
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO

DISSERTAÇÃO-FÍLMICA
Cinema, loucura e resistência

Rafael Christofolletti

Dissertação apresentada ao Instituto de Biociências do Campus de Rio Claro, Universidade Estadual Paulista, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Educação.

Agosto - 2012

RAFAEL CHRISTOFOLETTI

DISSERTAÇÃO-FÍLMICA
Cinema, loucura e resistência

Dissertação apresentada ao Instituto de Biociências do Campus de Rio Claro, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Educação.

Orientador: Prof. Dr. César Donizetti Pereira Leite

Rio Claro
2012

371.9 Christofolletti, Rafael
C556d Dissertação-filmica: cinema, loucura e resistência / Rafael
Christofolletti. - Rio Claro : [s.n.], 2012
127 f. : il., fots.

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista,
Instituto de Biociências de Rio Claro
Orientador: César Donizeti Pereira Leite

1. Educação especial. 2. Saúde mental. 3. Produções
imagéticas . 4. CAPS - Santa Gertrudes/SP. 5. Biopolítica. I.
Título.

Em memória do meu querido vô Gusto, o Gustão, pelos ensinamentos cotidianos de uma vida alegre...

Em memória da Lê Redfoot, minha querida amiga Janis de Santa, ou Lelanda, para os íntimos, pelos encontros e estórias tão intensas...

AGRADECIMENTOS

À minha família, principalmente, meu pai e minha mãe, pelo incondicional apoio nas minhas diferentes (e malucas) empreitadas.

À CAPES pelo financiamento desse trabalho.

Ao pessoal do CAPS de Santa Gertrudes pelos encontros, lutas, risadas e experiências muito loucas.

À Nau dos loucos do 1-mago pelos encontros, brincadeiras, discussões e amizades lembradas aqui na pessoa da Luana e da mana Silmara.

Ao querido (des)orientador e companheiro de viagens César Leite por compartilhar dessa arriscada travessia que é a experiência da pesquisa.

RESUMO

O presente trabalho se apresenta como uma dissertação-fílmica (DF) e surge de encontros entre alguns trabalhos desenvolvidos no campo da Saúde Mental, do cinema, de produções imagéticas e de possibilidades de produções de sentidos. A DF está dividida em três partes (pré-produção, produção e pós-produção) e vem a ser uma montagem de cenas com *plano-fragmentos* – miniensaios produzidos com imagens, textos, diálogos, filmes, músicas etc. – em cinco cenas a partir de sessões de cinema e produções de imagens realizadas com usuários de saúde mental do CAPS I de Santa Gertrudes. Problematiza-se, sobretudo, a loucura e a Reforma Psiquiátrica em um contexto de sociedade de controle.

Palavras-chave: Cinema. Dissertação-fílmica. Loucura. Saúde mental. Sociedade de controle.

ABSTRACT

This work is presented as a paper-film (DF) and comes from meetings between some work done in the field of Mental Health, cinema, productions of images and possibilities of production of meanings. This DF is divided in three parts (pre-production, production and post-production) and becomes a montage of scenes with *plano-fragmentos* – mini-essays produced with images, texts, conversations, movies, music etc. – in five scenes from film sessions and image productions with mental health users from CAPS I Santa Gertrudes. It questions, above all, insanity and psychiatric reform in the context of a society of control.

Key-words: Cinema. Control society. Essay-film. Mental health. Madness.

Vamos fazer um filme...

Renato Russo

SUMÁRIO

PRÉ-PRODUÇÃO.....	11
Sinopse.....	12
Argumento.....	13
Dissertação-fílmica como possibilidade de reportar.....	14
Travessia de experimentação.....	23
P. Treta.....	27
Um encontro muito louco.....	28
PRODUÇÃO.....	34
Dissertação-fílmica: o que as imagens nos provocam a ler.....	35
CENA I.....	40
Higienização social.....	40
PLANOFRAGMENTO.....	40
Bicho de Sete Cabeças.....	40
PLANOFRAGMENTO.....	44
Conversando com o Bicho de Sete Cabeças.....	44
PLANOFRAGMENTO.....	48
A internação na Idade Clássica e a Cracolândia no século XXI.....	48
PLANOFRAGMENTO.....	51
É a economia (e a moral), estúpido!.....	51
CENA II.....	54
A loucura.....	54
PLANOFRAGMENTO.....	54
A moral, a medicina e os contos proibidos do Marquês de Sade.....	54

PLANOFRAGMENTO.....	57
Dor e Sofrimento.....	57
PLANOFRAGMENTO.....	60
Experiências da loucura.....	60
PLANOFRAGMENTO.....	64
Escândalo, animalidade e o rosto da besta.....	64
CENA III.....	68
A REFORMA PSIQUIÁTRICA.....	68
PLANOFRAGMENTO.....	68
E os dias passando.....	68
PLANOFRAGMENTO.....	71
As transformações psiquiátricas no século XX.....	71
1. Comunidade Terapêutica e Psicoterapia Institucional.....	71
2. Psiquiatria de Setor e Psiquiatria Preventiva e Antipsiquiatria.....	72
3. Psiquiatria Democrática.....	73
PLANOFRAGMENTO.....	75
As dimensões da reforma psiquiátrica.....	75
PLANOFRAGMENTO.....	77
O caso Brasil.....	77
PLANOFRAGMENTO.....	80
A loucura das práticas médicas.....	80
PLANOFRAGMENTO.....	84
Medicalização e controle.....	84
PLANOFRAGMENTO.....	89
Terminando a conversa com o Bicho de Sete Cabeças.....	89
CENA IV.....	92

IV FEIRA DE ECONOMIA SOLIDÁRIA E SAÚDE MENTAL.....	92
PLANOFRAGMENTO.....	92
<i>Vamos a la playa?</i>	92
PLANOFRAGMENTO.....	94
TPF: Tensão-Pré-Freira	94
PLANOFRAGMENTO.....	96
<i>Alegria e política</i>	96
PLANOPRAGMENTO	99
<i>Psicanálise e Subjetividade</i>	99
PLANOFRAGMENTO.....	104
<i>Saúde Mental e trabalho</i>	104
CENA IV.....	105
<i>CAPS, cotidiano e produção de loucura</i>	105
PLANOFRAGMENTO.....	105
<i>Você não foi pro Bezerra?</i>	105
PLANOFRAGMENTO.....	107
<i>O rolê do CAPS</i>	107
PLANOFRAGMENTO.....	109
<i>Pesquisa científica e vozes em silêncio</i>	109
PLANOFRAGMENTO.....	112
<i>Saúde mental e micropolítica</i>	112
PÓS-PRODUÇÃO	118
<i>Dissertação-fílmica: imagens, loucura e minoridade</i>	119
Referências	125

PRÉ-PRODUÇÃO

Sinopse

O presente trabalho se apresenta como uma dissertação-filmica e está dividida em três partes (pré-produção, produção e pós-produção) e vem a ser uma montagem de cenas com *planofragmentos* a partir de algumas sessões de cinema e de produções de imagens realizadas com usuários de saúde mental do CAPS I de Santa Gertrudes. Problematiza-se, sobretudo, a loucura e a Reforma Psiquiátrica em um contexto de sociedade de controle.

Argumento

Esta *dissertação-fílmica* surge de encontros entre alguns trabalhos desenvolvidos no campo da Saúde Mental, do cinema, de produções imagéticas e de possibilidades de produções de sentidos a partir de montagens. Essa proposta surge dos modos com que trabalhei com os usuários do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS I) – município de Santa Gertrudes –, e pode ser apresentada em momentos que juntos assistíamos filmes (*Bicho de Sete Cabeças* e *A vida é bela*) e que produzíamos imagens a partir do uso *livre* de câmeras filmadoras e fotográficas.

Enquanto no *cinema tradicional* os enredos, personagens e narrativas são lineares, previstos, pré-estabelecidos (dados *a priori*), aqui estes elementos tomaram corpo ao longo do processo de pesquisa, conforme o cotidiano (dinâmico e múltiplo) do serviço e das possibilidades que se apresentavam decorrentes dos encontros com os usuários e a coordenação do serviço.

Os usuários que assistiram ao primeiro filme não necessariamente assistiram ao segundo, assim como os que filmaram no CAPS não necessariamente o fizeram em viagem realizada à São Paulo, rumo à *IV Feira de Economia Solidária e Saúde Mental*. Além de diferentes personagens, diferentes enredos e narrativas foram sendo tecidos ao longo do percurso com, inclusive, mudanças no cronograma de pesquisa como no ordenamento das atividades a serem desenvolvidas.

Assim como o processo cinematográfico, o presente trabalho está organizado em três momentos – pré-produção, produção e pós-produção –, mas se diferencia principalmente pelo fato de não estabelecer um roteiro prévio e minucioso como um roteiro técnico. A produção é composta por cinco cenas constituídas a partir de montagens do que venho a chamar de *planofragmentos* – uma espécie de *miniensaíais*, uns maiores e outros menores, uns mais imagéticos, outros mais conceituais, mas todos fruto de composições ora com textos, ora com imagens, trechos de filmes, músicas, enfim, montados com objetivo de produção de sentidos a partir de uma série de problemáticas suscitadas relativas ao controle, loucura, saúde mental e reforma psiquiátrica em uma perspectiva de transversalidade e subversão à lógica de compartimentalização dos saberes e fazeres cinematográfico e do meio científico.

Dissertação-fílmica como possibilidade de reportar

Na primeira exibição da história do cinema, em 1895, dizem que um grupo de pessoas entrou em pânico e, desesperadamente, correu para o fundo da sala com medo do trem que, imaginavam, sairia da tela. Com *A chegada do trem à estação Ciotat* (e outros *curtas*) os irmãos Lumière apresentavam ao mundo os primeiros atos cinematográficos. Mesmo sendo de curtíssima duração, com apenas alguns poucos minutos, em plano fixo imóvel¹ e de caráter estritamente documental, mostrando cenas do cotidiano, já acenavam para a potência da emergência dessa nova arte em afetar e mobilizar intensamente as pessoas.

Rapidamente o cinema se alastrou pela Europa, Estados Unidos e América Latina, desencadeando uma verdadeira revolução tecnológica na área. A princípio, os filmes eram mudos e, geralmente, exibidos acompanhados de música ao vivo, fato que ainda na década de 20 se modificou, com a conquista da sincronização do som com a imagem. A partir daí as inovações não pararam mais e, com o tempo, a ideia de montagem e os efeitos especiais, ganharam uma dimensão cada vez maior.

Hoje em dia, em plena era digital e de disseminação de uma série de novas câmeras fotográficas e filmadoras (a preços mais baixos), tem-se *popularizado*² uma nova relação com a imagem, que é a da produção propriamente dita. Com os celulares multifuncionais, por exemplo, qualquer um tem a condição de deixar de ser um mero espectador e produzir suas próprias imagens.

Com a emergência de um mercado cada vez mais lucrativo, instaurou-se um processo de divisão social da produção no fazer cinematográfico – à semelhança do processo fabril com a divisão social do trabalho – e a especialização na área com a separação e compartimentalização de uma série de atividades (e saberes) com o objetivo de dar mais celeridade e otimização ao processo³. Isso é verificado nas chamadas funções cinematográficas básicas consideradas fundamentais para a realização de qualquer projeto cinematográfico: direção, produção – a que nos

¹ O peso do equipamento cinematográfico de produção impedia qualquer tipo de mobilidade.

² Mesmo a preços mais baixos é importante reconhecer que o acesso a tais equipamentos pode ainda ser considerado elitizado – logicamente, muito menos que algumas décadas atrás, haja vista grande parte da população mundial sequer ter condições mínimas de sobrevivência. Recordo-me do documentário brasileiro *Garapa*, que apresenta uma versão abrasileirada da fome e da miséria no sertão semiárido brasileiro, onde o diretor José Padilha acompanha o dia a dia de três famílias que padecem de fome crônica no interior do Ceará.

³ Essa tem sido uma característica observada, sobretudo, mas não apenas, na produção cinematográfica *hollywoodiana*.

ateremos brevemente, apenas a critério de ilustração – fotografia, arte, som, montagem e finalização⁴.

O Diretor, como o criador da obra cinematográfica, é a pessoa que coordena os diferentes processos da produção cinematográfica, desde o início, na análise, interpretação e adequação do roteiro, escolha de locações, atores, figurinos, cenografias, equipamentos, até a edição final. Antigamente, ele fazia tudo: escrevia suas próprias histórias, produzia, filmava, montava o filme e às vezes até atuava. Hoje, ainda cabe a ele a maior responsabilidade no processo de construção do projeto cinematográfico. A partir da ideia de indústria do cinema, entretanto, ele adquire uma postura mais de gerente de fábrica do que de artista de fato, por vezes se relacionando de maneira hierarquizada com os demais *departamentos*, com o objetivo voltado a uma lógica pautada por interesses comerciais e maximizadores de lucro.

Nesse contexto, ganha maior importância a esfera da produção na figura do produtor do filme. Esse pode ser a pessoa que irá à busca de verbas para financiamento do projeto – produtor executivo – ou simplesmente o encarregado pelos aspectos *organizacionais* do filme, quem administra os recursos humanos, técnicos, artísticos e materiais e junto com o diretor, realiza a análise técnica do roteiro com o objetivo de racionalizar e viabilizar (financeiramente) a execução de um projeto.

Inicialmente, diz-se que é necessário se ter um roteiro: uma estória/narrativa que se dará em sequências de ações e que vai servir de base para a produção de um filme. É a partir dele que se desencadeia todo o restante da cadeia cinematográfica. Segundo o *Manual de Produção da Academia Internacional de Cinema* (2010), o Roteirista⁵ “cria, a partir de uma ideia, texto ou obra literária, sob forma de argumento ou roteiro cinematográfico, narrativa com sequencias de ação, com ou sem diálogos, a partir da qual se realiza o filme”. Ou seja, o roteiro vai

⁴ Baseamo-nos aqui no material didático da Academia Internacional de Cinema (AIC), localizada no município de São Paulo, referente a dois cursos que realizei (correntes cinematográficas e curso intensivo de cinema digital) além de material disponível no site sobre cinema: Disponível em: <<http://www.mnemocine.com.br>>. Acesso em: 10 jul. 2012

⁵ Referimos-nos aqui ao diretor, roteirista, produtor como pessoas responsáveis pelas respectivas funções cinematográficas (Direção, Roteiro e Produção). É importante destacar que o processo de compartimentalização hoje em dia tem alcançado níveis ainda maiores. Assim, por exemplo, dentro da esfera da produção existe o produtor geral, produtor executivo, os assistentes de produção etc. Além disso, há de se lembrar que nos referimos ao modo tradicional de fazer cinema.

delimitar minuciosamente a sequência das cenas⁶ e os planos⁷ que devem ser filmados.

Grosso modo, tecnicamente, um filme é composto por uma série de fotogramas, imagens fixas, que ficam dispostas em sequência e que, passando de maneira ritmada, dão origem a uma imagem aumentada que se move – a qual visualizamos em certo quadro. O conceito de cena é utilizado como forma de delimitar como vão ser orquestradas as ações de um filme já previstas pelo Roteiro técnico⁸. Isso se dá a partir da montagem de um conjunto de planos. A cena seria então como que um trecho do filme com unidade de tempo e espaço, ou ainda, uma “unidade dramática do lugar e tempo, seção contínua de ação, dentro de uma mesma localização” (AIC, 2010, p. 25).

Já a ideia de plano compreende diferentes sentidos. Pode se tratar da perspectiva de profundidade dentro do quadro: quando se diz que a pessoa está em primeiro plano, se faz referência a seu enquadramento frente aos demais elementos que compõe o quadro. O plano também é considerado a menor unidade narrativa de um roteiro que ocorre a partir do momento em que a câmera é ligada até o momento em que ela é desligada. Mas, no decorrer do processo de montagem de um filme, por vezes, são eliminadas partes de seu início (e/ou final) e o plano acaba se tornando a imagem entre os dois cortes. Um plano inicial, então, pode ser dividido em dois ou mais planos que, intercalados podem fazer parte de determinada sequência e/ou cena.

Algumas vezes os conceitos de plano e tomada⁹ são confundidos. Um dos *privilégios* do cinema é o fato de um plano poder ser filmado quantas vezes o diretor achar necessário, ou seja, um plano pode ter várias tomadas sendo que apenas uma deverá ser aproveitada na montagem/edição do filme.

A proposta do presente trabalho é utilizar alguns desses elementos fundamentais do produto audiovisual que, geralmente, são utilizados para seu planejamento, realização, ou mesmo para análise crítica¹⁰, para então criar uma

⁶ Pela definição do Manual da AIC, a cena é considerada uma unidade dramática do lugar e tempo, uma seção contínua de ação, dentro de uma mesma localização.

⁷ Pela definição do manual da AIC o plano é a imagem entre dois cortes, a menor unidade narrativa de um roteiro técnico, sendo que a duração do tempo varia conforme as necessidades dramáticas.

⁸ Roteiro técnico é o roteiro minuciosamente finalizado com a lista de planos que contarão a história do filme; é também conhecido como decupagem final.

⁹ É comum a utilização americanizada do termo: *take*

¹⁰ Interessante lembrar que, acerca do papel da crítica de cinema, Deleuze discorre:

dissertação-fílmica (DF) que se configura como um produto, uma matéria de expressão, a partir de imagens produzidas por e com usuários e técnicos do CAPS I de Santa Gertrudes. Tem-se então uma série de planos que não seguem uma lógica narrativa linear (como em um filme) produzidos em decorrência do encontro livre¹¹ com a câmera. Planos esses produzidos cada um uma única vez, com uma única tomada; planos únicos, impossíveis de serem repetidos.

Foi a partir de leituras decorrentes do encontro com as respectivas imagens que se criou a ideia de *planofragmento* – como que miniensaios construídos a partir de composições com textos, imagens, diálogos, trechos de filmes e músicas. Montagens com esses planofragmentos são realizadas, constituindo cenas com o objetivo de um reportar¹² – reportar ou desenvolver a potência de criar acontecimento nas práticas de registro audiovisual a partir da apreensão das emergências de zonas relevantes de tensão social.

Cabe aqui um pouco mais da elaboração de Luiz Fuganti acerca do conceito de reportar, mesmo apesar de alguns pormenores decorrentes da transcrição direta de sua fala:

[...] reportar, re-portar, é, na verdade, uma espécie de transporte, ao mesmo tempo em que remete, reporta ou retransmite. Mas, reportar ou retransmitir o quê? E também como? E a partir do quê? Só que como a partir do quê? O que nos move nos modifica, nos toca, um mundo. Ou seja, tem a ver com o que a gente sente, que é importante. Remeter e transportar: reportar. O quê? Como? A partir do quê? O quê é o tema, o objeto, o alvo: e são valores porque urge aquilo que toca nossa vida no momento, é aquilo que é o presente. Essa zona de importância, esse recorte importante é constitutivo do próprio valor. Valor do quê? De um problema. Para a

A crítica de cinema esbarra num duplo obstáculo: é preciso evitar simplesmente descrever os filmes, mas também aplicar-lhes conceitos vindos de fora. A tarefa da crítica é formar conceitos, que evidentemente não estão dados no filme, e que, no entanto, só convém ao cinema, e a tal gênero de filmes, a tal ou qual filme (**travelling**, **raccords**, falsos **raccords**, profundidade de campo, planeza, etc.), mas a técnica não é nada se não serve a fins que ela supõe e que ela não explica. (DELEUZE, 2008, p. 75)

¹¹ As câmeras eram disponibilizadas sem a delimitação de uma tarefa específica a ser desenvolvida, sem uma diretividade em relação ao que deveria ou não ser filmado: apenas uma orientação acerca do manuseio básico de funcionamento: ligar/desligar a câmera.

¹² Tal conceito fora trabalhado por Luiz Fuganti na oficina de cinema *Reportar e Documentar*, desenvolvida pela Escola Nômada no município de São Paulo, em que tive a oportunidade de participar de alguns encontros.

vida, desejo, relações? De conservação de vida? De busca de felicidade? Desenvolvimento e progresso da vida? Ou de mudança do próprio modo de vida na medida em que se é movido por um desejo de criação de novas realidades e de novas maneiras de existir. O que nos toca remete também a um segundo problema: toca quem em nós? A partir de o que me toca, o que toca o outro, o que nos toca, o que é relevante, o que é digno de ser reportado, a partir do quê, esse que toca o quê em mim? (este é o trabalho de subjetivação) e como? Acaba sendo o terceiro elemento que pode se tornar o primeiro elemento, ou seja, o aspecto mais importante: aquele que deve melhor se uivar, se vigiar, se lapidar porque o como é como se fosse o próprio ser da passagem. Da passagem do quê? Exatamente, do quê em relação ao quê, é como eu sou tocado por o quê. Por aquilo que se destaca, e a quem? Depende de como, quem em mim são (a partir do quê) o quê, segundo como (a maneira que me atravessa)? O quê nos afeta? Por que nos afeta? O motor afeta quem em mim? Um sujeito, ou uma potência em variação, um desejo que se transmuta a cada toque, a cada acontecimento.

Então, na verdade, esse reportar sente também para o documentar. O documentar envolve uma elaboração e uma montagem. Reportar: remete ao registro a expressão, invenção de uma expressão para a emergência de algo, de um acontecimento que ainda não tem expressão instituída ou forma de expressão. Inventar mais do que um fato, trazer uma força. O documentar implica mais nos desdobramentos de um acontecimento, tem íntima relação, insere o reportar numa cadeia de acontecimentos que pode se desdobrar em múltiplas séries temporais e de movimento físico. Então o documentar exige também uma interpretação contínua das forças que se continuam umas as outras e que criam ou fabricam acontecimentos ou histórias. Jamais o documentar deve se prender a uma narrativa linear, pois a narrativa linear é uma fixação necessariamente, toma um princípio de deformação por uma verdadeira conformação. Então a origem de um fato ou de uma história, seu desenvolvimento e seu fim, sempre elegem pontos de partida e de chegada arbitrários do ponto de vista das razões intensivas da vida. Ora, tudo o que se trata é de encontrar justamente essas razões de potência da vida. São essas razões ou linhas de força que traçam as séries, e não origens, finalidades arbitrariamente eleitas a partir de um bom senso e de um senso comum.

Reportar criação inédita, invenção de expressão, e não enquadramento em clichês. Documentar constituição de narrativas não lineares e não prisioneiras de representações. Veia crítica permanente – desconstruir os clichês até onde nos tomamos por originais e inovadores. Como? É um exercício crítico. Fazer com que na expressão do acontecimento ao reportar a esse campo expressivo, investir a

expressão como uma fonte permanente de retransmissão da força que ela exprime.
(transcrição de trecho da fala de Fuganti)

Procuro com essa DF remeter, transportar, reportar a partir do que as imagens mobilizam e provocam a ler. Em outras palavras, trata-se de uma busca particular de criação de expressão não linear e produção de sentidos a partir da concepção de produção cinematográfica e dos problemas suscitados pelos planos singulares produzidos por usuários, estagiários e pelo próprio pesquisador, e materializados textualmente na montagem de cenas a partir do que se chamou aqui de planofragmentos e que no caso versam acerca da loucura, da reforma psiquiátrica em tempos de sociedade de controle.

Na produção cinematográfica, o Argumento e a Sinopse são considerados os primeiros passos depois da ideia inicial do filme que se quer realizar, e ocorrem na pré-produção. Enquanto a Sinopse é uma descrição sintética que não costuma ultrapassar algumas linhas, o Argumento irá ser o seu desenvolvimento e, geralmente, já é uma tarefa delegada ao roteirista. É nessa etapa de preparação que se realizam as avaliações logísticas e técnicas que irão definir as características do filme, seja em relação ao seu estilo *mise-en-scène* (movimentação e posicionamento no set de filmagem), seja em relação ao seu visual, ao tom da atuação dos personagens etc. Nesse período ganha destaque também o produtor, que tem o papel de planejar e elaborar um cronograma de atividades com datas e prazos meticulosamente calculados.

Há também a atuação de outros responsáveis de área, como o fotógrafo, diretor de arte, diretor de som, entre outros, que apresentam suas propostas para o diretor do filme, dado um determinado roteiro, mas, sobretudo, um orçamento. A partir daí o diretor vai escolher: os atores, as locações¹³, decupagens¹⁴, a paleta de cores¹⁵, os figurinos, cenários, detalhes de som etc.

Enquanto que ao fim da etapa de pré-produção de um filme já se tem um roteiro técnico pronto e minuciosamente pensado (principalmente no que refere ao quê, como, quando, onde e com quem filmar), nessa DF a proposta é aberta. A

¹³ Locais de filmagens que não o estúdio.

¹⁴ Definições concernentes às cenas (diálogos e duração), posições de câmeras, lentes, movimentação de atores, tipos de planos, construção de cena plano a plano etc.

