade.** Belo Horizonte: Autêntica, 1999. p. 321-338.

ROSA, A.; BELLELLI, G.; BAKHURST, D. Representaciones del pasado, cultura personal e identidad nacional. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 34, n.1, p. 167-195, jan./abr. 2008.

ROTELLI, F. Superando o manicômio: o circuito psiquiátrico de Trieste. In: AMARANTE, P. D. C. **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

SADER, E. **Quando novos personagens entraram em cena: experiências, falas e lutas dos trabalhadores da Grande São Paulo, 1970-1980**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988.

SANTOS, M. R.; PIERANTONI, C. R.; SILVA, L. L. Agentes comunitários de saúde: experiências e modelos do Brasil. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 20 [4]. 2010. p. 1165-1181.

SCARCELLI, I. R. **O movimento antimanicomial e a rede substitutiva em saúde mental: a experiência do município de São Paulo: 1989-1992**. 1998. 149 f. Dissertação. (Mestrado em Psicologia Social) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 1998.

SILVA, T. T. A produção social da identidade e da indiferença. In: SILVA, T. T. **Identidade e diferença: a perspectiva dos estudos culturais**. Petrópolis: Vozes, 2000. p. 73-102.

SILVA, M. V. D. O. S. O movimento da luta antimanicomial e o movimento dos usuários e familiares. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Loucura, ética e política: escritos militantes**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. p. 84-111.

TEIXEIRA, E. C. As dimensões da participação cidadã. **Caderno CRH**, Salvador, n. 26/27, p. 179-209, jan/dez 1997.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **História, Ciências, Saúde**, Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 9(1): 25-59, jan-abr 2002.

TOURAINE, A. An introduction to the study of social movements. In: RUGGIERO, V.;

MONTÁGUA, N. **Social Movements: a reader**. New York: Taylor & Francis (Routledge), 2008. p. 212-217

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

_____. Perfil das organizações de usuários e familiares no Brasil, seus desafios e propostas. **Cad. Bras. Saúde Mental**, Vol 1, nº1, jan-abr. 2009 (CD ROM).

VIEIRA, L. M. F.; LIMA, N. M. Concepção do coletivo, participação comunitária e transformação social pela saúde. In: TEIXEIRA, S. M. F. **Projeto Montes Claros: a utopia revisitada**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995. p. 61-80.

Anexo A - O absurdo de viver

Texto elaborado por Fernando

Foi uma angústia a vida toda do [nome do filho]. Era um mal-estar, um desassossego, sempre presente em sua vida. A morte para ele, foi a libertação. Para mim, é difícil falar disso. Sinto muito a sua falta. Sinto que não consegui amenizar sua dor existencial. A morte seria o caminho inexorável, para que encontrasse a paz. Apesar de sua angústia ele viveu a vida, na mais profunda aceção do que se possa entender o que seja estar vivo e, em total liberdade. Estou me referindo à liberdade, no seu sentido filosófico. Apesar de sua angústia, ele foi livre, absolutamente livre. Só agora compreendo o que é ser livre - aprendi com ele. Não falo aqui, nem em crenças, nem de metafísica, nada disso... Afinal, a vida merece ou não, ser vivida? Esta foi a questão principal, para Camus, assim como, para [nome do filho]. Não foi um suicídio, mas, foi uma saída para sua angústia. Quem poderá dizer que o suicídio, algum dia, não viria a acontecer? "Viver sofrendo é inútil!" [Nome do filho] nunca teve clareza de que a vida é um absurdo! Não percebia que empurrava uma pedra morro acima, mas que, quando acreditava ter conseguido alcançar a sua meta, a pedra rolava, morro abaixo (a metáfora da crise), conforme o mito de Sísifo, que recebeu de Zeus como castigo, empurrar uma grande pedra morro acima, eternamente. Por suas paixões e seus desesperos, a vida dele, me parecia um absurdo, o qual tentei contornar, através de conselhos, companhia, amor, psiquiatria, medicação, meditação, etc. Para ele, tudo parecia impossível. A vida é mais forte que a doença, porém, eles não tem consciência disso. Sabem, mas não conseguem expressar o horror que sentem, o absurdo que é viver uma crise psicótica. Nada, nem médicos, nem psicólogos, nem psicanalistas, nem pais-de-santo, ninguém mesmo, conseguiria amenizar esse absurdo que é a vida, vivida por um psicótico. Ver e constatar meu filho morto na minha frente, foi o absurdo dos absurdos, total, irretorquível e definitivo. Psicose e absurdo, não sei se me faço entender... Vivi esta situação limite, do absurdo da psicose, sendo mostrado diante de mim. Presenciei-o de frente. Encarei-o. Nada mais poderá ser absurdo para mim. Ele desejava respostas para o significado da vida. Não as obteve nunca. Em nossas conversas, sempre dizia: - "A vida é eterna, não é pai?". Essa foi a sua grande ilusão. Por isso sua vida, até a sua morte, foi um absurdo! No meu entender, acredito que, para ele, a vida valia a pena ser vivida, apesar de termos conversado algumas vezes, sobre suicídio e, de um dia tê-lo tirado, já com o pé no parapeito de uma janela de um oitavo andar e, em outro momento, encontrá-lo desmaiado, depois de ter ingerido uma caixa inteira de um dos seus medicamentos. Ele viveu em estado de extrema angústia e solidão, questionando o mundo à sua volta sem encontrar respostas, num estado de estranheza, mergulhado em um mundo fictício, criado sobre os alicerces de suas alucinações. As questões da existência humana sempre o fascinaram muito. Percebo, somente agora, quantas questões relevantes ele abordou comigo sem que eu me desse conta da sua importância, ou que, mesmo percebendo, não saberia como respondê-las. Achava que teríamos muito tempo, todo o tempo do mundo. Achava que teríamos a vida toda para conversar...

"A vida é eterna, não é pai?" era a sua pergunta e, ao mesmo tempo... sua afirmação.

Este é um momento, um desabafo. Tenho outras lembranças lindas, alegres, divertidas, carinhosas, amorosas, cheias de ternura. Ríamos muito, gargalhávamos, até. Foi uma linda companhia, essa. Foi um ente iluminado, um ente encantado, com quem aprendi muito...

Faz um mês! A dor, o espanto e a lembrança continuam presentes.

[Fernando]

[nome de sua companheira]