¹⁵ Discussão que aos diretores de arte do filme a partir de uma concepção de filme pensada (realista, caricatural, de suspense...).

princípio foi pensado dar continuidade às sessões de cinema do CAPS assistindo um filme que fosse de escolha dos usuários, para que então se partisse para as oficinas de produção de imagens, onde as câmeras seriam disponibilizadas nas mãos dos usuários, sem um roteiro prévio ou um direcionamento em relação ao que deveria ser filmado. As produções imagéticas seriam decorrentes desse encontro, que, em alguns casos, significou o primeiro contato do usuário com uma câmera.

A possibilidade de um trabalho com a perspectiva de sair da esfera do espectador para a da produção propriamente dita (material e imaterial) mobilizou o serviço e contou com o apoio (entusiasmado) de usuários, familiares, profissionais e, sobretudo, da coordenação do serviço, o que implicou na ocorrência das oficinas no CAPS e em viagem ao município de São Paulo.

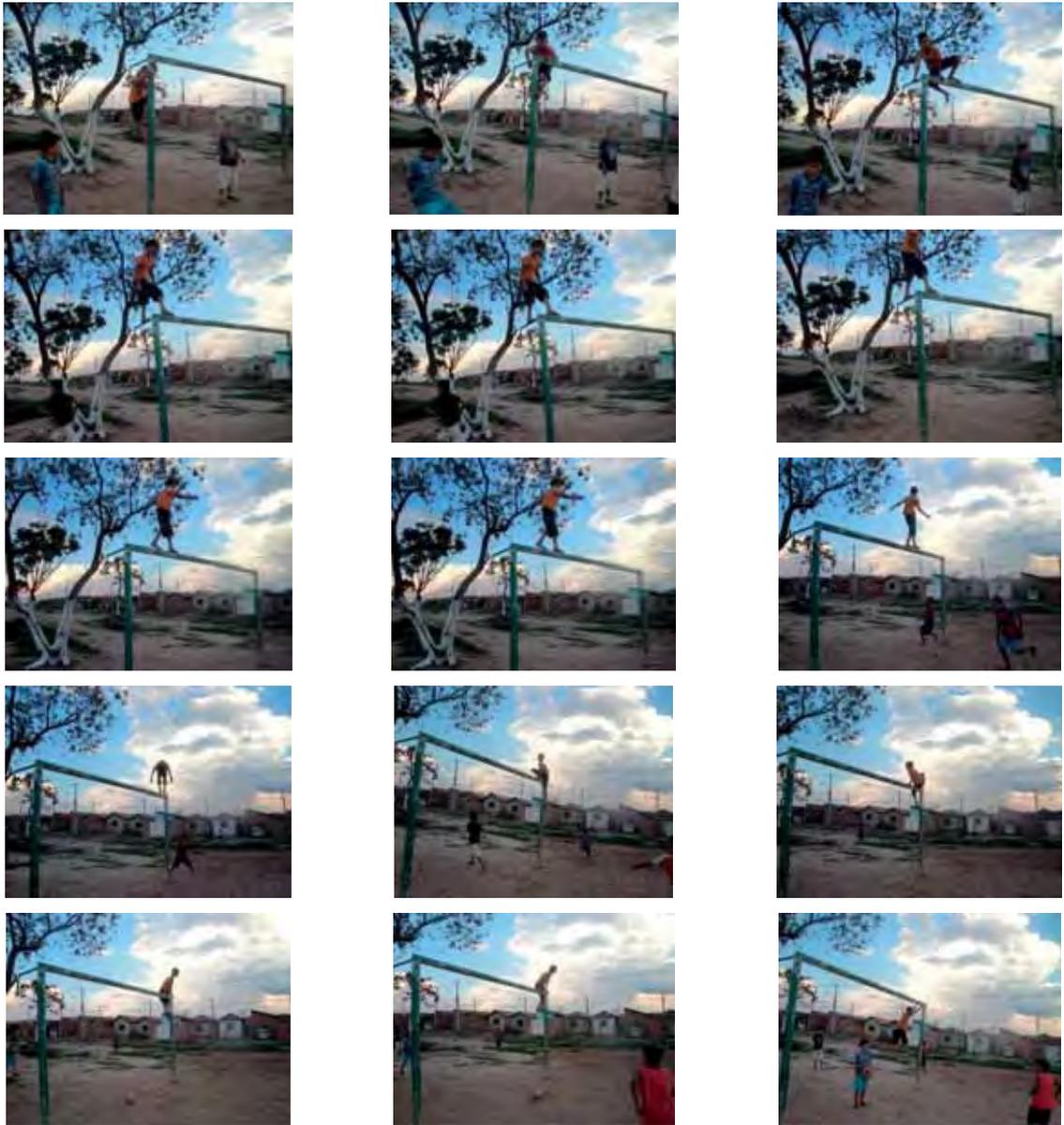
Em função da *IV Feira Estadual de Economia Solidária e Saúde Mental*, logo na semana seguinte à realização da proposta das oficinas, a coordenação do serviço sugeriu antecipar as oficinas. Continuaríamos com as sessões de cinema e as oficinas no serviço da mesma maneira, mas com a diferença da antecipação das produções na viagem. A ideia, bem recebida pelos usuários, propiciou uma potente experiência para além do espaço institucional e sanitário do CAPS.

A proposta levada pelo pesquisador fora logo de início modificada, incorporando as vozes dos diferentes atores – envolvidos com o objetivo de abrir possibilidades para emergência do novo –, aberta ao acontecimento, nem que por isso tivesse que mudar os planos do cronograma previamente estabelecido, como na inversão das atividades relacionadas às sessões de cinema e às oficinas de produção de imagens.

Após as produções imagéticas em São Paulo – dos usuários, estagiários e mesmo do próprio pesquisador – seguiram-se as sessões de cinema com os filmes *Bicho de Sete Cabeças*, de Laís Bodanzky, e *A vida é Bela*, de Roberto Benigni, assim como as oficinas no próprio CAPS realizadas em três encontros, sendo um deles em uma das assembleias semanais do serviço.

Esse momento de preparação da produção cinematográfica – que geralmente é a mais extensa do processo - correspondeu nessa dissertação-fílmica também ao que chamamos de *Pré-produção*, mas que, a despeito de um planejamento minucioso naquele, aqui apresenta o percurso que levou à tessitura do presente trabalho, realizado a partir e com imagens de usuários, estagiários e profissionais do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS I) do município de Santa Gertrudes. De certa

maneira, pode-se dizer que essa *Pré-produção* rompe com uma lógica tradicional de elaboração e estruturação do texto científico na medida em que adquire maior expressão e extensão que o usual.



TRAVE E CIA.

O homem é corda estendida entre o animal e o Super-homem: uma corda sobre um abismo; perigosa travessia, perigoso caminhar; perigoso olhar para trás, perigoso tremer e parar. O que é de grande valor no homem é ele ser uma ponte e não um fim; o que se pode amar no homem é ele ser uma passagem e um acabamento (NIETZSCHE, 1999, p. 27).

Travessia de experimentação

Como estudante de Psicologia na Faculdade de Ciências e Letras da Universidade Estadual Paulista (UNESP de Assis), realizei um estágio extracurricular na Penitenciária do Município de Assis-SP. Naquele momento e no contexto daquela experiência, acabei me envolvendo com temáticas acerca dos efeitos do *poder sobre a vida* que, para mim, se configurava com bastante intensidade na imagem da prisão, como uma das maiores expressões do poder da superestrutura nos processos de subjetivação.

Como não havia, até então, nenhum vínculo entre a Universidade e a Instituição, consegui um estágio extracurricular junto ao setor psicossocial da Penitenciária de Assis-SP. Nesta atividade de estágio, participava de encontros com a equipe técnica (psicólogas e assistentes sociais), agentes penitenciários, diretores (geral e de segurança) e, em menor medida, com os presos.

Estes encontros tinham como finalidade compreender a dinâmica da Instituição no sentido de um melhor entendimento das relações de poderes nela presentes. Os encontros com os presos só ocorriam com a presença da psicóloga e em parlatório (espaço de atendimento separado por grades). Estes atendimentos tinham como foco central a aplicação de testes psicológicos para as *avaliações psicológicas* que serviriam de subsídios para os chamados *exames criminológicos*. Vale salientar que estas práticas eram questionadas pela equipe, que acreditava que outros tipos de atividades/trabalhos poderiam ser desenvolvidos.

A aplicação destes testes se deve em razão da Lei de Execução Penal (LEP) de 1994, que instituiu o exame criminológico a ser realizado por psicólogos, psiquiatras e assistentes sociais (equipes técnicas) do Sistema Prisional, com o objetivo de avaliar se o preso *merece*¹⁶ ou não receber a progressão de regime. Tal exame, que oferece um embasamento teórico-técnico para as decisões judiciais, verifica o bom comportamento e o nível de readequação social do preso e reforça um poder de disciplinarização dos corpos.

Solicitado pelo juiz, parte-se da premissa de que esses profissionais teriam a capacidade de prever se os presos irão fugir ou cometer outros crimes caso

¹⁶ O termo faz referência ao poder dos respectivos profissionais em definir uma condição futura ao preso, o que é feito, em grande medida, a partir da análise de seus antecedentes e sua personalidade.

recebam o benefício de liberdade condicional (uma antecipação da liberdade ao condenado, que cumpre sua pena privativa de liberdade e se enquadra em determinadas condições durante certo tempo) ou regime semiaberto (que também é obtido em função de um enquadramento em determinadas condições exigidas e refere-se à liberação para que o preso possa trabalhar durante o dia, sendo obrigado a voltar à noite para a instituição).

Outro espaço de intervenção para o psicólogo na instituição era o da clínica individual – via parlatório. Espaço que, contudo, ficava a mercê do seu papel de avaliador exigido pelos exames criminológicos. Os limites, como observados pela equipe técnica e já salientados acima, da atuação do profissional psicólogo na instituição, assim como a dificuldade de contato com os internos, deslocaram-me no ano seguinte para a escola da unidade; lá pude desenvolver o estágio para a disciplina de Psicologia Comunitária, estreitando, assim, a relação entre a Universidade e a Penitenciária.

Próxima ao pavilhão dos presos, distante da área administrativa e técnica da unidade, a escola era trancada e destrancada pontualmente nos horários de suas atividades. No entanto, se constituía em um dos poucos *espaços de vida*, em um lugar que se caracterizava pelo que podemos chamar de *vida (des)potencializada*¹⁷. Ali, na escola, os encontros com os detentos eram possíveis, potencializando produções de sentidos e afetos.

Estes encontros eram propiciados pelo programa de educação de jovens e adultos, desenvolvido pela FUNDAP (Fundação de Amparo ao Preso). Eram realizadas atividades/oficinas de sensibilização, dinâmicas de grupo e grupos de discussões, com temas eram ligados à violência, direitos humanos, sexualidade, desigualdade social.

Com o auxílio conceitual de autores como Foucault, Deleuze, Guattari, Rolnik, tal experiência me possibilitou pensar na problemática do poder para além dos muros da penitenciária, para além de sua dimensão macro, do que a princípio parecia ser central para mim: a questão da superestrutura como determinante dos processos de subjetivação. Não que as relações no âmbito macro não sejam

¹⁷ O termo vida (des)potencializada, assim como a discussão se referente ao exame criminológico, faz referência ao trabalho apresentado e publicado no Congresso de Psicologia de Assis *O Sistema Prisional e o corpo (des)potencializado*, no ano de 2007, por Flávia Augusta Bueno, Rafael Christofolletti e Ricardo Sparapan Pena, acerca da possibilidade de a equipe técnica ter uma perspectiva para além da avaliação desconstruindo políticas de aprisionamentos dos corpos.

importantes e constitutivas, mas se faz fundamental pensá-las em consonância com a esfera micropolítica, no campo de uma analítica das formações do desejo no campo social – de uma biopolítica menor, o que, por exemplo, Guattari denomina enquanto molar e molecular.

Eu e Gilles Deleuze sempre tentamos cruzar essa oposição com uma outra, a que existe entre micro e macro. As duas são diferentes. O molecular como processo pode nascer no macro. O molar pode se instaurar no micro. O problema que você está colocando não se reduz apenas a dois níveis, o molecular e o molar (nível de políticas de constituição das grandes subjetividades). Essa redução não nos permite pensar problemas como esse da individualidade, identidade e singularidade (GUATTARI, 1986, p. 128).

Foucault (1999) ressalta a constituição do exercício de um novo tipo de poder que, de certo, tem ligação com um processo de mudança de regime político (século XVIII/XIX), mas que tem a ver com sua capilaridade (microscópica) no sentido de que atinge os indivíduos em sua forma de agir, pensar e ser.

A prisão, por exemplo, criada a princípio com a ideia de ser um projeto de transformação de indivíduos (em gente honesta) fracassa e se torna uma fábrica de produção de criminosos. Isso ocorre em meio a um movimento de moralização sobre a população, no século XIX – o povo, então, compreendido como um sujeito moral deveria ser separado dos perigosos delinquentes, assim como dos loucos doentes.

Foi então que houve, como sempre nos mecanismos de poder, uma utilização estratégica daquilo que era um inconveniente. A prisão fabrica os delinquentes, mas os delinquentes são úteis tanto no domínio econômico como no político. Por exemplo, no proveito que se pode tirar da exploração do prazer sexual: a instauração, no século XIX, do grande edifício da prostituição, só foi possível graças aos delinquentes que permitiram a articulação entre o prazer sexual cotidiano e custoso e a capitalização (FOUCAULT, 1999, p. 132).

A mudança no regime geral de poder, do poder de soberania para o biopoder, vai implicar uma nova relação com a vida, a morte e o corpo: “do faz morrer e deixa viver” para o “faz viver e deixa morrer”.

Antes eram as fábricas, as escolas, hospitais, prisões que promoviam mecanismos de dominação, assujeitamento e disciplinarização sobre os corpos, incidindo diretamente nos indivíduos. O biopoder, agora, vai agir mais no controle e na vigilância, destinando-se como diz Pelbart a “produzir forças e as fazer crescer e

ordená-las, mais do que barrá-las ou destruí-las” (2003, p. 56), como fazia o poder de soberania até mesmo por ser muito mais rentável e eficiente (a vigilância à punição). Esse novo regime de poder foca mais a gestão da vida, atuando na “otimização de forças que ele submete” (PELBART, 2003, p. 56) que de fato exigir a sua morte.

Não se trata mais de defender a hegemonia de um Estado a partir da intervenção nos indivíduos, mas de garantir a sobrevivência de uma população atuando sobre toda a espécie, regulando seus deslocamentos no território.

Se as disciplinas se dirigiam ao corpo, ao homem-corpo, a biopolítica se dirige ao homem vivo, ao homem-espécie. Se a disciplina, como diz Foucault, tenta reger a multiplicidade dos homens enquanto indivíduos sujeitos a vigilância, ao treino, eventualmente à punição, a biopolítica se dirige à multiplicidade dos homens enquanto massa global, afetada por processos próprios da vida, como a morte, a produção, a doença. (PELBART, 2003, p. 57)

Há, então, um conjunto de estratégias pelas quais o poder investe na vida humana, seja em sua dimensão biológica, subjetiva e social. A medicina, por exemplo, é apontada por Foucault em *O nascimento da medicina social* como uma estratégia biopolítica¹⁸.

A convergência entre a biopolítica e o capitalismo pós-industrial se expande para outros domínios da vida cotidiana. Reproduz-se não apenas mercadorias, mas nos modos de vida, uma maneira de moldar o corpo e a subjetividade a uma “norma, mas também de regular as indeterminações que ameaçam a espécie humana, a partir de técnicas e tecnologias de modulação” (BRASIL, 2008, p. 7) – a passagem da disciplina à biopolítica.

Partindo da compreensão de Simondon da vida enquanto uma “espécie de errância do ser, um processo por meio do qual a vida se torna exótico e se defasa de si mesmo” (Brasil, 2008) define o conceito de modulação, processo de defasagem, da variação da vida que seria o foco de atuação da biopolítica, regulando-a, adequando-a, em outras palavras, modulando essa modulação da vida.

Já para Deleuze estaríamos em meio a um processo de crise das instituições (prisão, hospital, fábrica, escola, família) e diante da implantação (progressiva) desse novo regime de dominação – a passagem das sociedades disciplinares às

¹⁸ O termo *biopolítica* aparece pela primeira vez na obra de Michel Foucault na conferência *O nascimento da medicina social*, de 1974, e também no livro *Microfísica do poder*.

sociedades de controle – onde os mecanismos de controle passam a rivalizar com os mais duros confinamentos.

Os confinamentos são “moldes”, distintas moldagens, mas os controles são uma “modulação” como uma moldagem auto-deformante que mudasse continuamente a cada instante, ou como uma peneira cujas malhas mudassem de um ponto a outro (DELEUZE, 2008, p. 221).

P. Treta

Após concluir a Faculdade e então formado como Psicólogo, trabalhei na Penitenciária III (P3) de Hortolândia junto ao setor psicossocial. Localizada no maior complexo penitenciário da América Latina, era conhecida também como *P Treta* em razão de seu histórico de violência, morte e rebeliões, sobretudo na década de 90. Lá desenvolvíamos atividades de atendimentos individuais (com ou sem parlatório) e em grupos (em galpões de trabalho desativados) com presos e seus familiares.

Apesar dos atendimentos, a maioria da solicitação dos presos era por trabalho e educação, ambas negligenciadas pelo Setor de Segurança da unidade prisional sob o motivo de *questões de segurança*, visto que a escola e os galpões de trabalho se encontravam em prédios anexos aos pavilhões.

Na época, o Setor Psicossocial inclusive organizou (com os presos¹⁹) uma lista com centenas de interessados em estudar (no ensino fundamental e médio). A lista foi encaminhada aos respectivos dirigentes da unidade, mas sem sucesso – a escola permaneceu fechada, pelo menos até o final da vigência do convênio da Secretaria de Administração Penitenciária (SAP) com a ONG APAC (Associação de Proteção e Assistência Carcerária), que perdurou até junho de 2007.

Com a escola fechada, e sem prazos para o reinício de suas atividades, foi criada uma oficina de leitura – *Cultura Marginal: Cidadania e Direitos Humanos* –, um dos poucos momentos em que uma pequena parcela dos presos tinha a oportunidade de sair de sua cela, pois na maior parte do tempo permaneciam

¹⁹ O movimento do abaixo assinado foi realizado em conjunto com os presos através do Grupo de Esportes onde participavam psicólogo e assistente social (via ONG) e os líderes dos dois pavilhões de presos – cada um com cerca de 700 pessoas –, representantes, na verdade, da facção criminosa PCC (Primeiro Comando da Capital), visto que o esporte é considerado, pelos presos, uma das atividades mais importantes na prisão.

trancados em celas superpovoadas e o *banho de sol*²⁰, ficava restrito a apenas três horas por dia.

A oficina, desenvolvida por psicólogo e assistente social, transcorria no contra turno ao banho de sol. Eram trazidos textos, sobretudo da coleção *Literatura Marginal*, da *Revista Caros Amigos*, que eram lidos e discutidos em grupos com cerca de 15 pessoas.

Apesar do número de participantes significar uma fração mínima dos interessados na escola, ele possibilitava uma fenda, uma linha de fuga no rígido e controlado universo da penitenciária. De início, partiu-se da lista dos interessados em cursar a escola para, depois, em função do grande número, de forma aleatória, convidar pessoas já alfabetizadas. A proposta de realizar ao menos duas oficinas (uma para cada pavilhão da unidade) logo se esvaiu, frente à negativa imposta pelo setor de segurança.

Um dos motivos foi, de fato, o recrudescimento das normas de segurança dentro das unidades prisionais do Estado depois do fatídico *maio de 2006*²¹. Mesmo com as inúmeras dificuldades e impedimentos, constituía-se um espaço para a leitura e problematização de uma série de questões de desigualdade social, justiça, criminalidade, pobreza, facções criminosas, opressão, entre outros – o texto servia como dispositivo para produção de sentidos, muitas vezes, materializados em criação de textos, músicas e poesias, pelos próprios presos.

Um encontro muito louco

²⁰ Talvez esteja aí razão da grande demanda da população carcerária por trabalho e educação: uma oportunidade de saírem das celas superlotadas (com mais de 20 presos) onde ficavam em torno de 21 horas por dia.

²¹ Em maio de 2006, a Facção Criminosa Primeiro Comando da Capital (PCC), promoveu uma megarrebelião em 74 unidades prisionais, além de uma série de ações fora dos presídios, como ataques a policiais, agências bancárias, ônibus e instituições públicas em várias cidades do estado de São Paulo. Estudo da organização não governamental (ONG) Justiça Global aponta três causas para os ataques: a corrupção policial na relação com a facção criminosa; a falta de estrutura de combate ao crime no estado; e, como estopim, a transferência de 765 chefes do grupo, às vésperas do Dia das Mães de 2006, para a penitenciária de Presidente Wenceslau (SP). Como resposta policial, “foram 493 pessoas mortas em pouco mais de uma semana, das quais 6% tinham antecedentes criminais. De acordo com o relatório, 122 casos possuem característica de execução sumária pela polícia – sem que tenha havido esforços para apontar culpados. Foram 43 policiais mortos”. (Disponível em: <<http://www.redebrasilatual.com.br/temas/cidadania/2011/05/sociedade-civil-pede-federalizacao-de-investigacao-sobre-crimes-do-pcc-cometidos-em-maio-de-2006>>. Acesso em: 10 abr. 2012).

Meu primeiro encontro com a saúde mental se deu em razão de uma visita a São Paulo em dia comemorativo ao *Dia da luta antimanicomial*²², quando conheci Austregésilo Carrano Bueno – figura emblemática do *Movimento da Luta Antimanicomial* – que, de baixo de uma tenda, vendia seus livros e contava, de forma contundente e emocionada, sua experiência de internação nos hospitais psiquiátricos de Curitiba e Rio de Janeiro. “Estar lá é ter o físico dopado e a alma ao deleite de Satã” diz Carrano em autógrafo no seu livro/depoimento *Canto dos Malditos*, obra que inspirou o filme *Bicho de Sete Cabeças*.

O encontro com Carrano potencializou reflexões e sensações experienciadas anteriormente com a problemática prisional, do encarceramento, acerca dos processos de produção de subjetividade e de modos de ser na vida.

Um maior envolvimento com a loucura, no entanto, se deu a partir de 2007, quando, após aprovação em concurso público, passei a trabalhar em um *Centro de Atenção Psicossocial*²³ (CAPS) no município de Santa Gertrudes²⁴.

O serviço recém-iniciado (em fevereiro de 2007) contava com uma equipe nova, aberta, e sem experiência no campo da saúde mental, à exceção da coordenadora, que já trabalhara e possuía mestrado na área de Saúde Mental. Esta suposta falta de experiência, no entanto, pode ter sido o que, curiosamente, contribuiu para a construção de um serviço mais aberto e comprometido com uma *clínica ampliada*, na medida em que, enquanto profissionais recém-concursados, mobilizaram-se, de fato, pelo desafio da implementação (e construção) de um serviço novo com tais características.

A clínica ampliada surge como uma crítica ao processo de medicalização no lido com o sofrimento psíquico e parte da premissa que apenas o diagnóstico não basta para determinar o tipo de tratamento a ser proposto para uma pessoa, tendo

²² O dia 18 de maio é considerado o *Dia da luta antimanicomial* e faz referência ao *Encontro dos Trabalhadores da Saúde Mental* realizado no dia 18 de maio de 1987 – considerado um marco importante do *Movimento da Luta antimanicomial*. Nesse dia (ou nos dias próximos a essa data) ocorrem pelo país atividades culturais, políticas, acadêmicas e esportivas, com o objetivo de envolver a sociedade com a discussão da temática da loucura e da Reforma Psiquiátrica.

²³ Os Centros de Atenção Psicossocial são instituições consideradas fundamentais para a implementação da Política Nacional de Saúde Mental. Amparada pela lei 10.216/02, ela busca instituir um *modelo de atenção à saúde mental aberto e de base comunitária*. Isto é, que garante a livre circulação das pessoas com transtorno mentais pelos serviços, comunidade e cidade, e oferece cuidados com base nos recursos que a comunidade oferece (site do Ministério da Saúde).

²⁴ Santa Gertrudes é um município vizinho, e antigo distrito, de Rio Claro. Sua autonomia política e administrativa data de 1948. Destacou-se, no século XIX, pela produção de cana-de-açúcar e, posteriormente, com o café (sobretudo através da *Fazenda Santa Gertrudes*). Atualmente pertence a um dos maiores polos cerâmicos das Américas.

em vista que o diagnóstico parte de um princípio universalizante e generalizável a todos, e que as pessoas são únicas, singulares.

A cartilha da *Política Nacional de Humanização (PNH) Humaniza SUS*, de 2004, explicita a ideia de clínica ampliada:

- Um compromisso radical com o sujeito doente visto de forma singular;
 - Assumir a responsabilidade sobre os usuários do serviço de saúde;
 - Buscar ajuda em outros setores, ao que se dá o nome de intersetorialidade;
 - Reconhecer os limites do conhecimento dos profissionais de saúde e das tecnologias por ele empregadas – tarefa muito difícil para esses profissionais -, e buscar outros conhecimentos em diferentes setores [...];
 - Assumir um compromisso ético profundo [...]
- (BRASIL, 2004, p. 8)

Apesar da falta de recursos financeiros, a liberdade de ação foi uma característica importante a ser destacada no *CAPS I Santa Gertrudes*, que contou com o apoio do poder público local, que foi quem, inclusive, deu o “pontapé inicial” para a constituição do serviço.

O CAPS contava com agente administrativa, auxiliar de enfermagem, auxiliar de limpeza e cozinha, enfermeira, médico especialista em psiquiatria, médico generalista, três psicólogo(a)s e uma terapeuta ocupacional (coordenadora do serviço). A seguir listamos alguns dos procedimentos cotidianos:

- O *acolhimento* é o primeiro contato com o serviço que é de *Porta Aberta* e acolhe a pessoa no mesmo dia em que ela chega ao serviço;
- A *história de vida*, em grande parte das vezes²⁵, é o segundo momento do usuário²⁶ no serviço e ocorre geralmente em companhia de um familiar;
- O *técnico de referência* é aquele profissional que, após o primeiro acolhimento, fica responsável pela continuidade do acompanhamento de determinado usuário, é sua referência;

²⁵ Isso porque não existe uma rigidez na que se refere ao ordenamento dos procedimentos do serviço que ocorrem muito em razão da dinâmica do primeiro encontro com a pessoa em sofrimento psíquico e as possibilidades de construção de um projeto terapêutico.

²⁶ A denominação de usuário é utilizada como forma de contrapor a ideia de paciente, daquele que se submete passivamente sem críticas a determinada recomendação de tratamento. Assim, o termo usuário vem ao encontro de uma ideia de contratualidade, no tratamento.

- O *projeto terapêutico individual* se refere à construção, juntamente com o usuário, de estratégias de cuidado;
- O *acolhimento da crise* se dá na perspectiva de evitar a internação psiquiátrica;
- As *atividades e recursos terapêuticos do serviço* são os atendimentos individuais e em grupo com os usuários, familiares, busca ativa, grupo de inserção no mercado de trabalho (cooperativa), assembleias do serviço, além das reuniões de equipe multidisciplinar e supervisões.

Nesse sentido, era incentivada a proposição e o desenvolvimento de uma série de atividades e projetos que, no caso da psicologia, extrapolavam o padrão clássico de atendimento individual de consultório:

- A *oficina de futsal*, por exemplo, ocorria semanalmente. Participavam do grupo usuários, técnicos, estagiários e comunidade local. Tal espaço propiciava a reinserção social dos usuários com a possibilidade de criar vínculos para além do espaço do CAPS, já que acontecia na quadra do principal parque público da cidade, além de disparar nos usuários o interesse em participar de eventos como as Olimpíadas dos serviços extra-hospitalares – o CAPS I de Santa Gertrudes participou em 2008 em Casa Branca (SP) e em 2009, em Rio Claro (SP), em diferentes modalidades esportivas, inclusive com ganho de medalhas.

- A *Oficina Universidade, Ensino Superior e Profissões* ocorreu com usuários que terminavam o 2º grau e que, a princípio, se viam impossibilitados de cursar uma faculdade. Contribuíam para isso os mais diversos motivos como: família, estigma da sociedade, experiências anteriores com a vida escolar e mesmo a falta de informações sobre o assunto. A partir do grupo, alguns usuários mobilizaram-se para prestar o Exame Nacional do Ensino Médio (ENEM).

- A *oficina de cozinha* foi uma das primeiras atividades em grupo a serem realizadas quando da abertura do CAPS. No início, algumas usuárias se reuniam para, geralmente, fazer um bolo para os aniversariantes do mês. Com a minha entrada no serviço (em agosto de 2007) e em um projeto de constituição de uma incubadora de empreendimentos econômicos solidários na UNESP de Araraquara

de Araraquara (INCONESP²⁷ – Incubadora de Cooperativas Populares da região Nordeste do Estado de São Paulo) estabeleceu-se uma parceira entre as duas instituições por meio de assessoria a esse grupo de usuárias que implicou no surgimento da cooperativa de cozinha *Temperoloko*: uma possibilidade de geração de renda (e inclusão no mercado de trabalho) para usuárias, familiares (e que contou, inclusive, com pessoas da comunidade), a partir da produção e comercialização de produtos alimentícios. Com a cooperativa, o grupo participava de eventos festivos da cidade, nos quais comercializavam seus produtos, realizava visitas a outros empreendimentos econômicos solidários em saúde mental, além de participar da Feira de Economia Solidária, em Campinas, e de cursos de higiene e manipulação de alimentos, nas cidades de Araraquara e Rio Claro.

- O projeto *CAPS Carbono Zero* (CCZ) surgiu da construção de um projeto terapêutico individual com um usuário, cuja fobia inicial com poluição e fumaça de cigarro disparou uma proposta de neutralização de carbono do serviço. A ideia era compensar todas as emissões de gases de efeito estufa decorrentes do funcionamento do CAPS, desde a sua inauguração. O cálculo das emissões levou em conta o consumo de energia elétrica e gás da Instituição, assim como o deslocamento da equipe técnica e usuárias. O CCZ recebeu apoio de esferas tanto de dentro como de fora do serviço. Em assembleia semanal realizada entre trabalhadores e usuárias a ideia ganhou um caráter coletivo com a adesão de outras pessoas do serviço. Apoio importante também se deu com a Diretoria do Meio Ambiente do município, que auxiliou na sua execução, oferecendo suporte técnico e material. Assim, foram plantadas cerca de 80 mudas de árvores no Parque municipal *Ruy Raphael Rocha*, em outubro de 2008. Com a neutralização das emissões, o projeto contribuiu para a restauração do parque através da preservação do solo, água e biodiversidade – uma iniciativa que fez do CAPS I Santa Gertrudes o primeiro serviço de saúde mental extra-hospitalar ecologicamente neutro em emissões de carbono no Brasil.

²⁷ Minha participação no projeto de Incubação de empreendimentos econômico-solidários se deu em função de cursar Ciências Econômicas na Faculdade de Ciências e Letras de Araraquara desde o ano de 2006. Em 2007, um grupo de alunos dos cursos de Administração Pública e Ciências Econômicas, sob a coordenação do professor Dr. Sérgio Fonseca do Departamento de Administração Pública foram convidados pela reitoria da UNESP a constituir o Projeto INCONESP (Incubadora de Cooperativas Populares da região nordeste do Estado de São Paulo) com núcleos em Araraquara e Franca. Um dos grupos assessorados foi o grupo de usuárias do CAPS de Santa Gertrudes que, além da assessoria técnica pôde contar com recursos materiais como freezer industrial, carrinho para lanches e estufa.

A *sala de TV* certamente era um dos lugares mais disputados do serviço, por congrega sempre grande parte dos usuários para assistir a desenhos, novelas, telejornais, filmes etc. – um potente espaço de encontros que gerava grandes discussões para se definir ao que assistir. A assembleia, por vezes, acabava se tornando palco para resolução desses conflitos, o que implicou na construção do projeto de *sessões de cinema* – uma iniciativa de uma usuária em decorrência de seu interesse, por vezes não respeitado, por alguns dos usuários que frequentavam a sala de TV, em assistir filmes. Estipulavam-se, então, períodos para a execução das sessões, que contavam com usuários e técnicos. As escolhas eram livres e as temáticas dos filmes as mais diversas. O entusiasmo dos usuários em relação às sessões, aliás, foi um dos motivos que mobilizou o presente trabalho, ampliando a relação com a imagem para a esfera da produção imagética.

PRODUÇÃO

Dissertação-fílmica: o que as imagens nos provocam a ler

Enquanto na pré-produção cinematográfica o roteiro técnico é produzido a partir de um planejamento minucioso acerca dos planos, atores, locações e figurinos escolhidos, afinal, é preciso minimizar os custos do projeto ao extremo, com vistas à rentabilidade do projeto – daí a razão desse planejamento logístico prévio com a divisão e compartimentalização de saberes e fazeres – a etapa de produção corresponde às filmagens propriamente ditas.

A decupagem ocorrida na pré-produção vai orientar, de forma detalhada, como ocorrerão as filmagens, determinando como os planos se relacionarão com seus elementos no enquadramento, assim como na relação com os demais planos no conjunto de sua montagem.

Nessa dissertação-fílmica, contudo, as filmagens são realizadas sem um planejamento prévio delimitado por um roteiro – sem decupagem –, mas são fruto do encontro com a câmera, que, como já mencionado, acaba sendo, muitas vezes, o primeiro contato do usuário com esse tipo de equipamento. Dessa maneira, produzem-se planos únicos, singulares, com uma única tomada, não passíveis de repetição.

A questão que se impôs, a partir desse momento foi como trabalhar com essas imagens no sentido de um documentar, reportar sem cair na esfera de uma interpretação ou mesmo utilidade²⁸. Procurei, então, produzir leituras a partir dos respectivos planos/vídeos produzidos – a imagem como outro.

Em *Nietzsche & a Educação*, Larrosa (2002) traz alguns questionamentos importantes acerca da experiência da leitura que acredito serem interessantes para se pensar a produção de leituras a partir das imagens. Segundo ele, ultimamente a leitura tem se caracterizado pela pressa e utilidade. Em vez de nos entregarmos à experiência da leitura, tornamo-nos leitores profissionais lendo, quase sempre, com uma determinada utilidade – “uma atividade na qual o que se lê é meramente apropriado em função de sua utilização apressada para a elaboração de outro

²⁸ Essa perspectiva de trabalhar com a imagem de maneira um tanto incomum ao que normalmente se faz, sobretudo na educação tem sido objeto de trabalho do I-mago: laboratório da imagem, experiência e criação – grupo de professores e alunos da graduação e pós-graduação da Unesp de Rio Claro.

produto que deverá, por sua vez, se consumir rapidamente” (LARROSA, 2002, p. 14).

O ato de ler é tomado, então, por uma lógica econômica de *trade-off*²⁹, de troca, onde previamente determinamos um objetivo específico para cada leitura na tentativa de obter algo para determinado fim, já dado – a atividade da leitura enquanto uma espécie de ação econômica otimizadora.

Da mesma maneira, por exemplo, se faz com o cinema e com as *leituras* dos filmes. Se um professor passa determinado filme para seus alunos, ora está almejando uma melhor eficiência do processo de aprendizagem (no sentido tecnicista do termo), ora o faz com vistas a tornar seus alunos críticos no sentido de formar para a cidadania. Dificilmente tal prática é compreendida sob a ótica de produção de novos sentidos. Mortifica-se a experiência decorrente do encontro com o filme na medida em que se direciona o olhar, preenchendo teoricamente essa relação com a imagem, sendo que a “experiência da leitura não consiste somente em entender o significado do texto, mas em vivê-lo” (LARROSA, 2002, p. 17), sendo que a experiência da *leitura* de um filme não consiste somente em entendê-lo, interpretá-lo e entender seu significado, mas experienciá-lo.

Análise semelhante é a de Deleuze e Guattari no texto *Introdução: rizoma* (2000), no qual distinguem o que denominam a lógica arborescente (radícula, raiz fasciculada) da rizomática (na perspectiva de uma teoria das multiplicidades), caracterizando a figura do livro em três tipos. O livro-raiz viria ao encontro dessa lógica arborescente, na medida em que imita o mundo, a arte, a natureza, e traz consigo uma interioridade, seguindo a linha da reflexão e da interpretação. O livro radícula (ou fasciculada), apesar de abolir sua raiz principal, “sua unidade subsiste ainda como passado ou porvir” (DELEUZE; GUATTARI, 2000, p. 14) e, ao conceder uma linearidade à multiplicidade, cristaliza-se em uma estrutura, diminuindo suas possibilidades de combinação, ou seja, o livro continuaria ainda nessa acepção, enquanto imagem do mundo (não rompendo com o dualismo sujeito-objeto).

O livro seria um *agenciamento*, e não uma imagem do mundo. Ele é uma multiplicidade, e como tal não possui um sujeito ou objeto, mas *matérias diferentemente formadas, de datas e velocidades muito diferentes*. E mais: ao

²⁹ *Trade-off* é uma expressão da economia utilizada para caracterizar uma situação em que há conflito de escolha e se caracteriza como uma ação econômica que visa resolver determinado problema, mas acarreta outro, obrigando a uma escolha. Tal escolha, inclusive, é objeto de mensuração da teoria econômica convencional em funções de utilidades.

atribuirmos um sujeito ao livro desconsideramos todo o trabalho *das matérias e a exterioridade de suas correlações*.

Não se trata, portanto, de se extrair um significado, uma compreensão, ou mesmo uma interpretação de um livro, pois, enquanto agenciamento, ele vai se conectar a outros agenciamentos (multiplicidades) que podem ou não funcionar, que podem ou não fazer passar intensidades. Tais agenciamentos envolvem necessariamente fluxos semióticos, materiais e sociais simultaneamente.

Um agenciamento, contudo, é sempre agenciamento maquínico de desejo (conteúdo) e agenciamento coletivo de enunciação (expressão), ligados necessariamente um ao outro, e à sua exterioridade portadora de multiplicidades, sendo que, ao funcionar, o agenciamento já não é mais o mesmo.

O livro (ou o rizoma), então, seria composto por diferentes tipos de linhas *de* “segmentaridade, de estratificação, como dimensões, mas também linhas de fuga ou de desterritorialização como dimensão máxima segundo a qual, em seguindo-a, a multiplicidade se metamorfoseia, mudando de natureza” (DELEUZE; GUATTARI, 2000, p. 32).

O rizoma, então, não seria composto de unidades, mas dimensões – sistema *acentrado* não hierárquico e não significante, que não tem um começo ou fim, mas “sempre um meio pelo qual ele cresce e transborda” (DELEUZE; GUATTARI, 2000, p. 32), ou seja, ele não é objeto de reprodução, mas *procede por variação, expansão, conquista, captura, picada* como que um mapa que se constitui por múltiplas entradas e saídas. O rizoma se conecta a qualquer outro ponto de natureza não necessariamente semelhante.

Voltando à questão da experiência, para Larrosa, a experiência é o que nos passa, nos toca, nos mobiliza (LARROSA, 2002, p. 21). Na era da informação, muitas coisas se passam, mas poucas de fato nos acontecem, pois informação não é experiência. A obsessão pela informação, na verdade, é o que impede que as coisas nos *aconteçam*.

Se a experiência se refere ao que nos passa, nos toca, nos mobiliza, ela depende do acontecimento, da relação que se estabelece com a exterioridade – algo que vem de fora e que é estrangeiro a mim – ela depende de um outro. “*No hay experiencia, por tanto, sin la aparición de un alguien, o de un algo, o de un eso, de un acontecimiento en definitiva, que es exterior a mi*” (LARROSA, 2010, p. 7).

O lugar da experiência, na medida em que supõe um acontecimento (que é exterior a mim), se dá em mim, seja nas minhas palavras, ideias, representações ou sentimentos, e por isso caracteriza um movimento *de ida e volta*. De *ida* em relação à exterioridade – ao acontecimento – e *volta* no sentido de que tal acontecimento me afeta, produzindo efeitos e reverberações.

O sujeito da experiência é, então, um sujeito “*abierto, sensible, vulnerable, ex/puesto*” (LARROSA, 2009, p.), ou seja, muito mais um sujeito paciente, nos sentido de disponibilidade para o encontro do que um sujeito ativo, lembrando que o mesmo radical indoeuropeu *ex*, de *experiência*, *exterior*, se remete à ideia de travessia, passagem, caminho, viagem. O sujeito da experiência aqui é compreendido como um território de passagem, uma superfície de sensibilidade, bem diferente de outras concepções tradicionais e estruturalistas como a psicanálise.

Ao pensar a educação, o autor chega a afirmar a existência de uma lógica de destruição da experiência em que os aparatos educacionais “funcionam cada vez mais no sentido de tornar impossível que alguma coisa nos aconteça” (LARROSA, 2002, p. 23).

Para Larrosa,

[...] experiência é um saber que não pode separar-se do indivíduo concreto em quem encarna. Não está, como o conhecimento científico, fora de nós, mas somente tem sentido no modo como configura uma personalidade, um caráter, uma sensibilidade ou, em definitivo, uma forma humana singular de estar no mundo, que é por sua vez uma ética (um modo de conduzir-se) e uma estética (um estilo). Por isso, também o saber da experiência não pode beneficiar-se de qualquer alforria, quer dizer, ninguém pode aprender da experiência de outro, a menos que essa experiência seja de algum modo revivida e tornada própria (2002, p. 27).

Produzir um saber a partir da experiência com as sessões de cinema, as oficinas de produção de imagem, mas, sobretudo, com as imagens produzidas nesses encontros; permitir-se uma relação com a imagem como outro e compor junto: esse foi o grande objetivo dessa forma de expressão que se denominou dissertação-fílmica.

Para isso, foi criada a ideia de *planofragmentos*, que são nada mais que miniensaios produzidos com imagens, textos, diálogos, filmes, músicas, enfim,

minitextos, que não necessariamente seguem uma lógica narrativa linear, mas que estão aqui organizados/montados sob a forma de cenas.

A seção *PRODUÇÃO* está, então, dividida em cinco cenas, montadas a partir de 24 planofragmentos. São elas: *Higienização Social*, *A loucura*, *A Reforma Psiquiátrica*, *IV Feira de Economia Solidária e de saúde mental* e *CAPS – o cotidiano e a produção de loucura*. Algumas cenas têm um caráter mais imagético, outras mais conceituais; no entanto, como já dito, ostentam, de certa forma, um caráter não linear mesmo no que diz respeito ao cronológico dos *acontecimentos* desse percurso³⁰.

Tais montagens apontam para a problematização de questões como a loucura e a reforma psiquiátrica em um contexto de sociedade de controle e medicalização da vida, mais particularmente, no que se refere à reprodução de uma lógica médica da loucura no âmbito da micropolítica das relações.

³⁰ As produções da feira de economia solidária e saúde mental, por exemplo, estão na quarta cena enquanto as discussões acerca das sessões de cinema estão nas primeiras, e as produções no CAPS na última cena.

CENA I

Higienização social

PLANOFRAGMENTO

Bicho de Sete Cabeças

Pai,

As coisas ficam muito boas quando a gente esquece. Mas eu não esqueci o que você fez comigo. Eu não esqueci a sua covardia. Agora você vai me ouvir. Estou te mostrando a porta da rua pra você sair sem eu te bater. Eu lembro de uma frase que você me disse uma vez: eu cheguei onde eu cheguei e quero ver onde você vai chegar. Pois é, eu cheguei aqui. Aqui é meu lugar. Você conseguiu. Me fez menor do que você. O seu mundo aí fora é grande demais para mim. (filme Bicho de Sete Cabeças)

O filme *Bicho de Sete Cabeças*, de Laís Bodanzki, termina com a respectiva carta de Beto enviada a seu pai. Internado em um manicômio, Beto passa por mais uma situação de violência, que o faz colocar fogo na própria solitária – como que sua única ou última forma de existência, de reexistência.

A ideia da internação é utilizada no âmbito da psiquiatria, geralmente, como uma resposta à situação de crise,

Por uma decisão técnica (de gravidade) e administrativo-legal (referente, de modo mais ou menos oculto, à periculosidade social e pessoal). A internação furta a pessoa ao seu contexto e a subordina a regras institucionais baseadas em uma abordagem medicalizante. Na realidade, a observação clínica limita o próprio interesse específico à área sintomatológica e é incompatível com a vida integral do paciente (DELL'AQUA; MEZZINA, 2005, p. 176).

Segue, então, a música *Bicho de Sete Cabeças* de Zé Ramalho, Geraldo Azevedo e Renato Rocha, interpretada por Zeca Baleiro:

*Não tem pé, nem cabeça
 Não tem ninguém que mereça (não tem ninguém que mereça)
 Não tem coração que esqueça (não tem pé, não tem cabeça)
 Não tem jeito mesmo
 Não tem dó no peito (Não dá pé, não é direito)
 Não tem nem talvez ter feito (não foi nada, eu não fiz nada disso)
 O que você me fez desapareça (E você fez um)
 Cresça e desapareça... (Bicho de Sete Cabeças)
 Bicho de Sete Cabeças!*

E alternam-se dizeres sobre Austregésilo Carrano e da situação da saúde mental brasileira à época³¹:

*Este filme é inspirado em fatos reais vividos por Austregésilo Carrano.
 Carrano contou sua história no livro Canto dos Malditos.
 Hoje Carrano é um ativista do movimento antimanicomial.
 Neste momento existem 70.000 pessoas internadas em hospitais psiquiátricos no Brasil.*

Falecido recentemente, Carrano foi um dos maiores símbolos da luta antimanicomial no Brasil. O motivo de sua internação foi seu pai ter encontrado um

³¹ O filme *Bicho de sete Cabeças*, de Laís Bodanzky, é de 2001, ano da aprovação da Lei Paulo Delgado, que trata da Reforma Psiquiátrica.

cigarro de maconha em sua jaqueta. Ficou internado anos em hospitais psiquiátricos (no Rio de Janeiro e em Curitiba) e com muitas sequelas...

Sequelas... e... Sequelas

Sequelas, não acabam com o tempo... amenizam.
Quando passa em minha mente as horas de espera,
sinceramente, tenho dó de mim.
Nó na garganta, choro estagnado, revolta acompanhada de
longo suspiro.

Ainda hoje, anos depois, a espera é por demais agonizante.
Horas, minutos, segundos, são eternidades martirizantes. Não
começam hoje, haviam adormecido, com muito custo... co-
migo.

Esta espera, oh Deus!... É como nunca pagar o pecado original,
E sim, ser condenado a morte várias vezes.
Quem disse que só se morre uma vez?

Sentidos se misturam, batidas cardíacas invadem a audição.
Aspirada não é a respiração... é introchada. Os nervos já
Não tremem... dão solavancos. A espera está acabando. Ouço
barulho de rodinhas.

A todo custo, quero entrar na parede. Esconder-me,
fazer parte do cimento do quarto. Olhos na abertura da porta rodam
a fechadura. Já não sei quem e o que sou.
Acuado, tento fuga alucinante. Agarrado, imobilizado,.. escu-
to parte do meu gemido.
Quem disse que só se morre uma vez?

Austregésilo Carrano
(poema de abertura do Livro Canto dos Malditos)

Quais os efeitos de um cigarro de maconha perto das violências, do sofrimento e das sequelas decorrentes da internação psiquiátrica? No caso de Carrano, tal discussão se estende para a questão da *Guerra às drogas*, que há um bom tempo já vem mostrando seu grau de esgotamento, tanto por sua ineficácia quanto por sua perversidade, em relação à qua a experiência de Carrano é emblemática. Há mais de 50 anos, em 1961, a Organização das Nações Unidas convencionou o fracasso do *proibicionismo*, mas ele perdura como base de atuação de diversos países na América latina, influenciados, sobretudo, pelos Estados Unidos.

Inicialmente, merece atenção a maneira equivocada como é utilizado o termo “droga”, que já traz consigo um modo moral no trato da questão. Colocada sob o

manto do dilema do que é bom ou mau, ela é diretamente associada ao ilícito e à dependência química, em prática de juízo de valor tão pobre que assusta quanto à sua demonização. Curiosamente, isso ocorre em meio a um crescente assustador abuso de drogas lícitas, que tem levado milhões de pessoas à dependência química de fato. É o que mostra a Junta Internacional de Fiscalização de Entorpecentes (JIFE), da ONU, em relatório divulgado recentemente³², sobre drogas, ao afirmar que

As pessoas tendem a achar que o abuso de medicamentos prescritos é apenas um uso inadequado de substâncias para tratar problemas de saúde. Mas esses incidentes são frequentemente resultado de um vício que pode ser tão letal como a dependência de drogas como a heroína ou a cocaína. (JIFE, 2012,)

Por isso o uso do termo *substâncias psicoativas* talvez seja mais adequado, no sentido de se tratar de substâncias que de alguma maneira mobilizam ou alteram o organismo, a sensibilidade, e que não necessariamente implicam em um mau encontro, como bem lembra o grande artista e ex-ministro Gilberto Gil – que afirma em entrevista comemorativa de seu aniversário de 70 anos que utilizou frequentemente maconha até seus 50 anos, ressaltando seus benefícios à música popular brasileira e à bossa nova³³.

Desconsidera-se que substâncias como a maconha sempre estiveram presentes nas mais diferentes culturas e que não existe relato de nenhum povo sequer cujo uso não faça parte de sua história. Na verdade, foi apenas no século XX que a questão se transformou em um problema de polícia, com o combate ao tráfico e, sobretudo, ao usuário, postulando a ele duas alternativas: a prisão ou a internação.

A despeito dos avanços da Reforma Psiquiátrica brasileira, há uma série de políticas repressivas em plena expansão, como no Estado de São Paulo seja com a experiência da cracolândia, seja em razão dos impressionantes números acerca da internação compulsória de dependentes químicos³⁴.

³² Relatório de Junho de 2012

³³ Entrevista realizada em comemoração de seus 70 anos de idade, disponível em: <<http://tvuol.uol.com.br/assistir.htm?video=bossa-nova-e-reggae-se-beneficiaram-da-maconha-diz-gil-04024E983670E0C12326>>.

³⁴ Segundo levantamento realizado pelo jornal *O Estado de São Paulo*, nos últimos 8 anos, 5.103 pessoas foram internados em função de dependência química (crack, cocaína, heroína e maconha). Número esse que aumenta para 32.719 se forem considerados demais casos psiquiátricos. Ainda

PLANOFRAGMENTO

Conversando com o Bicho de Sete Cabeças

O filme sugerido pelos usuários para dar início à sessão de cinema que, em um primeiro momento, anteciparia as produções imagéticas no CAPS, curiosamente, foi *Bicho de Sete Cabeças*. Com o objetivo de fazer um *making-of* da sessão de cinema, que acabou por disparar muitas *conversações* no grupo de oito usuários, fiz duas filmagens: uma antes e outra depois do filme. Atenho-me aqui à segunda, pelas intrigantes questões mobilizadas.

No vídeo, a câmera balança desajeitadamente. Postura pouco convencional para alguém que vai trabalhar com produção de imagens em seu mestrado. Os créditos sinalizam o fim do filme e com ele o silêncio logo interrompido por **Simone**:

- (1) *Simone*: - *Aconteceu tudo isso aí comigo.*
- (2) *Pesquisador*: - *Oi!?*

O *zoom in* e o *zoom out*³⁵ grosseiramente manejados entregam que, definitivamente, a técnica nas filmagens não é o forte do pesquisador.

- (1) *Simone*: - *Tudo o que aconteceu com esse moço aconteceu comigo. Tudo isso aí comigo.*
- (2) *Paula*: - *Você não tentou se matar não, né?!*
- (3) *Simone*: - *Só não tentei me matar. Me falavam...*

Não se consegue ouvir ao certo o que **Simone** diz já que depois do silêncio dos créditos, o filme voltou à tela inicial do menu do DVD e, com ele, a música *Fora de si* de Arnaldo Antunes.

segundo o jornal, esses dados são do Ministério Público Estadual, que deve ser notificado quando da internação compulsória mediante aprovação da família em um prazo de 72 horas, mas que, no entanto, não considera a existência de muitas clínicas clandestinas que não fazem tal notificação (justamente por serem irregulares – sem estrutura física e médica), o que aumenta sobremaneira esses números.

³⁵ Expressões do cinema utilizadas para definir um zoom para frente e/ou para trás.

eu fico louco
 eu fico fora de si
 eu fico assim
 eu fica fora de mim
 eu fico um pouco
 depois eu saio daqui
 eu vai embora
 eu fico fora de si

eu fico oco
 eu fico bem assim
 eu fico sem ninguém em mim

Apesar da compreensão das falas em si ficar comprometida, de alguma maneira, o acaso *fora de si* da música compõe com as *conversações*...

(1) **Simone:** - *Fiquei quatro vezes internada. Entre a vida e a morte. Daí meu marido pedia pra tirar eu de lá... Me internaram lá no Bezerra³⁶. Eu ia pelo plano médico depois eu ia pelo governo. Tudo isso que aconteceu com o moço, aconteceu comigo. Davam serra leão em mim! Amarrava eu, sabe?! Largava lá na casa abandonada!*

Não se pretendia estabelecer um debate acerca da Reforma Psiquiátrica, mesmo porque a escolha do filme coube ao próprio grupo, mas o encontro com o filme disparou relatos e discussões, sobretudo, acerca da internação e da violência nos hospitais psiquiátricos por muitos ali experienciadas.

A incessante produção de imagens na TV, no cinema, na *internet* marca nossa época e tem implicado uma significativa ampliação de trabalhos ligados à imagem e, como dito anteriormente, essa relação tem sido marcada principalmente pelo viés da utilidade. Na educação, por exemplo, ela tem sido utilizada como um recurso pedagógico, uma ferramenta para se alcançar determinado objetivo (ou meta) previamente estipulado. Assim, o professor exhibe um filme com objetivo de melhorar a eficiência do processo de aprendizagem dos alunos. Um processo de

³⁶ *Bezerra de Menezes* é um hospital psiquiátrico do município de Rio Claro.

aprendizagem concebido de maneira uniforme e padronizada, no qual as pessoas aprendem (ou deveriam aprender) todos da mesma forma – massificadamente. Simplesmente desconsidera-se o fato de que cada um experiencia o filme de uma forma e é afetado de um jeito diferente, o que produz em cada um diferentes sentidos; na verdade não há possibilidade de controle sobre o processo de aprendizagem dos alunos.

Na verdade a questão da utilidade não está presente apenas no âmbito da problemática da imagem: ele persevera há tempos na Educação, mas hoje encontra-se mais acentuada retificando uma concepção positivista, na qual os professores são vistos como os especialistas técnicos que devem aplicar essas tecnologias pedagógicas.

Na perspectiva de pensar outras possibilidades na relação entre educação, cinema e arte, alguns trabalhos de Leite (*O enredo que encena a educação: a construção de olhares a partir da infância, do cinema e da formação do professor e Ação, câmera, luz: entre imagens e olhares, experiência de infância e montagens*), sobretudo, *Infância, Experiência e Tempo*

[...] possuem como eixo central refletir a “força” da imagem, e mais especificamente do cinema, nos espaços de formação, a princípio a formação docente e posteriormente a formação nos processos de produção de subjetividade e, mais diretamente, da criança. (LEITE, 2011, p. 19)

Trata-se de uma superação desse modo utilitário e cientificista na perspectiva de pensar “a educação e a arte como lócus potente de produção de sentidos e subjetividades” (LEITE, 2011, p.19) e a educação como experiência.

Essa proposta de pensar a pesquisa como experiência acabou se desdobrando em novos trabalhos com diferentes grupos, o que levou à constituição, em 2010, do *I-mago: laboratório da imagem, experiência e cri[er]ção*, um grupo de professores e alunos da graduação e pós-graduação ligados ao programa de pós-graduação em Educação da UNESP Rio Claro – um *laboratório de multiplicidades*.

Laboratório não no sentido de experimento, algo que é passível de testes comprobatórios que encontram sempre o mesmo resultado (por repetição), mas algo da ordem da experiência, do singular, do único, do inédito. Compreende-se aqui experiência como um percurso, uma travessia que

[...] não é o caminho até um objetivo previsto, até uma meta que se conhece de antemão, mas é uma abertura para o desconhecido, para o que não se pode antecipar nem “pré-ver” nem “pré-dizer”. (LARROSA, 2001, p. 28)

Crianças, usuários de saúde mental, professores da rede pública municipal e idosos são alguns dos diferentes grupos com os quais o I-mago desenvolveu oficinas de produção imagéticas, abarcando diferentes domínios, como música, poesia, dança, infância e, agora, com o presente trabalho, a questão da loucura e da saúde mental.

Talvez essa diversidade esteja de certa forma vinculada à forma aberta de se pensar a metodologia com a pesquisa como experiência. Uma pesquisa que não fecha, não acaba, não termina (*intermezzo*), mas se conecta por rizoma na medida que novos caminhos vão se criando no decorrer da travessia da pesquisa.

PLANOFRAGMENTO

A internação na Idade Clássica e a Cracolândia no século XXI

O gesto que aprisiona não é mais simples: também ele tem significações políticas, sociais, religiosas, econômicas e morais. (FOUCAULT, 2008, p. 53)

Segundo Foucault, a internação surge na Idade Clássica, desvinculada da ordem médica, a despeito do que costumeiramente se imagina. Antes de serem o lugar da doença propriamente dito, tais espaços eram pensados com outros propósitos. Não havia nenhuma discriminação de sexo, localidade ou mesmo se eram portadores de doenças *curáveis ou incuráveis*, como atesta o decreto de 26 de fevereiro de 1656, do Rei da França, que criou o Hospital Geral de Paris – uma referência simbólica do processo de internação na época, que vai delimitar, com os séculos seguintes, um novo *lugar social* para o louco e a loucura.

Já existiam, na França, diversos estabelecimentos com tais características de isolamento, mas foi com o respectivo decreto que eles são agrupados sob uma única administração e com uma destinação específica: alojar os pobres. Aliás, o termo *hospital*, em latim, significa hospedagem, hospedaria, hospitalidade e foi criado para denominar as instituições religiosas de caridade da Idade Média.

O médico é um personagem, de fato, presente no Hospital Geral. Eles visitam cada uma das casas da instituição duas vezes por semana, mas o papel deles ali é, antes de qualquer coisa, evitar a transmissão de doenças entre os internos. Ou seja, não é “porque se tem consciência de que aí são internados doentes, é porque se teme a doença naqueles que já estão internados” (FOUCAULT, 2008, p. 115), o que reforça o fato de que antes de ser uma instituição médica, o Hospital é uma instância da ordem monárquica e burguesa francesa; uma espécie de entidade semijurídica que, junto a outros poderes, decide, julga e executa desempenhando um duplo papel de assistência e repressão.

Já na Inglaterra a internação se remete ao nascimento das chamadas casas de correção que tinham como objetivo dar *punição aos vagabundos e alívio aos pobres*. Mais tarde se abriram à exploração da empresa privada (em moinho, fiação,

tecelagem) tendo em vista a mão de obra barata que representavam os internos e a emergência da Revolução Industrial.

Nesse sentido, não é o louco a figura central da internação na Idade Clássica, mas sim uma nova relação com a miséria e com os deveres da assistência, que é fruto de “novas formas de reação aos problemas econômicos do desemprego e da ociosidade, uma nova ética do trabalho e também do sonho de uma cidade onde a obrigação moral se uniria à lei civil, sob as formas autoritárias de coação” (FOUCAULT, 2008, p. 56).

Diferentemente da perspectiva da igreja na Idade de Média, de glorificação da miséria e da caridade (com a sua promessa de salvação), a partir da Reforma protestante e, em especial com Martinho Lutero, emerge o caráter de predestinação – de uma vontade particular de Deus para explicar a miséria e a caridade. Agora, a pobreza é vista como castigo. A miséria não mais deve ser exaltada, mas suprimida, e cabe às cidades e aos Estados substituírem a Igreja nessa função de prover assistência a partir de impostos, coletas e doações. O homem, na sua obrigação em relação à sociedade, deve eliminar a miséria (vista como um efeito da desordem – e um obstáculo da ordem).

Para combater a mendicância e da vagabundagem criam-se as casas de trabalho forçado. Antes vistas sob a ótica da humilhação e da glória, essas pessoas são compreendidas, nesse momento, como uma desordem da sociedade passando de uma perspectiva religiosa (que as santifica) para uma perspectiva moral (que as condena).

A internação era determinada por autoridades reais e judiciárias e cabia ao diretor do hospital o poder absoluto sobre todas as pessoas que se configuravam potenciais internos da instituição. Ou seja, instaurou-se uma dinâmica de controle e vigilância dos miseráveis que deveriam ser registrados e recolhidos, seja para internação, seja para as *casas de trabalho*.

Com a mudança do discurso da santificação da miséria, a igreja católica passou a dividir o mundo cristão entre o bom pobre (aqueles que aceitam o internamento e são submissos à ordem) e o mau pobre (aqueles que se recusam e que por isso mesmo mais que justificam sua própria internação), perpetuando um duplo jogo de benefício e punição que justifica a utilidade da internação conforme a contingência que se apresenta (ou melhor, a pessoa a quem se aplica) – dicotomia que coloca a pessoa no campo de uma valoração moral.

Essa valoração moral vai caracterizar a estrutura e a significação da internação e repercutir, inclusive, de forma decisiva em uma concepção (dividida) da própria loucura. Na medida em que há uma dessacralização da miséria, ou seja, a miséria passa a ser encarada no âmbito da moral, há também uma dessacralização da própria loucura e do louco, que passam a ser vistos sob a ótica

[...] de um problema de “polícia” referente à ordem dos indivíduos na cidade. Outrora ele era acolhido porque vinha de outro lugar; agora, será excluído porque vem daqui mesmo, e porque seu lugar é entre os pobres, os miseráveis, os vagabundos. A hospitalidade que o acolhesse tornará, num novo equívoco, a medida de saneamento que o põe fora do caminho. De fato, ele continua a vagar porém não mais no caminho de uma estranha peregrinação: ele perturba a ordem do espaço social. Despojada dos direitos da miséria e de sua glória, a loucura, com a pobreza e a ociosidade, doravante surge, de modo seco, na dialética imanente dos Estados (FOUCAULT, 2008, p. 63).

A familiaridade com que a loucura era tratada na Idade Média é reduzida ao silêncio, na era clássica, com a internação. O autor refere-se ao fato de que na Renascença os loucos eram colocados em barcos e navios (*Nau dos loucos*) e levados de uma cidade a outra: “navios altamente simbólicos de insanos em busca da razão” (FOUCAULT, 2008, p. 10). Sendo que, agora, eram vistos como um problema de polícia, no sentido clássico do termo, devido ao imperativo do trabalho. A demanda pela internação viria antes de um imperativo do trabalho que de um sentido médico propriamente dito.

*PLANOFRAGMENTO**É a economia (e a moral), estúpido!**It's economy, stupid!*

A frase acima de James Carville, estrategista de campanha eleitoral do ex-presidente norte-americano Bill Clinton, “fez história”. Na ocasião, o democrata venceu as eleições de George H. Bush (que disputava sua reeleição) insistindo na tecla da economia frente à recessão econômica mesmo apesar da então recente vitória norte-americana na Guerra no Golfo. A célebre frase chama atenção para a importância que as questões econômicas, muitas vezes, adquirem na definição de políticas e mesmo na criação de determinadas instituições.

Foucault aponta, por exemplo, em *A História da loucura* que por trás da internação no século XVII estaria a crise econômica pela qual passava a Europa. Seria uma resposta frente à “diminuição dos salários, desemprego, escassez de moeda, devendo-se este conjunto de fatos, muito provavelmente, a uma crise na economia espanhola”. (FOUCAULT, 2008, p.66) O receio em relação a essa nova praga, que era o aumento dos pobres, era de tal ordem que data dessa época as proposições de mandá-los às Índias Orientais e Ocidentais recém-descobertas.

A internação seria uma possibilidade de responder à problemática do desemprego e, ao mesmo tempo, ocultar os efeitos sociais mais visíveis decorrentes da crise diretamente sobre o mercado de mão-de-obra e os preços de produção, pois os internos seriam vistos como uma alternativa de “mão-de-obra barata nos tempos de pleno emprego e de altos salários; e em período de desemprego, reabsorção dos ociosos e proteção social contra a agitação e revoltas”. (FOUCAULT, 2008, p.67)

No entanto, a estratégia de colocar as pessoas em ateliês obrigatórios mostrou-se um fracasso na medida em que retirou os empregos de regiões vizinhas (e de setores similares) e criou uma artificialidade na formação dos preços dos produtos manufaturados, já que não computavam os custos decorrentes da própria internação.

Essa relação estabelecida entre internação e trabalho se deu pela ótica econômica, mas também, e sobretudo, pela moral. Mesmo o Hospital Geral não tinha apenas o aspecto de

um ateliê de trabalho forçado, mas antes de uma instituição moral encarregada de castigar, de corrigir uma certa “falha” moral que não merece o tribunal dos homens mas que não poderia ser corrigida apenas pela severidade da penitência. (FOUCAULT, 2008, p.74)

A virtude se torna assunto de Estado e deve ser objeto de leis e decretos cuja finalidade era garantir a sua exequibilidade. Ou seja, tem-se na ideia da internação uma garantia (do mito) da felicidade social da família burguesa.

Em relação à homossexualidade, por exemplo, passa a ser extremamente condenada nesse momento e a moral da família se sobrepõe à questão da sexualidade diferentemente da Renascença.

As velhas formas do amor ocidental são substituídas por uma nova sensibilidade: a que nasce da família e na família; ela exclui, como pertencendo à ordem do desatino, tudo aquilo que não é conforme à sua ordem ou ao seu interesse (FOUCAULT, 2008, p.91).

A internação é o lugar onde uma série de condutas condenadas pela família burguesa são agrupadas e acaba formando um *halo de culpabilidade em torno da loucura*. (FOUCAULT, 2008, p.92) Mesmo a feitiçaria, a magia e a alquimia também são acometidas por essa moral que acaba por defini-las como da ordem das intenções maléficas – *ilusão do espírito a serviço das desordens do coração*. (FOUCAULT, 2008, p.97)

A internação tem sentido de conduzir de volta a verdade através da coação moral, como lembra Foucault ao citar o caso de Forcroy que ficou internado seis anos por criticar a religião. A libertinagem era vista como erro, uma falta, e era estigmatizada como insanidade. Nesse sentido, devia-se puni-la para que a verdade de fato aparecesse. Ao condenar o pensamento livre, estabelecia-se, então, uma divisão entre razão e loucura. A loucura concebida enquanto irracionalidade.

Em suma, o hospital que antes era tido como uma instituição de caridade (religiosa) passou a incorporar funções sociais e políticas, principalmente com a ida

dos médicos a essas instituições que tinham como objetivo inicial a humanização e adequação dessas instituições ao novo espírito moderno da Revolução Francesa, mas que, com o tempo, transformou-as em instituições médicas.

CENA II

A loucura

PLANOFRAGMENTO

A moral, a medicina e os contos proibidos do Marquês de Sade

Com o fim das Cruzadas e da lepra, os doentes venéreos foram os primeiros a ocupar os antigos leprosários. Posteriormente, juntaram-se a eles os loucos, devassos, libertinos, cujo agrupamento desses indivíduos passou a configurar um espaço moral de exclusão. A *terapêutica* utilizada para com os doentes venéreos nos auxilia a compreender um pouco das próprias *terapêuticas* utilizadas em relação à loucura no século XIX. Vista antes como impureza do que doença de fato, a doença venérea traz uma ideia de purificação que vai potencializar a aliança entre a medicina e a moral, sobretudo, em relação à loucura.

[...] se é preciso cuidar do corpo para eliminar o contágio, convém castigar a carne, pois é ela que nos liga ao pecado e não apenas castigá-la, mas pô-la à prova e mortificá-la, não rezear deixar nela vestígios dolorosos, porque a saúde transforma muito facilmente nosso corpo em ocasião para o pecado. (FOUCAULT, 2008, p.86)

O filme *Contos Proibidos do Marques de Sade*, de Philip Kaufman (2000), traz um pouco desse universo do século XVIII em que a relação entre a medicina e a moral se intensifica; o conflito entre ciência e religião propicia uma mudança de discurso em relação à miséria; e ganha importância o ideal do trabalho (com a emergência das casas de trabalho).

A obra é baseada na história do aristocrata francês e escritor libertino Donatien Alphonse François de Sade, mais conhecido como Marquês de Sade, foi perseguido pela monarquia do Antigo regime, pelos revolucionários de 1789 e pelo

próprio Napoleão em função de suas críticas à moralidade dos bons costumes da sociedade da época, como se nota em um trecho recortado do filme.

Caro leitor: Tenho um conto picante para lhe narrar retirado das páginas da história. A mais pura verdade. Mas garanto que estimula os sentidos. É a história da senhorita Renard, uma jovem aristocrata adorável cujas tendências sexuais passaram do encantador ao bestial. Quem não sonha satisfazer seus desejos entregando-se a cada um deles? Devido à sua origem nobre, a senhorita Renard tinha imunidade para fazer o que quisesse infligindo dor e prazer com igual deleite até que um dia ela se viu à mercê de um homem tão perverso quanto ela. Um homem cuja habilidade na arte da dor excedia a dela própria. Quão facilmente, querido leitor, uma pessoa passa de predador à presa. E quão rapidamente o prazer é tirado de uns e dado a outros. (Filme Contos Proibidos do Marquês de Sade)

A senhorita Renard é, na primeira cena do filme, guilhotinada em praça pública sob o excitado olhar do protagonista, o Marquês de Sade.

Em seu romance *120 dias de Sodoma*, Sade conta a estória de nobres devassos que abusam de crianças raptadas em um castelo de luxo em meio a um clima marcado por violência, coprofagia³⁷, mutilações e assassinatos. A instituição a *posteriori* do termo médico (e psicanalítico) *sadismo* vem, inclusive, do nome do marquês e faz referência à “perversão sexual em que a satisfação está ligada ao sofrimento ou à humilhação a outrem”. (LAPLANCHE; PONTALIS, 2001, p.465)

O filme apresenta um enredo ambientado no ano de 1794. Internado no Sanatório de Charenton e contando com a ajuda da enfermeira e admiradora Madeleine, que encaminha seus manuscritos para fora do sanatório, o Marquês publica seus textos e mobiliza a ira da sociedade moral da época. Seu romance *Justine* faz Napoleão enviar Dr. Royer-Collard, alienista notável do Hotel Dieu, ao sanatório para avaliar a instituição e curar o nobre devasso, ou melhor, puni-lo com vistas a adequá-lo aos bons costumes. A cura é aqui compreendida enquanto da ordem da moral, uma forma de correção.

³⁷Coprofagia é a prática de ingestão de fezes. Os termos latinos *copro* e *fagia* significam, respectivamente, fezes e ingestão.

No Sanatório Charenton, coordenado por um jovem abade, há uma multiplicidade de internos: homens, mulheres, homossexuais, jovens, velhos, loucos, não-loucos e indivíduos doentes que desenvolvem uma série de atividades como pintura, canto, teatro conjuntamente. Nesse ambiente, o Marquês tem acesso a livros, boa alimentação, vinhos e demais privilégios que não teria em uma prisão e que o possibilita dedicar-se intensa e inteiramente à sua escrita picante tão odiada e, ao mesmo tempo, tão adorada pela sociedade da época.

Para o doutor alienista, tais práticas seriam decorrentes de uma postura idealista e caberia a ele o dever e a missão com a sociedade de

pegar as aberrações de Deus e aqueles que ele abandonou e tratá-los com a mesma força e o mesmo rigor usados para treinar um cão feroz ou um cavalo selvagem. Pode não ser agradável, mas é um ato de misericórdia. (trecho do Filme Contos Proibidos do Marquês de Sade)

Já para o abade, anjos e demônios poderiam habitar o mesmo homem; o fundamental seria *nos guardar de nossa própria corrupção*. O abade que resiste à tentação do amor pela enfermeira Madeleine *enlouquece* ao final do filme quando da morte de sua amada.

A instituição passa ao longo do filme por duas transformações com a vinda do Dr. Royer Collard. A primeira ocorre quando se abolem as atividades de dança, teatro e pintura tidas como terapêuticas pelo abade e se institui uma série de violências como no caso do Marquês que, depois de ter sua língua cortada, é morto.

A segunda fase inicia-se quando o próprio abade torna-se mais um dos internos da própria instituição que coordenava e que agora encontra-se sob administração do médico alienista. O sanatório é, então, transformado em uma casa de trabalho onde *os doentes têm que trabalhar para seu próprio sustento* (trecho filme). Ironicamente, o filme termina com o sanatório em plena atividade com sua gráfica produzindo, a todo vapor, exemplares de *Justine* para ser exportado a toda a Europa.

PLANOFRAGMENTO

Dor e Sofrimento

Mesmo depois de alguns séculos, ao que parece, permanece uma perspectiva moral vista no século XVII que apregoa a eliminação dos efeitos da desordem e/ou os obstáculos da ordem da sociedade. Mudam-se os protagonistas, mas a lógica perversa permanece. Um exemplo disso foi visto com o recente episódio da Cracolândia no município de São Paulo. No início de janeiro de 2012, uma operação policial promovida pela prefeitura e governo do estado de São Paulo, na região da Luz, surpreendeu por seu caráter higienista. A região é popularmente conhecida como Cracolândia por ser, há anos, reduto de usuários de crack e outras drogas.

O *Plano de Ação Integrada Centro Legal* baseou-se na estratégia *dor e sofrimento*. Segundo o coordenador de Políticas sobre Drogas Luiz Alberto Chaves de Oliveira, a primeira etapa de ocupação policial tinha como objetivo acabar com a estrutura logística dos traficantes. A atuação da Polícia Militar resumiu-se a abordar e a dispersar quem consumisse drogas em público ou, simplesmente, aglomerasse no local onde moravam cerca de 400 dependentes químicos ali onde, diariamente, mais de 1600 pessoas compravam crack.

Para Chaves de Oliveira, a falta da droga e a dificuldade de fixação fariam com que as pessoas buscassem tratamento (internação voluntária). Em sua palavras, “Como é que você consegue levar o usuário a se tratar? Não é pela razão, é pelo sofrimento” (CHAVES DE OLIVEIRA, 2012, p.24, in *Carta Capital*,). A estratégia *dor e sofrimento* mostrou-se, no entanto, uma versão paulista atualizada da fracassada política de *Guerra às drogas*.

Em 14 dias de ação, foram presos mais de 100 usuários de drogas e frequentadores da região. Com o argumento de combate ao tráfico e ao consumo de drogas, a PM utilizou sua cavalaria, spray de pimenta, além de muita truculência em uma operação com claro objetivo de limpeza, como aponta Raquel Rolnik. Tratou-se de utilizar a desculpa da ilegalidade do uso de drogas “como motivo suficiente para

promover todo e qualquer tipo de violação de leis e direitos em nome da ordem”³⁸ (ROLNIK,).

Além do fato de poucas pessoas terem sido internadas, uma política que o governo do Estado defende a despeito da política nacional de saúde mental,

houve relatos de usuários que esperaram até oito horas para atendimento especializado, em vão. Sem vaga nem ter para onde ir, tiveram de voltar para a Cracolândia. Isso porque a operação ocorreu sem que um complexo voltado para usuários de crack, com equipamentos de saúde, fosse inaugurado pela prefeitura (Carta Capital, 2012, p.24)

É sabido que, apesar de ser um dos maiores municípios do país, São Paulo é um dos poucos (senão o único) com mais de 1 milhão de habitantes a não possuir um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) III, serviço público 24 horas de saúde mental, considerado o principal dispositivo da Política Nacional de Saúde Mental.

O que pouco se comenta, no entanto, é o fato de que a ideia de revitalização da área vem sendo almejada já há alguns anos pela prefeitura através do projeto *Nova Luz e*

que vem a ser a privatização do centro para grandes incorporadoras... sem que nenhuma política social tenha sido feita para minorar a miséria ou dar uma opção séria para crianças, adolescentes e adultos que se consomem na droga³⁹.

Seria curioso, se não fosse trágico, perceber as semelhanças do ocorrido com a função da internação na idade clássica. Maierovitch caracteriza a estratégia adotada (*dor e sofrimento*) como um novo pau-de-arara ao propor, com o fim da oferta, um quadro torturante e dramático de abstinência nos dependentes químicos para que, assim, procurem um tratamento. “Esse torturante plano é só integrado no rótulo. A meta é ‘limpar o território’ com ações militarizadas e empurrar para a periferia distante os indesejados”. O combate ao tráfico serve de desculpa para insistir na repressão e segregação dos pobres.

³⁸ Disponível em: (<http://www.viomundo.com.br/denuncias/raquel-rolnik-em-vez-de-politica-policia.html>). Acesso em:

³⁹ Disponível em: <http://www.cartamaior.com.br/templates/colunaMostrar.cfm?coluna_id=5424>. Acesso em:

De acordo com Rolnik, os próprios moradores da região tiveram seus imóveis lacrados e foram intimados a deixar a área sem ter para onde ir. Ou seja, tem-se a repetição da articulação entre componentes da ordem do econômico e da moral (com a especulação imobiliária e a *Guerra às drogas*) enquanto forma de exclusão e higienização social.

PLANOFRAGMENTO

Experiências da loucura

De demonizados a endeusados, de comédia a tragédia, do erro à verdade, a loucura (e os loucos), até o momento da transformação do hospital em uma instituição estritamente médica, congregavam-se diferentes significados. Eram múltiplas as experiências e os rostos da loucura. Eles estavam presentes nos mais diversos espaços e lugares: nas ruas, guetos, asilos, prisões, igrejas assim como também nos hospitais.

Com a criação do Hospital Geral na França e a abertura das primeiras casas de correção na Alemanha e na Inglaterra, os doentes venéreos, devassos, dissipadores, homossexuais, blasfemadores, alquimistas e libertinos são internados na mesma instituição. As origens dessas instituições remontam ao final da Idade Média em função da lepra. Com o fim das Cruzadas, e da respectiva praga, tais instituições ficaram ociosas, o que abriu possibilidade para outro tipo de função permanecendo os valores e as imagens do leproso e seu sentido de exclusão.

Esses personagens eram todos internados de forma indiferenciada, pois a internação tinha uma finalidade antes correcional que médica. Juntos com a loucura, todos eles irão se integrar a um espaço moral de exclusão. Por isso, há uma crença de que a experiência da loucura nem sempre esteve vinculada exclusivamente a um sentido médico, percebida enquanto doença, sobretudo, na Idade Clássica.

A loucura, na verdade, é um fenômeno que a medicina demora a se apropriar. Pois que antes de a loucura ser dominada, por volta do século XVII, antes que se ressuscitem, em seu favor, velhos ritos, ela tinha estado ligada, obstinadamente, a todas as experiências maiores da Renascença. (FOUCAULT, 2008, p.8)

Por mais de 150 anos, a convivência dos loucos com os doentes venéreos e sua terapêutica da punição, que *cura os corpos e purifica as almas*, além de fazerem do internamento um lugar comum de *redenção aos pecados contra a carne e às faltas com a razão*, aproximou a loucura da ideia de pecado que, nos séculos seguintes, estabeleceriam uma relação muito forte com a culpabilidade “que o

alienado experimenta hoje, como sendo um destino e que o médico descobre como verdade da natureza” (FOUCAULT, 2008, p.87).

Como dito, na Idade Clássica, a presença dos médicos na internação não se dava com o intuito de tratar a loucura visto que, raramente, era o médico o responsável por definir a necessidade da internação para determinada pessoa. Tal atividade geralmente cabia aos juízes por sentença de tribunal (Inglaterra) ou por um *tenente de polícia* (França). A interdição era tratada exclusivamente pela família e pela autoridade judiciária.

A internação tem, então, forte ligação com a questão moral e policial. A palavra *furor*, por exemplo, aparece muito nos livros de internamento da época. Enquanto termo técnico da jurisprudência e da medicina, ele designa uma das formas da loucura, mas é utilizada no internamento principalmente para aludir a

todas as formas de violência que escapam à definição rigorosa do crime e à sua apreensão jurídica: o que visa é uma espécie de região indiferenciada da desordem – desordem da conduta e do coração, desordem dos costumes e do espírito -, todo o domínio obscuro de uma raiva ameaçadora que surge aquém de uma possível condenação. (FOUCAULT, 2008, p.112)

Mas os loucos em Paris, por exemplo, acabavam não sendo tratados somente como casos de polícia. Alguns tinham até uma condição especial: o Hôtel-Dieu, por exemplo, servia para tratar os pobres que haviam perdido a razão. Enquanto uns (considerados *curáveis*) eram tratados com sangrias, purgações etc., outros (*fantásticos frenéticos*) eram isolados em celas fechadas, o que implica em dizer que a loucura, apesar do cotidiano monótono do internamento, para usar as palavras do próprio autor, apresentava-se de certa forma variada – a condição médica acerca dos loucos não era seu único rosto.

Enquanto no Hôtel-Dieu e em Benthleem os loucos eram reconhecidos, isolados e tratados como doentes, havia também loucos nos hospitais gerais, nas casas de correição, nas prisões. Na Idade Clássica, havia uma coexistência entre a experiência da loucura enquanto doença e a experiência da loucura decorrente da moral, do castigo, da punição e da correição.

Essa questão é importante, pois nos ajuda a desconstruir o pensamento de que a loucura se esgota em um conhecimento médico, como se naturalmente o louco carregasse essa individualidade patológica. O personagem do louco já

possuía, na Idade Média, “uma espécie de densidade pessoal. Individualidade da personagem sem dúvida, mais que do doente.” (FOUCAULT, 2008, p.119) – individualidade que se reorganizou no decorrer da renascença acenando para certo *humanismo médico* que, segundo Foucault, derivaria do Oriente e do pensamento árabe a partir dos quais (século VII a XIII) procediam com a cura da alma através de música, dança, espetáculos, audição de narrativas fabulosas em hospitais reservados aos loucos.

Além de uma transformação nas estruturas e organizações que lidam com o louco da Renascença para a Idade Clássica, há uma mudança na consciência, na forma de ver a loucura. A internação, as casas de trabalho e a correição são simbólicos dessa mudança. Há a convivência de uma consciência jurídica acerca da loucura, desde a Idade Média pelo direito canônico e dos remanescentes do direito romano (elaborada com a ajuda da medicina), com a prática do internamento, o que implicou diferentes experiências acerca da loucura: a experiência da pessoa como sujeito do direito e a experiência do indivíduo como ser social.

A experiência advinda da consciência jurídica liberta o homem de suas responsabilidades na medida em que o estigmatiza como um alienado, na medida em que, ao atingir a razão, a loucura alteraria a vontade daquela pessoa. Ou seja, a desordem na razão daquele sujeito alteraria sua capacidade de exercer sua vontade. É por isso que, na leitura jurídica, há a distinção entre a loucura fingida e a autêntica. Foucault defende que é “justo dizer que é sobre o fundo de uma experiência jurídica da alienação que se constitui a ciência médica das doenças mentais.” (FOUCAULT, 2008, p.130) De uma determinada maneira, essa necessidade de delimitar uma personalidade jurídica antecipa a ação da medicina nos séculos seguintes.

Tal distinção, porém, não existiria com a experiência decorrente da internação na medida em que esta se encontraria mais ligada a um mal, ou seja, a loucura real não valeria mais que a fingida e nesse sentido “como ser social a loucura o compromete nas vizinhanças da culpabilidade” (FOUCAULT, 2008, p.130) – *a sua vontade de mal*.

Na Idade Média e na Renascença o conceito de loucura já era associado ao mal, porém sob a forma de uma *transcendência imaginária* em que a comunicação com esse mal seria dada sob formas secretas e obscuras. Na Idade Clássica, tal conceito estava ligado a um *erro ético*. Nesse sentido, por exemplo, o padre que

praticou usura ou a mulher que declara que nunca amará o marido são classificados como loucos (loucura moral).

A loucura e o crime não se excluem, mas não se confundem num conceito indistinto; implicam-se um ao outro num interior de uma consciência que será tratada, com a mesma racionalidade, conforme as circunstâncias que o determinem, com a prisão ou com o hospital (FOUCAULT, 2008, p.137).

Há, por trás dessa condenação em relação à loucura, um pressuposto moral que *manifesta a divisão ética entre a razão e a loucura* (FOUCAULT, 2008, p.143), uma consciência ética que vigora no período e com a qual se via a loucura da perspectiva de razão. Descartes, por exemplo, em sua *busca da verdade da razão*, evita a problemática da loucura.

No percurso da dúvida, é possível desde logo pôr de lado a loucura, pois a dúvida, na própria medida em que é metódica, é envolvida por essa vontade de despertar que, a todo momento, é um desgrudar voluntário das complacências da loucura. Assim como o pensamento que duvida implica o pensamento e aquele que pensa, a vontade de duvidar já exclui os encantamentos involuntários do desatino e a possibilidade nietzschiana do filósofo louco. Bem antes do Cogito, existe a arcaica implicação da vontade e da opção entre razão e desatino. A razão clássica não encontra a ética no ponto terminal de sua verdade, sob a forma de leis morais: a ética, como escolha contra o desatino, esta presente desde o começo em todo o pensamento ordenado, e sua superfície, indefinidamente prolongada ao longo de sua reflexão, indica a trajetória de uma liberdade que é a própria iniciativa da razão. (p.142)

Mas é justamente a consciência moral que vai ser propulsora da indignação dos tratamentos inumanos aos loucos no século XIX quando da transformação da relação com a loucura antes baseada na ética e razão para o âmbito da razão e moral.

O que não significa que a loucura recebeu finalmente seu estatuto humano ou que a evolução da patologia mental sai pela primeira vez de sua pré-bárbara, mas sim que o homem modificou seu relacionamento originário com a loucura e não a percebe mas a não ser enquanto refletida na superfície dele mesmo, no acidente humano da doença. (FOUCAULT, 2008, p.144)

PLANOFRAGMENTO

Escândalo, animalidade e o rosto da besta

No contexto de uma perspectiva moral, o rosto da loucura, no mundo clássico, era frequentemente relacionado ao escândalo, pois, em geral, evitar o escândalo acabava sendo o grande sentido da internação. Há certo pudor que não existia na Renascença visto que a libertação do interno só acontecia quando a honra da Igreja e da família não poderia mais ser atingida (pelo escândalo).

Mas, “a pesar do desatino se ocultar na discrição das casas de internamento, a loucura continua a estar presente no teatro do mundo” (FOUCAULT, 2008, p.147). O hábito de se abrir as portas das instituições para que as pessoas pudessem desfrutar dos espetáculos dos loucos para vê-los por entre as grades das celas já existia desde a Idade Média. Como animais de um zoológico, eram amarrados nas paredes e serviam de entretenimento para o público. A loucura movida por estranhos mecanismos de funcionamento deveria ser vista, a bestialidade deveria ser vista.

As celas/jaulas minúsculas eram utilizadas para garantir a segurança em relação à violência desses animais que se mostravam como um verdadeiro perigo social. Foucault chama a atenção para o fato de esse perigo ser compreendido sob o âmbito de uma liberdade animal, o que apontaria, curiosamente, para um caráter positivo de o louco ser tratado não como um ser humano, mas como um animal.

A loucura enquanto associada à animalidade extrai seu rosto *da máscara da besta* (FOUCAULT, 2008, p.150) e acaba protegendo o louco de uma concepção frágil, precária como do doente (que temos hoje), pois ele é aquele que suporta as mais diversas violências (fome, calor, frio, dor...). Essa animalidade preserva-o dos perigos da doença, pois “a perturbação da razão restituiu o louco à bondade imediata da natureza, pelos caminhos de retorno à animalidade” (FOUCAULT, 2008, p.152). Tal animalidade mostraria uma autonomia da loucura frente à medicina, ao mundo correcional na medida em que só pode ser dominada pela domesticação e o embrutecimento. Não se trata de elevar o bestial ao ser humano, “mas sim em restituir o homem àquilo que ele pode ter de puramente animal”. (FOUCAULT, 2008, p.152)

Na redução à animalidade, a loucura encontra ao mesmo tempo sua verdade e sua cura: quando o louco se torna um animal, esta presença do animal no homem que constituía o escândalo da loucura desaparece: não que o animal se tenha calado, mas é que o homem se aboliu. (FOUCAULT, 2008, p.153)

Nos séculos seguintes, essa animalidade dará lugar a uma perspectiva positivista, mecanicista e psicologizante em que a loucura passa a ser pensada como objeto científico e em termos das grandes estruturas da psicanálise.

Nos séculos XVII e XVIII, a animalidade que empresta seu rosto à loucura não prescreve de modo algum um aspecto determinista a seus fenômenos. Pelo contrário, ela a coloca num espaço de imprevisibilidade libertada onde a raiva se desencadeia; se o determinismo pode ter uma ascendência sobre ela, é sob a forma de uma coação, da punição ou domesticação. (FOUCAULT, 2008, p.153)

A partir daí, a relação entre homem e animal será inclinada para o âmbito de uma positividade natural com o reconhecimento do homem como ser natural em sua própria animalidade e, conseqüentemente, da loucura como *violência contranatural da animalidade*. A loucura passa a ser vista sob uma forma determinística e regida por um encadeamento de causas que podem (e são) explicadas fazendo com que ela perca as suas mais diversas formas de liberdade.

O paradoxo da experiência clássica da loucura residiria, então, nessa experiência moral de desatino (com a internação no século XVII) que se liga a essa experiência de animalidade e

[...] que forma o limite da razão encarnada e o escândalo da condição humana. Colocada sob o signo de todos os desatinos menores, a loucura se vê ligada a uma experiência ética e a uma valorização moral da razão; mas, ligada ao mundo animal e a seu desatino maior, ela toca em sua inocência monstruosa. Experiência contraditória, se se quiser, e bastante distanciada das definições jurídicas da loucura, que procuram fazer a divisão entre responsabilidade e o determinismo, entre a falta e a inocência. Distanciada também dessas análises médicas, que na mesma época, prosseguem em sua análise da loucura como um fenômeno da natureza. No entanto, na prática e na consciência concreta do classicismo existe essa experiência singular da loucura, percorrendo num átimo toda a distância do desatino; baseado numa escolha ética e, ao mesmo tempo, inclinada para o furor animal. Dessa ambigüidade o positivismo não conseguirá sair, ainda que de fato ele a tenha simplificado: retomou o tema da loucura animal e sua inocência numa teoria da alienação mental como mecanismo

patológico da natureza. E mantendo o louco nessa situação de internamento que a era clássica havia inventado, ele o manterá, de modo obscuro e sem o admitir, no aparelho da coação moral e do desatino dominado. (FOUCAULT, 2008, p. 161)

A hospitalização da loucura não vai significar uma evolução ou progresso no conhecimento que se teve em relação à loucura. O que acontece a partir do século XVII é a instauração de uma “nova experiência com a loucura na qual a loucura retoma parentescos desconhecidos com figuras morais e sociais que ainda lhe eram estranhas” (FOUCAULT, 2008, p.124). O autor se remete a uma tendência de apagamento do rosto do insano que, na verdade, “engloba-o numa nova experiência e lhe prepara, para além do campo de nossa experiência habitual, um novo rosto: exatamente aquele em que a ingenuidade de nosso positivismo acredita reconhecer a natureza de toda a loucura”. (FOUCAULT, 2008, p.125)

É com Zacchias, protomédico romano, que a figura do médico vai ganhar um poder cada vez maior no trato com a loucura. A tarefa de distinguir o normal do louco (que antes cabia aos magistrados já que a interdição de uma pessoa não levava em conta um exame médico, mas a decisão das famílias e da autoridade judiciária) desloca-se progressivamente para a figura do médico. Um levantamento de toda jurisprudência cristã referente à loucura dá base para que Zacchias proclame o médico como o único suficientemente competente para julgar alguém como louco assim como sua capacidade (inclusive o grau das faculdades da memória, imaginação ou razão teriam sido atingidas em função de sua doença), postulando que algumas condutas humanas pudessem ser atribuídas à loucura.

Resumindo: em um primeiro momento os hospícios tinham uma função de hospedaria ao abrigar leprosos, loucos, prostitutas, ladrões, vagabundos que representavam ameaças à lei e à ordem social. A questão da loucura, portanto, ainda não aparecia como diferenciada da dos outros *marginais*, ou seja, não havia ainda uma diferenciação dos loucos em função de critérios médico-científicos (patológicos). Foi apenas a partir da segunda metade do século XVIII que a “desrazão, gradativamente, vai perdendo espaço e a alienação ocupa, agora, o lugar como critério de distinção do louco ante a ordem social” (AMARANTE, 2009, p. 24) tendo na doença mental o objeto fundante do saber e da prática psiquiátrica.

Pinel foi um dos principais expoentes dessa linha que estabeleceu a doença como ordem moral e que postulou o isolamento como prática vital para se executar

regulamentos de polícia interna e, também, observar a sucessão de sintomas para que, assim, pudessem ser minuciosamente descritos. A partir daí, estruturava-se uma relação entre a medicina e a hospitalização que, a partir do século XIX, na figura do saber psiquiátrico vai-se assumir um caráter positivista alicerçado na medicina biológica, limitando-se a “observar e descrever os distúrbios nervosos intencionando um conhecimento objetivo do homem” (AMARANTE, 2009, p. 26).

CENA III

A REFORMA PSIQUIÁTRICA

PLANOFRAGMENTO

E os dias passando...

- Meu pai falou que ia suspender os choques... Ele falou com o Dr. Alô.

- Não falou não, e você tem aplicação!

- Mas ele prometeu... Ele não falou com o senhor? (perguntei ao Dr. Terror que só ria, com um sorrisinho sádico nos lábios, segurando os tubos na mão).

- Ele deve vir hoje. Agora deite Austrý! (Marcelo)

- Meu pai desgraçado! Não veio nem virá falar com esse sádico... Não reagi, não adiantava mesmo. Desolado, sem esperança e magoado, deitei. A imobilização de sempre, escuto parte de meu gemido.

Segunda-feira, o mesmo martírio, dores, vômitos e até diarreia, o que não tinha acontecido nos outros dias de aplicação. Na terça-feira, levantei mal-humorado, revoltado com minha família. Os crônicos me irritavam com suas mendigações, implorando cigarros.

Queria brigar, estava de saco cheio de tudo aquilo, agitado e impaciente com todos. Marcelo chegou ao pátio, convidou-me a entrar no pavilhão. No quarto que era a enfermaria, preparou uma injeção pequena e incolor. Aplicou no músculo, dizendo que era um fortificante, ou sei lá o que... Estava muito irritado com tudo.

Já de volta ao pátio, andava de um lado para o outro... De repente meu maxilar inferior começou a repuxar, doendo. Não conseguia fazê-lo parar de ir para o lado esquerdo. Contorcendo também os dedos, ínguas e câimbras repuxando os nervos em vários lugares. O pescoço estava dolorido como se eu estivesse com torcicolo. Aquele viado do Marcelo!... me aplicou uma Tortulina!...

Tudo estava se contorcendo em meu corpo. Intercalavam-se, às vezes era só o pescoço, depois o maxilar, em seguida as mãos... De repente, tudo ao mesmo tempo. O pescoço endurecia, o maxilar repuxava para o lado esquerdo, entortando toda a minha boca. Fui falar com o cão de guarda.

Não conseguia falar, com a minha boca torta. Ele olhava os efeitos e ria. Mais nervoso eu ficava e mais aquela droga repuxava meus nervos. Nada conseguia com o cão fantasiado de enfermeiro. Sentei num canto curtindo as ínguas e câimbras como que dançavam no meu corpo. Mas causavam dores, e violentas, como se as juntas fossem quebrar.

Rogério veio em meu socorro. Deu-me um pedaço de madeira para morder. Com força, eu mordida, tentando a todo custo

fazer o maxilar parar de repuxar. As juntas do maxilar estavam muito doloridas, parecia que iam quebrar. Como dói essa injeção!

Com o pedaço de madeira na boca, fui dormir. Os repuxões, em vários nervos do meu corpo – as refeições do dia, tinha conseguido fazer com dificuldades. O controle das mãos se tornara impossível. Parecia um crônico, babando comida em cima da roupa. Agora, para dormir, permanecia também a dificuldade e controlar o maxilar.

Os dias foram passando... comprimidos e mais comprimidos... Sedado fui ficando – até ficar altamente sedado.

Nunca havia tomado tantos comprimidos em minha vida. Impregnado fiquei, de tal maneira que não conseguia desabotoar um botão de camisa... Os choques foram acontecendo. Sem saber quando ia sair. Visitas nos dias de visitas. Meu pai não faltava. Minha mãe não vinha, não suportava me ver lá dentro.

Indiferença tomando conta do meu ser. Sedado, eu não tinha mais vontade própria. Passando os dias. No pátio, sento, olho um ponto qualquer – horas e horas... sentia-me leve, flutuando. Os dias passando... Os comprimidos, eu os tomando. Tomava os choques automaticamente. Não perturbavam mais. Nada ali dentro me perturbava mais. Os dias foram passando... Eu gordo, forte e bonito...

Rogério foi transferido ou foi embora. Eu estava indiferente a tudo. Só minhas necessidades básicas importavam: fumar, comer, cagar e dormir... era o suficiente. Trinta... quarenta dias, ali dentro! Acostumei na rotina ociosa. Não importava. Comprimidos, mais comprimidos. Os choques cessaram – depois de cinquenta dias... não sei. Flutuava, entrando no ostracismo.

Família (com papai, mamãe e irmãos) numa visita. Assustaram-se com o autômato que encontraram. O médico psiquiatra havia suspenso, ou terminado a série de eletrochoques. Meus familiares pediram para dar um tempo com o choque. Que... talvez por isso eu estava tão desligadinho. Mas que eu estava gordo, forte e bonito – estava!

Os dias passando: sessenta, setenta dias, eu não sei... Novos internos chegando. Camargo, o alcoólatra, também foi embora. Como ele, o Fontana e o médico clínico. Tudo acontecia lento em minha volta. Como se eu sentasse na frente de uma televisão e assistisse a um filme em câmera lenta. Via tudo acontecer... Mas não tinha forças e nem vontade de participar. Sair dali, já não tinha mais vontade. Folha seca em meus sentidos, indiferença geral, apenas minhas necessidades.

Os dias passando: oitenta dias, ou noventa, não sei, não me lembro... Comprimidos e comprimidos. Meus parentes vinham, não todos, meu pai sempre. Eram horríveis as horas que passava com eles no jardim. Estranhos me incomodavam, queria voltar logo para dentro do pavilhão. Lá era meu lugar, gostava dali.

Comprimidos e comprimidos. Os choques começaram. Não me importava mais com eles. No quarto de choque, sentado na cama... assim ficava até abrirem a porta. Deitava-me, ouvia meu gemido. Dores, pátio, cama. No dia seguinte, sentado num canto qualquer, olhava um ponto horas e horas.

Os dias passando eu não os sentia. De crônico, os novatos já me chamavam. Pouco importava, tinha cigarros. Os do canto não me repudiavam mais. Até já vinham pegar os meus cigarros. Às vezes,

aos berros, conseguia afastá-los. Mas sempre voltavam – pegar os meus cigarros. Minha vontade não existia mais. Não sentia nada. Folha seca. Fazia tudo que mandavam – deita Austrý! – eu deitava. Pula, Austrý! – eu pulava.

Sentimento algum era definido. Apenas, o medo – medo de estranhos... de me machucarem. Nas brigas de pátio, eu corria para um canto apavorado. Os choques continuavam. Os comprimidos diminuíram. Tudo passava lento. Percebia o que acontecia, mas não participava. Vinham os crônicos em cima da minha carteira de cigarros, não conseguia reagir. Às vezes gritando, eles se afastavam. De goiaba, os novatos já me chamavam.

Os dias passando, mais de noventa dias, não sei... naquele exemplo de instituição psiquiátrica – Sanatório Bom Retiro – o melhor do Paraná, ou do Brasil... aos cuidados do catedrático, professor em universidades das áreas de Psiquiatria, o senhor Doutor Alô Guimarães, o melhor psiquiatra do Paraná, ou do Brasil... deixou-me escorregando nos cantos, querendo esconder-me dentro do cimento. Com medo de pessoas estranhas. Na porta de onde não se volta - um crônico... assim os novatos me chamavam. Estava no ponto. Minha família, desesperada com minha situação atual. Pressão em cima do competente psiquiatra. Prometia melhoras. Os dias passavam. Eu um goiaba! Assim os novatos continuavam a me chamar. Prometia-me melhoras, o todo-poderoso. Mas não convencia. Exigiram minha alta: contra sua recomendação por escrito, ele, o todo-poderoso, a concedeu. (CARRANO, 2000, p. 88)

PLANOFRAGMENTO

As transformações psiquiátricas no século XX

No último século, o hospital psiquiátrico foi perdendo credibilidade com o estabelecimento de limites entre a sanidade e a loucura; a manutenção da função de segregação dessas instituições e as recorrentes denúncias de violências contra internos.

Inicialmente, com o objetivo de resgatar o potencial terapêutico da instituição psiquiátrica, surgiram as colônias de alienados – grandes áreas agrícolas que se configuravam como uma aldeia de pessoas livres onde o trabalho seria terapêutico, pois se acreditava que estimularia “a vontade e a energia e consolidava a resistência cerebral tendendo a fazer desaparecer ‘os vestígios do delírio’” (AMARANTE, 2008, p. 39), no entanto, com o passar do tempo, acabaram tais espaços iriam transformando-se em instituições asilares de recuperação pelo trabalho.

Outra onda de transformações psiquiátricas foi percebida após as duas Grandes Guerras. Nesse período, as instituições psiquiátricas sofreram intensas críticas, sendo comparadas a campos de concentração. Isso possibilitou a emergência das primeiras experiências de reformas psiquiátricas ocorridas em diversos países, sendo classificadas, como apresenta Amarante (2008), em três grupos:

1. Comunidade Terapêutica e Psicoterapia Institucional

O primeiro grupo (Comunidade Terapêutica e Psicoterapia Institucional) creditava o fracasso da instituição psiquiátrica a seu modo de gestão colocando como solução a necessidade de promover algumas mudanças com vistas a adequar essas instituições ao seu objetivo terapêutico de fato. É nesse momento que surge a expressão psicossocial. Desenvolvia-se uma série de iniciativas que utilizavam o potencial dos próprios pacientes no tratamento: eram organizadas reuniões/assembleias no interior das quais se discutiam dificuldades, projetos, planos de cada um, além de grupos operativos envolvendo cada vez mais os pacientes em seus tratamentos e nas atividades disponíveis. A função terapêutica

era compreendida como uma tarefa de todos – sejam técnicos, familiares e/ou pacientes.

Por Comunidade Terapêutica passou-se a entender um processo de reformas institucionais que continham em si mesmas uma luta contra a hierarquização ou verticalidade dos papéis sociais, ou, enfim, um processo de horizontalidade e “democratização” das relações, na palavra do próprio Maxwell Jones, que imprimia em todos os atores sociais uma verve terapêutica. (AMARANTE, 2008, p.43)

A Psicoterapia Institucional refere-se à experiência *liderada* por François Tosquelles, na França, que se destacou pela sua escuta polifônica partindo do princípio de que não se deveria reduzir a escuta a uma ou outra corrente conceitual além de propor a ideia de acolhimento, “ressaltando a importância da equipe e da instituição na construção de suporte e referência para os internos no hospital”. (AMARANTE, 2008, p.44)

Tosquelles referia-se à necessidade de fazer do hospital uma escola de liberdade onde todos teriam uma função terapêutica de problematizar e combater a violência institucional e a verticalidade nas relações intrainstitucionais.

2. Psiquiatria de Setor e Psiquiatria Preventiva e Antipsiquiatria

A Psiquiatria do Setor (França) ressaltava a necessidade de um trabalho para além da esfera do hospital. Para isso, era importante se adotar uma série de medidas que visassem a garantir a continuidade terapêutica após a alta hospitalar. Isso se deu com a criação dos chamados *Centros de Saúde Mental (CSM)* que, de acordo com a distribuição populacional, possibilitava uma rede de contatos entre os pacientes de uma mesma região já que ficavam na mesma enfermaria do hospital e, quando recebiam alta, frequentavam o mesmo CSM.

O aspecto importante dessa inovação foi o fato de o acompanhamento ser realizado dentro e fora do hospital por uma equipe multidisciplinar e não ser mais considerado atributo único do médico psiquiatra.

Já a Psiquiatria Preventiva foi realizada nos Estados Unidos e ficou também conhecida como Saúde Mental Comunitária. Surgiu de um estudo realizado em 1955 que mostrou as precárias condições de assistência, violência e maus-tratos a que eram submetidos os pacientes internados e repercutiu em um redirecionamento da

política de assistência psiquiátrica no sentido de reduzir as doenças mentais nas comunidades e promover o estado de saúde mental das pessoas.

Gerlad Caplan, considerado fundador dessa corrente, concebia uma teoria etiológica (com forte inspiração no modelo da História Natural das Doenças Mentais de Leavell e Clark) que

pressupõe uma linearidade no processo saúde/enfermidade, e uma evolução (paradoxalmente) “a-histórica” das doenças. Por consequência, em seu entendimento, todas as doenças mentais poderiam ser prevenidas, desde que detectados precocemente. (AMARANTE, 2008, p.48)

Assim, instaurou-se, no país, uma política de suspeição em relação a doenças mentais em que pessoas com suspeitas de algum distúrbio deveriam ser encaminhadas (seja por iniciativa própria, de familiar, amigos ou um profissional da assistência comunitária) para um psiquiatra para investigação diagnóstica.

Acenando para uma antítese ao saber psiquiátrico, a Antipsiquiatria surgiu na Inglaterra no final da década de 1950 a partir de constatações infrutíferas de algumas experiências de Comunidade Terapêutica e de Psicoterapia Institucional. Para Ronald Laing e David Cooper, as violências contra os loucos não se restringiam à instituição psiquiátrica, mas poderiam ser atestadas também no âmbito da família e da sociedade. Com uma forte crítica ao modelo de ciências naturais da psiquiatria, defendiam o lema de que *o que é cientificamente correto pode ser eticamente errado*. Nessa perspectiva, a loucura é vista não como uma doença mental, mas como uma experiência do sujeito em sua relação com o ambiente social, o que inviabiliza qualquer ideia de tratamento à doença mental. Nesse sentido, a terapêutica compreenderia um permitir e auxiliar o vivenciar dessa experiência acompanhando e protegendo o sujeito, inclusive das violências da própria psiquiatria.

3. Psiquiatria Democrática.

Já a psiquiatria democrática refere-se à experiência italiana da década de 1960 que teve Franco Basaglia como seu principal nome. De acordo com Amarante, este estudioso propunha uma superação do

aparato manicomial, entendido não apenas como estrutura física do hospício, mas como o conjunto de saberes e práticas, científicas, sociais, legislativas e jurídicas, que fundamentam a existência de um lugar de isolamento e segregação e patologização da experiência humana. (AMARANTE, p.56)

A experiência de Trieste é considerada a maior referência de transformação da psiquiatria contemporânea e influenciou diversas experiências no mundo, principalmente no Brasil, ao criar dispositivos substitutivos à instituição psiquiátrica (daí a expressão *serviços substitutivos* ser tão presente nas discussões da Reforma Psiquiátrica Brasileira), além de utilizar diversas práticas da Psicoterapia Institucional como estratégia para a efetiva desmontagem desse aparato.

A criação dos CAPS (Centros de Atenção Psicossocial) no Brasil teve forte influência dos chamados Centros de Saúde Mental que, por serem regionalizados e criteriosamente distribuídos, funcionavam como centros de base territorial, pois atuavam

reconstruindo as formas como as sociedades lidam com as pessoas com sofrimento mental, passariam a restabelecer o lugar social da loucura que, tradicionalmente, desde Pinel, estava relacionada ao erro, à periculosidade, à insensatez, à incapacidade (AMARANTE, 2007, p.57)

Importante destacar também o papel das cooperativas de trabalho, as residências para ex-internos além de inúmeras outras atividades e formas de participação social.

Assim como Basaglia, Franco Rotelli, é considerado outro expoente da experiência italiana. Ele ressalta que o grande mal da psiquiatria estaria na separação promovida

da doença da existência global, complexa e concreta dos sujeitos e do corpo social. E é sobre esta separação artificial que se construiu o conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos (precisamente a instituição), todos referidos à 'doença'. A operação denominada desconstrução seria, então a desmontagem deste conjunto de aparatos para poder reestabelecer uma relação com o sujeitos em sofrimento. Rotelli nos propõe uma outra via, ao considerar este um processo social complexo, que vai acionar os atores sociais diretamente envolvidos; que compreende que a transformação deva transcender à simples reorganização do modelo assistencial e alcançar as práticas e concepções sociais. (AMARANTE, 2007, p.58)

PLANOFRAGMENTO

As dimensões da reforma psiquiátrica

Grande parte das experiências de reformas psiquiátricas acabou ora se limitando à reformulação dos serviços (com o objetivo de humanizar o hospital com a inserção de técnicas e de tratamentos para conferir-lhe um caráter terapêutico), ora criando novos serviços fora do hospital com vistas a evitar internações e/ou reduzir seus efeitos nocivos.

Rotelli (1990) avança nessa problemática propondo pensar o campo da saúde mental e atenção psicossocial como um processo social complexo composto por quatro dimensões: teórico-conceitual, técnico-assistencial, jurídico-política e sociocultural.

A dimensão teórico-conceitual se remete aos limites e à insuficiência do pragmatismo científico que não dá conta das demandas do campo da saúde mental. A psiquiatria, nesse sentido, enquanto produtora de saber/verdade acerca da loucura se mostra insuficiente na medida em que separa

um objeto fictício, “a doença”, da existência global e complexa dos sujeitos e do corpo social. Ao considerar a doença um objeto natural, externo ao homem, a psiquiatria passou a se ocupar dela e não do sujeito que a vivencia. (AMARANTE, 2008, p.66)

Há diferentes aspectos de ordem política, ideológica, ética, religiosas, culturais e morais que devem ser considerados na elaboração de um projeto de intervenção no campo da saúde. Não se trata de negar a questão da doença em si, ou melhor, uma experiência que possa produzir sofrimento, mas de criar uma ruptura com esse paradigma teórico-conceitual psiquiatrizado que cientificiza o ser humano, a subjetividade e associa a loucura à periculosidade e à perda da razão.

Se o foco deve ser o sujeito e não a doença, não fazem sentido os serviços de atenção a essas pessoas em sofrimento psíquico serem espaços de repressão e punição, mas “lugares de acolhimento, de cuidado e de trocas sociais. Enquanto serviços que lidam com as pessoas, e não com as doenças, devem ser lugares de sociabilidade e produção de subjetividades” (AMARANTE, 2008, p. 69): lugares de produção de vida – no que vai caracterizar o que se denomina dimensão técnico-

assistencial e que, talvez, seja o âmbito mais necessário a ser pensado hoje em dia no campo da saúde mental brasileira: como são estabelecidas essas relações de cuidado no cotidiano do serviço.

Essas mudanças em relação ao cuidado e ao olhar acerca da loucura vai, necessariamente, implicar uma série de estratégias ao que se concerne à dimensão jurídico-política, pois se a loucura não é tida no âmbito da periculosidade, irracionalidade, incapacidade civil, faz-se necessária uma ampla revisão da legislação vigente que possibilite a inclusão social das pessoas em sofrimento psíquico para que possam, de fato, exercer sua cidadania. Uma legislação que, por exemplo, abarque os serviços territoriais substitutivos, as cooperativas de trabalho, residências terapêuticas...

Já a dimensão sociocultural diz respeito ao envolvimento da sociedade nesse projeto de construção de um novo olhar sobre a loucura com o objetivo de desconstruir esses sentidos de medo, risco, exclusão, estigmas, discriminações e preconceitos produzidos pela lógica manicomial. Faz-se necessário também problematizar a relação loucura/doença, reconhecer a necessidade de espaços de vida ao invés de espaços de repressão, haver legislações e normas excludentes com vistas à construção de uma nova relação social com a loucura. Nesse sentido, o envolvimento da sociedade nesse processo é de vital importância.

PLANOFRAGMENTO

O caso Brasil

No Brasil, também foi desenvolvido um modelo de internação baseado em punição e repressão. Data de 1852 o decreto⁴⁰ acerca dos meios para garantir a obediência dos alienados:

- 1º A privação de visitas, passeios e quaisquer outros recreios;
- 2º A diminuição de alimentos, dentro dos limites prescritos pelo respectivo Facultativo;
- 3º A reclusão solitária, com a cama e os alimentos, que o respectivo Clínico prescrever, não excedendo a dois dias, cada vez que aplicada;
- 4º O colete de força, com reclusão ou sem ela;
- 5º Os banhos de emborcação que só poderão ser empregados pela primeira vez na presença do respectivo Clínico e nas subsequentes na da pessoa e pelo tempo que ele designar. (AMARANTE, 2008, p.61)

O *Hospício de Alienados Pedro II* foi o marco inaugural da psiquiatria no Brasil. Seu objetivo era dar uma resposta à situação dos alienados abandonados pelas ruas ou internados indevidamente no Hospital Santa Casa (1841). Ao final do século XIX, criou-se também o *Hospício Juqueri* (1898), na então Província de São Paulo, cujo intuito era resolver o problema dos loucos que lotavam as cadeias da cidade. “Ambos os hospícios cumpriram uma função social de legitimar a exclusão de indivíduos ou setores sociais não enquadráveis, indisciplinados”. (YASSUI, 2006, p.21)

Posteriormente, assim como em outras partes do mundo, as colônias de alienados também foram criadas no Brasil às dezenas até as décadas de 1950 e 1960.

O processo da reforma psiquiátrica brasileira tem origem no final dos anos 70 e início dos 80 e tem merecido destaque no que tange à sua *dimensão sociocultural* por ter sido fruto de intensas mobilizações na sociedade brasileira.

⁴⁰ Decreto 1.077, de 4 de Dezembro de 1852.

O surgimento do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), em 1978, foi o primeiro passo na construção do movimento social da luta antimanicomial, que, no ano seguinte, já organizava o seu primeiro Congresso Nacional de Saúde Mental. Ainda em 1979, foi criada a primeira associação de familiares do país, a Sosintra, que até hoje se encontra na ativa.

Em 1987, o MTSM passou a incorporar, além dos profissionais técnicos, os usuários e familiares, tornando-se mais rico e potente. A partir desse momento, começou-se a adotar uma postura mais crítica e veemente em relação aos hospitais psiquiátricos com o lema *Por uma Sociedade Sem Manicômios*.

Daí em diante, foram criadas diversas associações e cooperativas na área, aumentando mais a participação social no campo da saúde mental a partir da crítica ao modelo de violência asilar que vigorava até então nos hospitais psiquiátricos, a sua figura principal. Por isso, a experiência da implantação do primeiro CAPS do Brasil, em São Paulo, e a intervenção da Secretaria Municipal de Saúde de Santos (SP) no hospital psiquiátrico *Casa Anchieta* em função de maus-tratos e mortes de pacientes são também considerados marcos importantes da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

A participação social se deu não apenas no âmbito da saúde mental, mas da saúde em geral que tem, na Constituição de 1988, sua maior expressão na medida em que institui o Sistema Único de Saúde (SUS)⁴¹, estabelecendo o controle social na saúde com a participação da comunidade na gestão do sistema.

Os anos 90 foram marcados pela luta da Reforma nos campos legislativos e normativos. Passam a entrar em vigor as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, baseadas nas primeiras experiências de CAPS e NAPS⁴² e Hospitais-dias⁴³.

Nesse período, a política para a saúde mental do Ministério da Saúde começa a adquirir contornos mais definidos em favor da reforma, mas é apenas em 2001 (depois de 12 anos de tramitação no Congresso Nacional) que a Lei Paulo Delgado

⁴¹ Data de 19 de setembro de 1990 a Lei 8.142 que regulamenta o SUS.

⁴² NAPS são os chamados Núcleos de Atenção Psicossocial, compostos por uma equipe multidisciplinar que visa a atender as demandas de saúde mental no território – também serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos.

⁴³ Hospitais-dias são hospitais alternativos à hospitalização psiquiátrica que oferecem atendimento a pacientes psiquiátricos diariamente resguardando-lhes o direito de passar a noite com a família em sua comunidade.

é aprovada. Com a *Lei Federal 10.216*, há um redirecionamento da assistência em saúde mental privilegiando serviços com base comunitária.

Apesar de não instituir mecanismos claros para a extinção dos hospitais psiquiátricos, a respectiva lei trata da proteção e direitos das pessoas com transtorno mental e possibilitou uma fase de grande expansão da rede de atenção diária à saúde mental com a criação de programas como *De volta para a casa* que instituiu um auxílio-reabilitação psicossocial para pessoas com transtornos mentais egressas de internações psiquiátricas, assim como outros dispositivos importantes para a consolidação da Reforma como as *Residências Terapêuticas* para ex-internos de instituições psiquiátricas, as *cooperativas sociais* que têm o objetivo de inseri-las no mercado de trabalho e os *Centros de Convivência e Cultura* que possibilitam a articulação de uma rede social e encontros entre pessoas de diferentes origens e condições sociais.

PLANOFRAGMENTO

A loucura das práticas médicas

(1) *Paula:* - *Davam choque também?*

(2) *Simone:* - *Davam choque. Há dez anos atrás.*

E a música continua...

eu fico louco

eu fico fora de si

eu fico assim

eu fica fora de mim

eu fico um pouco

depois eu saio daqui

eu vai embora

eu fico fora de si

eu fico oco

eu fico bem assim

De repente, ainda desengonçado com a câmara, dei-me conta de que a música estava alta, então diminuí o volume da televisão.

(1) *Paula:* - *Meu marido também ficou internado. Só que ele não precisou tomar choque, não. Ele ficou no hospital psiquiátrico, mas eu podia ficar com ele lá o dia inteiro. Só não ficava de noite.*

(2) *Simone:* - *... eu tinha uma filha com dez anos, a mais nova tinha dez anos... ela ia visitar eu... todo dia... ela comprava um tanto assim de doce (gesticulando com as mãos)... me entupia de doce...*

(3) *Paula:* - *Você chegou a ter que tomar choque?*

(4) *Simone:* - *Cheguei a levar choque.*

(5) *Paula:* - *Ficar em lugar fechado também?*

- (6) *Simone*: – Ficar em lugar fechado. Ficar amarrada.
 (7) *Paula*: – Sem lugar pra fazer xixi, beber água?
 (8) *Simone*: – Sem lugar pra fazer xixi, beber água. Sem comer.
 (9) *Paula*: – Isso é desumano.

O eletrochoque (ou eletroconvulsoterapia como é chamada) é uma prática médica que ainda hoje é considerada um importante instrumento de *atenção* à crise psiquiátrica por muitos psiquiatras. Vimos que o foco da psiquiatria é estritamente a doença e, para ela, a crise é vista como “uma situação de grave disfunção que ocorre exclusivamente em decorrência da doença.” (AMARANTE, 2008, p. 81), ou seja, coloca-se a crise como estritamente da ordem do sujeito. Momento esse que pode ser identificado

Como de máxima simplificação de uma relação onde, por um lado, o sujeito que está por mostrar-se já fez, progressivamente, uma simplificação e reduziu a um sintoma a complexidade de sua existência de sofrimento; por outro lado, o serviço, qualquer que seja ele, equipou-se de modo especular para perceber e reconhecer – oferecendo-se como modelo de simplificação – o próprio sistema. (DELL’AQUA; MEZZINA, 2005, p.162)

- (1) *Simone*: – Porque meu marido ficou lá no Paraná porque morreu minha sogra, meu sogro, meu cunhadinho com 21 anos de acidente...e eu fiquei internada... e minha mãe me internou... minha mãe e minha filha de 13 anos... e meu filho de 19 anos... me internou na clínica. Era pra ser lá no “Sayão”⁴⁴. Aí o medico foi lá esperar e me levou pro Bezerra.
 (2) *Simone*: – Eu queria ficar internada. Eu não queria ficar em casa. Eu queria interná. Por fim, eu queria sair de lá e não conseguia sair de lá.

É impressionante o poder da psiquiatria na sociedade mesmo com o avanço da luta antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica. Há como que uma crença absoluta na figura do médico, sobretudo, no âmbito da psiquiatria, enquanto detentor absoluto da verdade e única forma de tratamento à pessoa em sofrimento psíquico. Por isso que ainda hoje práticas como eletrochoque e internação são pouco questionadas por grande parte das pessoas.

⁴⁴ Sayão é o hospital do município de Araras.

- (3) *Pesquisador*: - Antes você mesmo queria se internar e depois queria sair de lá...
- (4) *Simone*: - Depois queria sair de lá.
- (5) *Pesquisador*: - Depois que conheceu lá...
- (6) *Simone*: - Depois que eu conheci... na hora que eu entrei, assim, parecia um palácio, depois lá no fundo era um lixo.
- (7) *Simone*: - Na frente é um palácio. Parece que você está no céu.
- (8) *Paula*: - O Bruno (marido) também quase morreu lá.
- (9) *Simone*: - Parece um palácio, parece não - acenando para outra usuária - não parece mesmo?! Depois...
- (10) *Tânia*: - Depois parece um presídio.
- (11) *Simone*: - Parecia um presídio. Eu fiquei internada quatro meses e meu pé ficava assim... - gesticulando com as mãos em torno do pé - aqueles pés tudo cheio de cascão... com a unha tudo comprida... o cabelo, eu tinha um cabelo cumprido que nem o dela e cortaram o cabelo bem curtinho. Só que ia uma mulher fazer a nossa unha (da mão), uma enfermeira muito boazinha ia fazer nossa unha de sábado. Aí depois ela parou de ir lá e aí ficou... tudo jogado. Eu ficava lá lavando meu pé na torneira direto... com aquele cascão no pé... meus chinelos ficavam tudo assim - novamente gesticulando - aqueles chinelão no pé... ficava lá que nem uma mendiga. A minha roupa roubaram tudo. Levei um sacolada de roupa... me deixavam lá que nem uma mendiga. Vim de ônibus ainda. Meu marido ainda não tinha carro... viemos de ônibus circular da clínica... fedendo... porque nem banho eu queria tomar mais lá... fiquei traumatizada, sabe? Banho gelado, aqueles banho frio, sabe!?. Levava shampoo lá e levavam tudo o shampoo da gente... os paciente roubava tudo o shampoo da gente. Comida, pra comer era aquele bolor, aquele pelote - gesticulando círculos com as mãos - macarrão tudo grudeiro. Daí eles levavam comida lá de tarde pra mim lá... janta pra mim lá na clínica porque não podia entrar a noite

De repente, o rosto de **Simone** quase que some do vídeo. Na verdade, é a câmera que sobe. Com o intuito de filmar as conversações, tinha acomodado a câmera no meu braço ancorado no braço do sofá, com o objetivo de obter uma filmagem com menos tremores (e mais técnica se é que isso seria possível). Mas,

em virtude do teor e da intensidade da conversa, mobilizei-me de tal maneira que esqueci que estava filmando o *making off* da sessão de cinema.

Era difícil não lembrar da crítica de Guattari de como os psicóticos são, nessas instituições psiquiátricas, objetos de um sistema de tratamento quase animal, assumindo

uma postura bestial, andando em círculos o dia inteiro, batendo a cabeça contra as paredes, gritando, brigando, aviltando-se na sujeira e nos excrementos. Esses doentes, cuja apreensão e relação com o outro são perturbadas, perdem pouco a pouco, em um tal contexto, suas características humanas, tornando-se surdos, cegos a qualquer comunicação social. (GUATTARI, 1992, p.183)

PLANOFRAGMENTO

Medicalização e controle

- (1) **Simone:** - *mas passei um sufoco. Fiquei quase quatro meses lá internada entre a vida e a morte. Eles pegavam minha boca assim oh – gesticulando como obrigavam os pacientes a tomar medicação – pra tomar remédio. Apertava aqui pra tomar o remédio na marra, sabe!?*
- (2) **Lúcia:** - *É assim mesmo – concorda outra usuária segurando o choro.*
- (3) **Simone:** - *Porque eu fiquei que nem um robô, eu ficava que nem um robô. Num parecia gente.*

A medicamentação excessiva (expressão aqui utilizada de forma pleonástica com a intenção de ressaltar o caráter excessivo com que, muitas vezes, se medicaliza) é prática recorrente nos hospitais psiquiátricos e em grande parte dos CAPS no Brasil e age como uma camisa de força química que dopa e neutraliza. Isso pode ser visto com Beto/Carrano no filme *Bicho de Sete Cabeças*. Com os medicamentos, os pacientes são constantemente dopados, chapados e mantidos internados sem oferecer muita resistência, o que garantia, na época, mais recursos para o hospital, pois funcionavam pautados na perversa lógica de quanto mais pacientes, melhor - quanto mais pacientes, mais recursos públicos para a instituição.

A diminuição dos hospitais psiquiátricos traz em contrapartida uma realidade, por vezes, deixada de lado: um aumento vertiginoso do consumo dos medicamentos *tarja preta*. Isso significa que, apesar dos avanços na macropolítica da saúde mental, com a implantação de leis e equipamentos públicos em favor da Reforma Psiquiátrica, permanece um contínuo investimento na manutenção dessa função anestésica dos medicamentos utilizados nos antigos manicômios. A vantagem agora é que não se faz necessário bancar essas instituições fechadas para manter os indivíduos controlados – demanda menos recursos financeiros.

Coloca-se a discussão da crise das instituições e a emergência da sociedade de controle, da biopolítica, conforme foi apontado por Foucault, agora sob a forma de uma sociedade medicalizada que se estende para a medicalização da vida. Por trás da sensação de liberdade, um processo de controle como bem lembra Deleuze.

Por exemplo, na crise do hospital como meio de confinamento, a setorização, os hospitais-dia, o atendimento a domicílio puderam marcar de início novas liberdades, mas também passaram a integrar mecanismos de controle que rivalizam com os mais duros confinamentos. Não cabe temer ou esperar, mas buscar novas armas. (DELEUZE, 2008, p. 220)

Não se pretende aqui negar a importância que podem ter os medicamentos no tratamento de um sujeito em sofrimento psíquico. Eles devem sim ser considerados, mas conjuntamente com demais vetores terapêuticos quando da construção do projeto terapêutico de cada usuário e não como prática única. Como afirma Guattari, eles devem

ser negociados com os pacientes; implicam uma escuta sensível de sua incidência, devendo as doses e horários de ingestão ser objeto de um diálogo mantido entre o doente e aquele que prescreve (GUATTARI, 1992, 200).

Pois, mesmo a crise deve ser compreendida enquanto produto de um atravessamento de uma série de fatores que envolvem familiares, vizinhos, amigos, (des)conhecidos etc. Na verdade, uma situação mais social que estritamente biológica, psicológica, como afirma Amarante, para quem os serviços de atenção psicossocial, devem possibilitar

o acolhimento das pessoas em crise, e que todas as pessoas envolvidas possam ser ouvidas, expressando suas dificuldades, temores e expectativas. É importante que sejam estabelecidos vínculos afetivos e profissionais com estas pessoas, que elas se sintam realmente ouvidas e cuidadas, que sintam que os profissionais que as estão escutando estão efetivamente voltadas aos seus problemas, dispostos e compromissados em ajudá-las. Em atenção psicossocial se usa a expressão “responsabilizar-se” pelas pessoas que estão sendo cuidadas. A psiquiatria se refere à relação médico-paciente, mas na verdade o que ela estabelece é uma relação médico-doença. Na saúde mental e atenção psicossocial, o que se pretende é uma rede de relações entre sujeitos, sujeitos que escutam e cuidam – médicos, enfermeiros, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, dentre muito outros atores que são evidenciados neste processo social complexo – com sujeitos que vivenciam as problemáticas – os usuários e familiares e outros atores sociais. (AMARANTE, 2008, p.82)

Como citado, para além da questão medicamentosa, nos vemos em meio a um processo de medicalização da vida, em outras palavras, que vem tornar médico tudo aquilo que não é exclusivamente dessa ordem. E isso se dissemina cada vez mais para as mais diversas instâncias da vida.

Em um primeiro momento, isso ocorreu com a loucura como bem aponta Foucault em *A história da loucura*. As múltiplas experiências da loucura, ao longo dos últimos séculos, deram lugar a uma perspectiva homogeneizante da loucura enquanto doença – uma naturalização da loucura como algo patológico.

Uma análise da internação na Idade Clássica realizada pelo autor mostrou que seu surgimento se deu muito mais em função de uma demanda pela manutenção da ordem monárquica burguesa do que de uma premissa médica. O louco não era figura central dessa instituição, porém era mais um de seus personagens assim como os doentes venéreos, vagabundos, miseráveis etc. Sua figura principal era, na verdade, uma nova relação com a miséria e com os deveres da assistência, além de como se davam as “novas formas de reação aos problemas econômicos do desemprego e da ociosidade, uma nova ética do trabalho e também do sonho de uma cidade onde a obrigação moral se uniria à lei civil, sob as formas autoritárias de coação”. (FOUCAULT, 2008, p.56)

Foi aos poucos que ocorreu essa apropriação da loucura pelo saber médico conferindo-lhe status de doença. O par médico-doente restrito, no século XVIII, à eficácia das condutas morais, ganhou nova roupagem no século XIX com a emergência da psiquiatria e sua ênfase positivista na crença da loucura ser passível de descoberta a partir de causas orgânicas e hereditárias. Mesmo a própria ideia de cura advém de uma necessidade de definição objetiva de doença, de um diagnóstico classificador, em que o médico é o único a possuir esse poder (o poder milagroso da cura) e com a ajuda da psicologia, a loucura é tornada doença mental.

Desde então, a psiquiatria vem diagnosticando cada vez mais novas doenças e criando novos transtornos. Sobre essa questão, há cinquenta anos, postulavam-se seis categorias de diagnóstico psiquiátrico sendo que hoje esse número passa de trezentos. O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), considerado uma das bíblias⁴⁵ dos psiquiatras, contém a descrição dos respectivos distúrbios e sintomas e passa eventualmente por algumas atualizações. No

⁴⁵ A outra bíblia é a Classificação Internacional de Doenças(CID).

momento, ele está em sua quarta edição (de 1994) e em vias de uma nova atualização.

Em artigo recente, Amarante e Freitas (2012) analisam as mudanças propostas pela Associação Americana de Psiquiatria (APA) para tal atualização que inclui birra de criança, comportamentos extravagantes de adolescentes e interesses excessivos por sexo como alguns dos *sintomas* dos novos distúrbios psiquiátricos que se pretende criar. Segundo os autores, isso é mais um passo no que se configura movimento crescente de medicalização da vida que extrapola a diversas dimensões do cotidiano.

Na Educação, por exemplo, esse processo vem desde o final do século XIX com a incorporação da atividade sanitária pela Educação em um modelo de higiene escolar (adoção de uma série de ações higienistas) cujo objetivo era a construção de um ideal de Brasil saudável com a formação de uma juventude hígida e instruída, segundo Werner (2012).

Contemporaneamente, a medicalização tem no conceito do *fracasso escolar* a sua maior expressão na Educação na medida em que coloca aspectos sociais e pedagógicos do processo de aprendizagem em segundo plano em favor de uma perspectiva biologizante (patológica). Acontece que, ao se limitar a educação a um problema de ordem orgânica, transfere-se toda a responsabilidade para as próprias crianças, nas suas deficiências nutricionais, sensoriais, cognitivas ou neurológicas.

A própria dislexia é mais um desses sintomas desse processo que taxa como doente grande parte das crianças que possuem uma suposta defasagem em seu desenvolvimento, sobretudo, no que se refere aos aspectos relacionados à aprendizagem. Porque esse *distúrbio* só apareceu agora se ele atinge grande parte das crianças das nossas escolas? Não seria essa mais uma estratégia de controle e domesticação (biopoder) dessas crianças que fogem a um padrão assujeitado?

Outro exemplo dessa medicalização da vida é encontrado mesmo no âmbito legislativo brasileiro. Já há alguns anos, uma parcela significativa da classe médica defende (e vem fazendo *lobby* junto ao Congresso Nacional) em favor do que se denominou *Ato Médico*. O projeto regulamenta o exercício da medicina e confere ao profissional médico atividades privativas na formulação do diagnóstico nosológico para determinar a doença que é definida como “a cessação ou distúrbio da função do corpo, sistema ou órgãos, caracterizada por no mínimo dois dos seguintes

critérios: agente etiológico conhecido; grupo identificável de sinais e sintomas e alterações anatômicas ou psicopatológicas” está em tramitação desde 2002.

Esse Ato Médico interfere na prática cotidiana de diversos profissionais da saúde como aqueles formados em curso de Odontologia, Assistência Social, Biologia, Biomedicina, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Educação Física, Psicologia⁴⁶, Terapia Ocupacional, técnico e tecnólogo em Radiologia retirando-lhes a autonomia e submetendo-as hierarquicamente ao saber médico.

⁴⁶ A Psicologia, há tempos, tem sua prática normatizada por esse processo de medicalização. Há cerca de 15 anos, ela passou a ser considerada da área da saúde sendo que uma das explicações foi a maior possibilidade de recursos e campos de trabalho para a profissão e seus profissionais. Antigamente era considerada uma disciplina da área das ciências humanas.

PLANOFRAGMENTO

Terminando a conversa com o Bicho de Sete Cabeças

(1) **Paula:** - O **Bruno** também ficou... quando ele tentou suicídio - limpando as lágrimas do rosto - aí eu levei ele pro hospital. Liguei para a família dele, os filhos dele, a ex-esposa... só não liguei pra mãe dele porque não tinha o telefone. Ai eles não queriam atender no hospital. Eu falei: Vocês vão atender sim. Eu não tenho plano de saúde, mas eu tenho dinheiro, eu pago. Aí eles conseguiram salvar a vida do **Bruno**.

(2) **Simone:** - Eu tinha Unimed no Sayão.

(3) **Paula:** - O **Bruno** ficou lá, depois eles fizeram lavagem, depois ele foi pra casa. Aí apareceu o filho, a ex-esposa, irmão, irmã. Aí levou ele pra outra cidade. Ficou lá na casa da ex-esposa dele. Eu fiquei junto com ele, de noite ele dormiu a noite toda, inteiro o outro dia, depois de novo. Eu conversei muito com a ex-esposa dele na época. Na época, tinha há pouco tempo, tinha uns três meses, só que eu tava morando com o **Bruno**. Foi um choque muito grande pra mim. Eu já tinha perdido meu noivo. Num tinha nem seis meses que o **Carlos** tinha morrido. Conheci o **Bruno** depois de um tempo. Foi muito chocante.

(4) **Paula:** - O **Bruno** depois disso tentou umas três vezes suicídio. A vez que ele tava internado eu fiquei tão nervosa, tão nervosa que eu comecei a passar mal e eles não queriam me atender. Quando eu consegui ser atendida acho que o choque foi tão grande, acho que foi a terceira vez que **Bruno** tentou o suicídio, eu tava tão nervosa que quando eu levantei da cadeira a cadeira quebrou, a cadeira era parafusada, que eu levantei junto com a cadeira de tão fora de mim, tão nervosa que eu tava. Porque eu tinha perdido um noivo não tinha nem um ano. Tava com **Bruno** e aconteceu tudo isso... Foi muito difícil pra mim, sabe?! Tudo o que passou. Daí na época eu passei mal chamaram minha mãe, meu pai, foram buscar eu. Eu não queria vim e aí eu vim, mas fui embora. O **Bruno** ficou quinze dias, mas sabe o que eu fazia? Saía de casa, eu tava trabalhando, saía do serviço aí eu ficava com ele o dia inteiro. Ele falava: Vai embora! Você não pode ficar aqui. Aí conversei com o médico, conversei com as meninas lá... Eu almoçava lá e ficava até de noite. Começava escurecer, eu ia embora,

dormia, voltava e ficava o dia inteiro porque lá era um lugar com muito doido, com uns problemas muito locão, uns de ficar correndo pra lá e pra cá fazendo igual lá – se referindo ao filme – repetindo as coisa, mas eu tinha medo, medo de deixar ele sozinho.... Só que lá ele não levou choque não.

(5) **Simone:** – Muito locão, né? Tinha um homem que dizia que ia casar comigo lá na clinica. Eu tinha um medo do homem e eu me trancava com medo do homem. Ficava louco por mim na clínica sabe? Ficava me atraindo querendo fazer sexo comigo. E eu sabia que tinha meu marido sabe? Eu era consciente, mas o homem era muito doido. Tinha gente doidinha, doidinha de pedra lá na clinica, sabe?

(6) **Paula:** – Tinha gente que tirava a roupa e ficava pelado?

(7) **Simone:** – Tinha gente andando pelado, tomando banho com a porta aberta.

(8) **Paula:** – Lá tinha o lugar das mulheres, dos homens e o balcão ficava tudo mundo junto.

(9) **Daniela:** – Joana vamo embora! A perua⁴⁷ chegou!

Ao que **Paula** finaliza falando do filme e do CAPS.

(1) **Paula:** Tem vez que eu não me sinto bem aqui. Porque às vezes eu não to bem. Quando eu não to bem eu fico em casa. Mas só que eu acho que quando a gente não se sente bem, a gente tem que vir pra sair, conversar, fazer o que gosta... eu comecei a trabalhar e comecei a tomar remédio. Aí eu vim aqui na 2ª feira. Depois que saí do serviço o pai da minha psicóloga morreu. Aí eu me senti mal com a situação dela, mas eu já não tava bem. Eu fiquei em casa um mês. Fui viajar e no viajar espairoseu a cabeça que eu fui com meu marido pra passar no médico... e quando voltei, voltei grávida, sem poder estar grávida por causa da situação minha e dele... e até agora eu estou reorganizando tudo mas eu to fazendo as coisas conforme eu consigo. Não vou dar um passo maior do que eu consigo pra eu cair e me machucar. Então, a situação em geral, do

⁴⁷ O CAPS de Santa Gertrudes possui uma perua Kombi para transportar os usuários que não têm como vir ao CAPS. Ela passa pela manhã na casa deles e os leva de volta no período da tarde tendo em vista que o CAPS I ainda não está funcionando no período noturno.

filme, muita coisa dali a gente pega pra vida da gente. Por isso que a gente fica chocado.

CENA IV

IV FEIRA DE ECONOMIA SOLIDÁRIA E SAÚDE

MENTAL

PLANOFRAGMENTO

Vamos a la playa?

Estagiário: Bom dia, Motorista. Você não se incomoda da gente filmar, né!?! Só não vou mostrar que você tirou o sapato, tá confortável, para o pessoal não ficar com medo da viagem! HAHHAHAHAHA

O estagiário⁴⁸ inaugura as produções de imagens de forma alegre e provoca muita risada dentro da Kombi ao brincar com o motorista.

Estagiário: Até parece que estamos indo para a praia...

Usuários, estagiários e trabalhadores do serviço de saúde mental do CAPS I de Santa Gertrudes (além, é claro, do respectivo pesquisador) encontram-se a caminho do município de São Paulo, rumo à *IV Feira Estadual de Saúde Mental e Economia Solidária* realizada na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP), no mês de dezembro de 2010.

Enquanto o estagiário termina de brincar com a situação, a usuária **Carlota** também filma os primeiros momentos da viagem, visto que a pouco saíamos de Santa Gertrudes. Tem-se aqui o único plano com duas tomadas das filmagens realizadas (seja na viagem seja propriamente no CAPS), se bem que cada tomada tem sua singularidade própria, no sentido de serem filmadas por pessoas diferentes

⁴⁸ Desde seu início, o CAPS de Santa Gertrudes conta com um projeto de estágio de psicologia da Universidade de Araras (UNIARARAS), que propicia uma potente relação do serviço com a Universidade.

e de lugares diferentes. Corroborou para isso o fato de estarem todos na Kombi e quando da intervenção alegre do estagiário em um contexto de silêncio, que imperava até então.

Participaram da viagem nove pessoas. Além do motorista, três usuários, três estagiários, a coordenadora do serviço bem como o presente pesquisador. Além do **estagiário** e de **Carlota**, que manuseiam as câmeras, Fábria se dedica à confecção de mais um tapete de crochê para a feira e os demais permanecem em silêncio.

Essas são as primeiras imagens produzidas dessa dissertação-filmica. Como já dito, a viagem a São Paulo não fazia parte do cronograma do presente trabalho. Pela ideia inicial, as produções ocorreriam apenas depois das sessões de cinema, o que mudou com a proposta da coordenação (apoiada pelos usuários) de antecipar as respectivas produções para aproveitar a viagem. A mudança nos planos trouxe, além da possibilidade de produção em outro ambiente que não o institucional do serviço, novas possibilidades de pensamento para a presente pesquisa.

A questão da geração de renda é considerada um importante aspecto para a consolidação da reforma psiquiátrica. Uma das formas de exclusão do louco na sociedade é por meio do mercado de trabalho e, nesse sentido, a economia solidária e o cooperativismo têm sido importantes aliados da Reforma, atendendo a demanda de inserção social além de produzir diversos espaços de vida, de trocas e agenciamentos para o usuário de saúde mental. Além disso, têm contribuído para a construção de outra forma de produção baseado em princípios como a solidariedade e a cooperação, gerando renda para essas famílias.

A economia solidária esteve presente no CAPS Santa Gertrudes desde seu começo através da parceria com a UNESP de Araraquara, com a assessoria de um grupo de produção de alimento e que, agora, continua com a questão do artesanato (produção de tapetes, pinturas, pintura de panos de prato, confecção de potes, dentre outros). Essa viagem se configurou como a primeira participação de usuários do serviço na comercialização de seus produtos em uma feira específica, como esta⁴⁹.

⁴⁹ Já haviam participado de outros espaços de produção e comercialização de alimentos, como a Festa da Cidade, mas em uma feira específica de economia solidária era a primeira vez.

PLANOFRAGMENTO

TPF: Tensão-Pré-Freira

No vídeo, a paisagem da estrada passa pela janela, e na Kombi as conversações continuam...

Estagiário 2: conta pra gente porque você não dormiu essa noite.

Estagiário 1: Eu e Carlota estamos em Tensão-Pré-Freira ou, segundo a F, Tensão-Pré-Freira. Mas freira acho que ninguém mais vai ser aqui, né?!.

O clima alegre abordado no planofragmento anterior de certa forma escondia inicialmente o nervosismo de algumas pessoas. A começar pelo próprio pesquisador que, depois de mais de um ano longe do serviço⁵⁰, estava de volta efetivando a proposta de produção de imagens surgidas a partir das oficinas de sessões de cinemas do CAPS de 2009. Já havia feito outras viagens (como psicólogo do serviço) com os usuários: visitamos empreendimentos-econômico-solidários em Campinas e Araraquara; fomos para cachoeiras em Analândia além de ficarmos três dias em Bauru por conta da comemoração dos vinte anos da Luta Antimanicomial, dentre outras experiências. No entanto, nesse meio tempo que estive longe, mudaram-se os estagiários, parte da equipe técnica (coordenação e demais profissionais do serviço) e, sobretudo, alguns usuários – no caso dessa viagem, não conhecia nenhum deles. Além disso, havia o fato de estar iniciando um projeto de pesquisa em um momento que mobilizava uma série de críticas e problemáticas acerca da metodologia da produção científica, de como fazer pesquisa.

O nervosismo do **estagiário**, segundo ele, se explicava pelo fato de nunca ter viajado para um encontro da área da saúde mental com usuários de saúde mental, mas apenas com companheiros do curso de psicologia de Araras. Por isso, relatou que tinha ficado até a madrugada limpando seu apartamento, sem conseguir dormir. Sua fala me levou a recordar meus primeiros dias no CAPS de Santa Gertrudes; convocado pela Prefeitura Municipal de Santa Gertrudes, tive a oportunidade de escolher entre trabalhar no Pronto-Socorro ou no CAPS. Na ocasião, escolhi a

⁵⁰ Saí do serviço em setembro de 2009.

segunda alternativa, pois, de certa forma, evitei o campo da saúde mental durante a escolha de estágios na faculdade e gostaria de ter contato com esse tipo de experiência. Hoje penso que tal atitude tenha se dado em função de algum receio, insegurança, ou mesmo de certa estranheza em relação ao trabalho com a loucura, que, entretanto, exprime nada mais do que uma relação diferente com o mundo, como lembra Guattari no texto “Práticas analíticas e práticas sociais”, em que aborda sua experiência em La Borde.

Para finalizar, **Carlota** também relatou que não dormira direito durante a noite anterior pensando na viagem. Insegurança que, acredito, era compartilhada por muitos ali na Kombi que estavam em sua primeira viagem com pessoas do serviço, com exceção do motorista que, curiosamente, parecia muito à vontade, brincando com todos de maneira indistinta e irrestrita.

Pouco tempo se deu até o momento em que a insegurança já tinha dado lugar às mais diversas conversações e brincadeiras, em suma, potentes encontros e/com filmagens.

PLANOFRAGMENTO

Alegria e política

No trajeto de Santa Gertrudes a São Paulo, as brincadeiras foram quase ininterruptas. O estagiário continua, com a câmera, abordando o motorista e, agora, questiona-o acerca do que há pouco comentara, ao que ele responde.

Motorista: Se na próxima encarnação eu tiver o direito de escolha eu quero vir mulher. Não vou casar com pobre e se eu não tiver o privilégio de casar com rico ou pobre, eu vou ser a maior biscate e não vou transar por menos de R\$ 500,00. Em Santa Gertrudes não (pode ser). Os mineiros não pagam R\$ 10,00, fazem as mulher trabalhar, ganhar dinheiro, lavar as cuecas dos mineiros... Exploram as mulher de Santa Gertrudes...

No entanto, **Fábria** logo emenda:

Fábria: É, mas num é todas as mulheres que lavam as cuecas dos homens não!!!

Quando menos se espera, o motorista leva um *presta atenção* da usuária em meio a muitas risadas e filmagens. As câmeras rodam entre todos que ali estão: usuários, estagiários, pesquisador e trabalhadora do serviço.

Motorista: É obrigação do homem dar pra mulher uma casa digna para ela morar, uma vida melhor do que ela tem com seus pais e respeitar ela.

Estagiário1: Eu discordo dessa afirmação do motorista. No mundo animal é a fêmea que caça e o leão fica lá. Eu acho que os dois tem que trabalhar juntos.

Fábria: Isso aí é do tempo da Amélia. Hoje em dia a mulher trabalha. Não existe mais isso!!!

Mais risadas e mais um *presta atenção* em relação ao motorista mandando embora de vez o clima tenso que pairava na viagem. Ficaram a alegria dos encontros, os agenciamentos e as produções imagéticas. De certa forma, as câmeras contribuíram para isso de maneira que podemos pensá-las, talvez, como dispositivos de produção subjetiva.

O clima que se instaurou durante a viagem provoca um pensar acerca da questão da alegria, objeto de análise de Ramalho (2010), em *Uma alegria subversiva: o que se aprende em uma escola de samba?* A respectiva tese de doutorado é fruto da experiência da autora com a *Ala Loucos pela X*, uma composição entre a escola de samba *Grêmio Recreativo Cultural Escola de Samba X-9 Paulistana* (agremiação do Grupo Especial do Carnaval de São Paulo) com o campo da saúde mental.

[...] um acontecimento que tem dado mostras de que, na delicadeza de inventar outros territórios existenciais em espaços que a cultura brasileira mantém vivos para resistir, pessoas que antes estavam confinadas a corpos deficitários destinados àqueles que recebem a designação de “portadores de transtornos mentais” hoje descobrem que a alegria de viver pode ser mais subversiva em seus cotidianos do que aquilo que décadas de tratamentos biomédicos puderam lhes trazer (RAMALHO, 2010, p. 26).

A autora traz o caráter político da alegria como resistência à experiência naturalizadora e homogeneizante da loucura enquanto patologia, doença.

[...] a afirmação da vida e de sua potencia criadora figuram como uma força tão revolucionária quanto o combate ao sofrimento, à alienação, à exclusão e aos demais domínios em que estamos acostumados a associar as lutas libertárias, provocando a pensar que os processos nos quais frequentemente imaginamos imperar o individualismo em sua busca desenfreada pelo gozo absoluto, a massa de indivíduos domesticados pela indústria cultural e a negação da alteridade, podem ocultar outras complexidades (RAMALHO, 2010, p. 261).

Nesse sentido, as filmagens dispararam essa alegria subversiva ao propor uma nova prática que, não direcionada para algo da ordem do terapêutico ou do pedagógico, propiciam uma perspectiva “dessanitarizada” de trabalho à semelhança do problematizado por Ramalho.

Talvez seja preciso investir na “dessanitarização” de nossas práticas e olhares. Mais que tecer “parcerias com a cultura” ou criar “projetos intersetoriais”, o que timidamente já se percebe nas práticas e nos discursos interiores ao campo da Reforma Psiquiátrica, talvez ganhemos ânimo novo, como mostra a experiência da Ala Loucos pela X, se pudermos exercer práticas que se disponham a habitar o fora, a se misturar com a diversidade de outros atores sociais, deixando-nos miscigenar também com outras práticas sociais e ser um tanto arrastados por elas (RAMALHO, 2010, p. 265).

PLANOPRAGMAMENTO

Psicanálise e Subjetividade

- (1) **Estagiário:** ...tem um funcionamento diferente de uma estrutura perversa. Você já assistiu aquele filme *Psicose*, do Alfred Hitchcock? Tã, Tã, Tã – fazendo alusão à trilha sonora do filme – Parece aquela cena com a faca, a moça tomando banho, na cortina... Essa cena acho que todo mundo já viu.
- (2) **Fábia:** *Psicose* é um tipo da pessoa agressiva, é isso?
- (3) **Estagiário:** Então, o nome daquele filme é *psicose*, mas quando nós assistimos o filme na faculdade, vocês lembram? – questiona os demais estagiários - A nossa professora, ela falou que parecia mais perversão do que *psicose*, o perfil do personagem principal.
- (4) **Carlota:** *Psicose* é uma pessoa perversa?
- (5) **Fábia:** Perversão é a pessoa perversa que num...
- (6) **Estagiário:** Então... cada um vai ter uma estrutura, um funcionamento diferente... não existe um padrão.
- (7) **Fábia:** A Aline é perversa, por exemplo?!
- (8) **Estagiário:** Ahhh.... eu não vou fazer diagnóstico da Aline!
- (9) **Otávio:** Ahahahaha.... perrrr... verrrr... sa – brinca um usuário fazendo alusão à sonoridade da palavra.
- (10) **Carlota:** Eu sou psicó.... hahahaha... Fica quieto!!! Referindo-se a **Otávio** que ri!
- (11) **Fábia:** Então a pessoa perversa é aquela pessoa que não sabe se controlar...
- (12) **Carlota:** Então eu sou perversa? hahahaha
- (13) **Estagiário:** Se a pessoa não consegue se controlar não significa que ela é psicótica?
- (14) **Fábia:** Isso que eu quero saber.
- (15) **Estagiário:** Tem neurótico que não se controla também... e aí!?
- (16) **Profissional:** Quem se controla?
- (17) **Estagiário:** Quem se controla?
- (18) **Fábia:** É normal né! Assim... não é normal?
- (19) **Carlota:** É a reação do ser humano.

- (20) *Fábia: É doença?! Não é doença!? É só aquela hora...*
- (21) *Carlota: Vai ver eu sou psicólogo...*
- (22) *Fábia: O que que você é?*
- (23) *Carlota: Psicólogo.*
- (24) *Estagiário: Você é Carlota!*
- (25) *Estagiário: Não sei se a explicação caminhou por um caminho mais ou menos... não sei...*
- (26) *Fábia: É mais ou menos isso a pessoa que... não tô falando que você é!*
- (27) *Profissional: Tem as três estruturas: psicótico, perverso e o neurótico*
- (28) *Estagiário: Uma grande característica do neurótico, por exemplo, é se culpabilizar, ele tem culpa, então ele mente e carrega aquela culpa para ele o tempo todo.*
- (29) *Fábia: Mas ele fala a verdade?*
- (30) *Estagiário: Já o funcionamento do psicótico e do perverso essa culpa vai para outro lugar. Por exemplo, o perverso tem uma coisa muito ligada ao prazer. De fazer uma coisa que foge a uma regra. E isso dá prazer a ele. Entendeu?*
- (31) *Fábia: Tem pessoa que tem o prazer de mentir... em segurar a mentira...*
- (32) *Estagiário: E aí ele não vai se culpar tanto...*
- (33) *Fábia: Vamo supor, se eu falar uma mentira você não acredita em mim... Você vê no meu olho que eu to mentindo... eu não sei mentir... sério.*
- (34) *Carlota: É dois!*
- (35) *Fábia: Cara de pau!*
- (36) *Carlota: verdade.*
- (37) *Estagiário: Por exemplo, nós vamos ver a classificação do Motorista no CID e vamos ver o que ele é... ele já falou que ele mente e não está nem aí – se referindo com risadas ao motorista, risadas – Você está com o CID aí Profissional?! hahahahaha*

A conversa vai de oito a oitenta, gira em torno de tudo e inclusive acerca da própria saúde mental, sobre a loucura e a subjetividade. Nesse momento, a câmera é ligada intencionalmente pelo pesquisador que já há um bom tempo se mobiliza por tal problemática, já que, como psicólogo, minha formação é profundamente marcada pela perspectiva psicanalítica bem como grande parte dos cursos de psicologia.

Ao discorrer sobre o funcionamento do psiquismo, o estagiário apresenta o ideal estruturalista de constituição da subjetividade próprio da psicanálise: a subjetividade compreendida como uma entidade individualizada, interiorizada e teatralizada (Édipo), composta por um inconsciente *obsкуро* e regido/reduzido a um drama familiar.

A psicanálise surge como um campo do conhecimento científico disposto a explicar as verdades da mente humana – uma ciência que procura desvendar as (supostas) leis constitutivas da nossa subjetividade.

Em nome do primado das infra-estruturas, das estruturas ou dos sistemas, a subjetividade não está bem cotada, e aqueles que dela se ocupam na prática ou na teoria em geral só a abordam usando luvas, tomando infinitas precauções, cuidando para nunca afastá-la demais dos paradigmas pseudocientíficos tomados de empréstimo, de preferência, as ciências duras. [...] Tudo se passa como se um superego cientista exigisse retificar as entidades psíquicas e impusesse que só fossem apreendidas através de coordenadas extrínsecas (GUATTARI, 1990, p. 18).

Pois enquanto *ciência em si*, a Psicanálise procura analisar, interpretar, normatizar o caos pelo controle e apreensão de seu objeto científico.

A ciência em si

Se toda coincidência
Tende a que se entenda
E toda lenda
Quer chegar aqui
A ciência não se aprende
A ciência apreende
A ciência em si

Se toda estrela cadente
Cai pra fazer sentido
E todo mito
Quer ter carne aqui
A ciência não se ensina
A ciência insemina
A ciência em si

Se o que se pode ver, ouvir, pegar, medir, pesar
Do avião a jato ao jaboti
Desperta o que ainda não, não se pôde pensar
Do sono eterno ao eterno devir
Como a órbita da terra abraça o vácuo devagar
Para alcançar o que já estava aqui

Se a crença quer se materializar
Tanto quanto a experiência quer se abstrair

A ciência não avança
A ciência alcança
A ciência em si

Arnaldo Antunes

Cria-se, com a psicanálise, certo padrão de normalidade subjetiva a partir de um julgamento (do analista) do que foge à norma, e esse desvio vai ser enquadrado, classificado como algo da ordem do erro, ou melhor, da doença mental⁵¹.

Em relação à *perversão* acima citada, por exemplo, o *Vocabulário de Psicanálise* de Laplanche e Pontalis⁵² apresenta a seguinte definição.

Desvio em relação ao ato sexual normal, definindo este como coito que visa a obtenção de orgasmo por penetração genital, com uma pessoa do sexo oposto;

Diz-se que existe perversão quando o orgasmo é obtido com outros objetos sexuais (homossexualidade, pedofilia, bestialidade, etc.), ou por outras zonas corporais (coito anal, por exemplo) e quando o orgasmo é subordinado de forma imperiosa a certas condições extrínsecas (fetichismo, travestismo, voyerismo e exibicionismo, sadomasoquismo); estas podem mesmo proporcionar, por si sós, o prazer sexual.

De forma mais englobante, designa-se por perversão o conjunto de comportamento psicosexual que acompanha tais atipias na obtenção do prazer sexual (LAPLANCHE E PONTALIS, 2001, p. 341).

Acerca da psicose, apresentam:

Em clínica psiquiátrica, o conceito de psicose é tomado a maioria das vezes numa extensão extremamente ampla, de maneira abranger toda uma gama de doenças mentais, quer seja manifestamente organogenéticas (paralisia geral, por exemplo), quer a sua etiologia última permaneça problemática (esquizofrenia, por exemplo).

Em psicanálise não se procurou logo de início edificar numa classificação que abrangesse a totalidade das doenças mentais que o psiquiatra precisa conhecer; o interesse incidiu, em primeiro lugar, nas afecções mais diretamente acessíveis a investigação analítica e, dentro desse campo mais restrito que o da psiquiatria, as principais

⁵¹ Já foi mencionada a *contribuição* da psicologia, apontada por Foucault, nesse percurso de uniformização da experiência da loucura em torno da ideia de patologia.

⁵² O *Vocabulário de Psicanálise* de Laplanche e Pontalisé, muito utilizado nos cursos de graduação de Psicologia, apresenta uma série de conceitos com o objetivo de, segundo os autores, “condensar a acepção do conceito, tal como ressalta do seu uso rigoroso na teoria psicanalítica”.

distinções são as que se estabelecem entre as perversões, as neuroses e as psicoses.

Neste último grupo, a psicanálise procurou definir diversas estruturas: paranóia (onde inclui de modo bastante geral as afecções delirantes) e esquizofrenia, por um lado, e, por outro, melancolia e mania. Fundamentalmente, e numa perturbação primária da relação libidinal com a realidade que a teoria psicanalítica vê o denominador comum das psicoses, onde a maioria dos sintomas manifestos (particularmente construção delirante) são tentativas secundárias de restauração do laço objetual (LAPLANCHE E PONTALIS, 2001, p. 390).

Félix Guattari – inicialmente adepto da teoria psicanalítica (lacaniana) – dedicou grande parte de sua vida à problematização da temática da subjetividade e, junto com Deleuze, produziu uma feroz crítica à psicanálise em *O Anti-Édipo*. O autor destaca o caráter produtivo da subjetividade ressaltando ser constituída por instâncias não apenas individuais, mas também coletivas e institucionais. O inconsciente e o desejo não são mais vistos como decorrentes de um mero drama familiar (Complexo de Édipo), mas da ordem da produção, de um maquinismo.

Enquanto a psicanálise reduz fatos sociais a mecanismos psicológicos, a esquizoanálise⁵³ ressalta a ligação do desejo à produção social, ou seja, necessariamente ligado a um contexto histórico-social (a produção de uma subjetividade da sociedade capitalista), denunciando a necessidade de superação da oposição entre sujeito individual e sociedade e da dissociação entre a ideia de indivíduo e subjetividade.

Seria conveniente dissociar radicalmente os conceitos de indivíduo e de subjetividade. Para mim, os indivíduos são o resultado de uma produção de massa. O indivíduo é serializado, registrado, modelado. Freud foi o primeiro a mostrar até que ponto é precária essa noção da totalidade de um ego. A subjetividade não é passível de totalização ou de centralização no indivíduo. Uma coisa é a individuação no corpo. Outra é a multiplicidade dos agenciamentos da subjetivação: a subjetividade é essencialmente fabricada e modelada no registro do social. Descartes quis colar a ideia de subjetividade consciente à ideia de indivíduo (colar a consciência subjetiva à existência do indivíduo) – e estamos nos envenenando com essa equação ao longo de toda a história da filosofia moderna. Nem por isso deixa de ser verdade que os processos de subjetivação são fundamentalmente descentrados em relação à individuação (GUATTARI; ROLNIK, 1986, p. 31).

⁵³ Expressão cunhada por Deleuze e Guattari em 1972, após a publicação de *O Anti-édipo*, com o intuito de enunciar outro instrumental para se pensar a questão da subjetividade que fugisse aos reducionismos familiares-psicanalíticos.

PLANOFRAGMENTO

Saúde Mental e trabalho

...que a nossa feira recebe um patrocínio, um apoio que não vem do ministério da saúde, porque normalmente usuário de saúde e mental vai fazer um evento e de onde vem o apoio/recurso? [Vem] da rubrica da saúde. Esse ano a gente recebeu um reconhecimento por parte do Ministério do Trabalho, porque essa feria o foco dela, independentemente de ser organizada ou não por usuário, é o debate do trabalho e emprego... isso é muito importante porque... quem trabalha com saúde mental e a reforma psiquiátrica (sabe) que ela tem três eixos fundamentais: a rede social a moradia e o trabalho. As redes sociais já tem uma série de políticas públicas: os recursos que vão para os CAPS; em algumas cidades os recursos que vão para os CECOS. A moradia apesar também de ser recente e estar em processo de implementação... tem o recurso das residências terapêuticas. No entanto esse terceiro pé (a gente brinca q a reforma é tipo saci), está faltando uma perna dela. Qual é? É a criação de uma política pública voltada ao fomento, ao apoio trabalho... porque é o trabalho que constitui o processo de (construção de) identidade das pessoas... a gente vai para uma roda de conversas, (e quando) faz uma roda de apresentação o técnico fala... eu sou psicólogo, o outro terapeuta ocupacional o outro enfermeiro e o usuário... é usuário de saúde mental... como se a vida da pessoa se reduzisse ao espaço de tratamento.

Então... foi fundamental pressionar o governo federal. Aí foram duas iniciativas importantes: ...a marcha dos usuários que essa rede organizou um ônibus, fomos lá fizemos audiência com professor Paul singer.. ate o Sarney recebeu os usuários de saúde mental... A segunda foi a realização da conferencia tematica de cooperativismo social...

CENA IV

CAPS, cotidiano e produção de loucura

PLANOFRAGMENTO

Você não foi pro Bezerra?

(1) *Maria: Vai passar filme hoje?*

(2) *Vanda: Não sei, Maria.*

(3) *Pesquisador: Você quer assistir filme, Maria?*

(4) *Maria: Quero.*

(5) *Pesquisador: De que Maria?*

(6) *Maria: De luta... Olha quem está aí? Olha quem estava no Bezerra.
Você estava no Bezerra?*

(7) *Otávio: Não. Eu vou indo hoje. Vou pegar uma ambulância no CAPS lá em Rio Claro.*

O *Bezerra* a que **Maria** faz referência é o hospital psiquiátrico *Bezerra de Menezes*, localizado no município de Rio Claro. Apesar de se de fato **Otávio** pegaria uma ambulância para o hospital psiquiátrico fica o questionamento acerca da postura do serviço de saúde mental de Rio Claro. O CAPS III de Rio Claro interna?

A região de Rio Claro tem se beneficiado, nas últimas décadas, com os avanços da Reforma Psiquiátrica brasileira e a ampliação de uma política de rede atenção baseada na ideia de territorialidade e em uma proposta de tratamento com o convívio da família e da comunidade. No entanto, apesar de apresentar uma rede considerável de CAPS nos municípios de Araras, Capivari, Piracicaba, Pirassununga, Rio Claro, Rio das Pedras, Santa Gertrudes, por exemplo, a região

ainda conta com dois grandes hospitais psiquiátricos: o *Bezerra de Menezes*, em Rio Claro e o *Sayão*, em Araras.

É importante destacar um dos limites da presente lei da Reforma Psiquiátrica, aquele de não dispor de mecanismos para a extinção dos hospitais psiquiátricos, o que faz muitos considerarem que essa lei trata da Reforma pela metade. De qualquer maneira, ao que parece, as respectivas cidades não apresentam uma política, ou vontade política, para diminuir os leitos dessas instituições. Pelo contrário, elas têm agido de forma a promovê-las e consolidá-las.

Rio Claro, por exemplo, implantou, na esteira da Política Nacional de Saúde Mental, há cerca de 10 anos, um Centro de Atenção Psicossocial 24horas que se apresentava como um contraponto à lógica manicomial preponderante no município, até então representado pelo *Bezerra*. Mais recentemente, inaugurou um CAPS ad (serviço específico para tratamento de álcool e drogas), ou seja, o município adquiriu importantes equipamentos públicos no sentido de direcionar a assistência em saúde mental a serviços de base comunitária. Apesar disso, o que acontece é que pouco se avançou em relação aos princípios da Reforma Psiquiátrica, pois, além do fato de que usuários de serviços territoriais 24horas são continuamente encaminhados a hospitais psiquiátricos, é merecedor destaque o fato de contarem com repasses financeiros estaduais e municipais.

No âmbito estadual, por exemplo, no fim de 2010, a Assembleia Legislativa do Estado aprovou emenda de deputado do Democratas (DEM) de R\$ 80.000,00 em favor da instituição *Bezerra de Menezes*. Aqui, a situação é até *compreensível* tendo em vista a atuação sistemática do Governo do Estado de São Paulo contrária a Política Nacional de Saúde Mental, como é possível verificar em episódios como o do apoio às comunidades terapêuticas e aqueles ocorridos na Cracolândia. A surpresa, contudo, fica por conta do âmbito municipal que, em fevereiro de 2011, aprovou uma subvenção⁵⁴ no valor de R\$ 330.000,00, projeto esse de autoria de vereadora do próprio Partido dos Trabalhadores (PT), histórico aliado da luta antimanicomial e da reforma psiquiátrica no país.

⁵⁴ Subvenção é uma modalidade de transferência de recursos públicos do município em favor de organizações não governamentais e/ou entidades privadas.

PLANOFRAGMENTO

O rolê do CAPS

(1) *Paula: Aqui é o CAPS, onde todo mundo vai, todo mundo vem, mas nem todo mundo fica... espero que quando vai, vai bem e quando vem seja pra melhor.*

Com essas palavras, **Paula** inicia o seu *rolê* pelo CAPS. Assim como os outros vídeos, tal produção não se configura como algo pensado de antemão, mas vai “se fazendo” conforme **Paula** vai percorrendo o CAPS como que documentando/reportando. Indiretamente, ela capta conversas...

(2) *Valter: E aí Rafa, você deu uma engordadinha, hein!? – constata o usuário acerca do peso do pesquisador.*

(3) *Pesquisador: Ahh... uma engordadinha boa por sinal.*

Paula inicia sua filmagem no quintal da casa. É interessante destacar o fato do CAPS de Santa Gertrudes estar localizado em uma residência, o que contribui para a quebra de barreiras, sobretudo arquitetonicamente, ao paradigma hospitalocêntrico tradicional de um serviço de saúde: as consultas médicas, psicoterapias e demais atendimentos ocorrem nos quartos da casa (ou mesmo em outros lugares da casa, como no quintal); a recepção fica na antiga sala de TV e as reuniões de equipe na sala de jantar; no quintal fica garagem com os armários, para os usuários guardarem seus pertences, e as redes; no fundo da casa há uma edícula que se transformou em uma sala de TV (local onde ocorrem as sessões de cinema), além da piscina e de mais uma cozinha (que, inclusive, era a base da antiga cooperativa de cozinha *Temperoloko*).

Paula: Olha que legal o trabalho que o pessoal fez! Provisório, lógico, mas ficou muito bom! – referindo-se à proteção das cadeiras feitas pelos próprios usuários a partir de retalhos de tecidos, solução encontrada devido à negativa da prefeitura em conseguir novas cadeiras para o serviço.

Paula continua sua travessia imagética adentrando, agora, na casa. Traz-nos muito mais que a estrutura física do serviço: o seu cotidiano no âmbito de suas relações.

Yassui, em *Rupturas e encontros*, discorre acerca do tempo e nos lembra o tempo morto dos manicômios aludido por Goffman:

[...] a existência, entre os internos das instituições totais, de um intenso sentimento de que o tempo passado no estabelecimento é tempo perdido, destruído ou tirado da vida da pessoa (YASSUI, 2006, p. 148).

Ao mostrar o cotidiano do usuário que se dedica à limpeza do serviço ou abordar o trabalho coletivo de cuidado (como no caso das cadeiras), **Paula** nos apresenta a possibilidade de reinvenção do cotidiano e nos leva a pensar em estratégias de produção de cuidado compartilhadas e não necessariamente vinculadas à ordem do individual, mas baseadas em uma perspectiva de "transformação do cotidiano, das relações sociais, operando com conceitos, valores e noções como cidadania, autonomia, solidariedade, inclusão, acolhimento, participação, e outros mais" (YASSUI 2006, p. 149) – o cotidiano como instância terapêutica, como afirma Goldberg:

É preciso, portanto – se queremos reconhecer e trabalhar com o cotidiano desses pacientes – abordá-lo como instancia construtiva, cuja estrutura de repetição não cessa de organizar mundos de vida, ou de permitir a eles a superação contínua de estados drásticos de dilaceração do aparelho psíquico. Mas cumpre observar desde já que reconhecermos o cotidiano como instancia simbólica de reconstrução contínua para o paciente, não poderíamos reduzi-lo a uma espécie de fundo da doença, servindo-nos para aferir resultados de estratégias de tratamento. Ainda que uma das contribuições secundárias na consideração do cotidiano possa ser esta, não se pode obliterar que o interesse principal da estratégia terapêutica não é propriamente investigá-lo como “meio” conduzindo a certos “resultados” pré-fixados, mas conhecê-lo e talvez ampliá-lo como único espaço simbólico que de fato resta a esses pacientes, afluindo, além disso, como uma interface expressiva que lhes permite resgatar-se culturalmente (GOLDBERG apud YASSUI, 2006, p. 133).

PLANOFRAGMENTO

Pesquisa científica e vozes em silêncio

As pessoas que, nos sistemas terapêuticos ou na universidade, se consideram simples depositárias ou canais de transmissão de um saber científico, só por isso já fizeram uma opção reacionária. Seja qual for sua inocência ou boa vontade, elas ocupam efetivamente uma posição de reforço dos sistemas de produção de subjetividade dominante (GUATTARI; ROLNIK, 1986, p. 29).

No meu curso de psicologia, além dos estágios curriculares e extracurriculares, participei intensamente de atividades relacionadas ao movimento estudantil universitário. Inicialmente, esse contato aconteceu por meio das reuniões do Centro Acadêmico de Psicologia (CAPSIA), que recentemente se instalou (1998) e posteriormente se consolidou na representação discente no Conselho de Curso e na própria gestão do CA e do Diretório Central dos Estudantes *Helenira de Rezende*, da UNESP/Fatec.

No caso do *campus* de Assis⁵⁵, a ação do movimento estudantil centrava-se na ocupação dos espaços institucionais de gestão da universidade (conselhos de curso, departamentos, comissões etc.), mesmo a despeito da desigual participação dos segmentos da universidade (não paridade), e na crítica à cooptação de partidos políticos ao movimento estudantil universitário. Um debate constante do universo estudantil se dava em torno das formas de organização/atuação enquanto movimento social, tendo na figura do assembleísmo sua maior expressão. O burocratismo, a monotonia e o estriamento excessivo dessa forma de organização/atuação implicava um afastamento contínuo de pessoas que por vezes tinham grande interesse nas discussões do movimento. Lembro-me, por exemplo, das infindáveis assembleias de greves que, por vezes, tornavam-se espaços fascistas de ditadura da maioria, nas quais apenas se deliberava. Espaços em que as pessoas já vinham com uma opinião pré-concebida e que eram indisponíveis a escuta do outro. O importante era ficar até o final da reunião para votar!

Não é intenção demonizar o espaço da assembleia, mas trazer algumas considerações que acredito serem interessantes, sobretudo em um tempo de tantas

⁵⁵ Diferentemente das outras universidades estaduais - Universidade de São Paulo (USP) e Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) -, a Universidade Estadual de São Paulo *Júlio de Mesquita Filho* (UNESP) possui uma série de *campus* espalhados pelo interior do Estado de São Paulo.

liberdades, e observar como o estriamento desse espaço, supostamente potente em termos de organização coletiva, pode trazer efeitos perversos.

Voltando à problemática da reforma psiquiátrica e dos serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos (os CAPS), tem-se, nas assembleias de funcionários e usuários, importantes espaços com vistas a horizontalizar as relações e romper com o paradigma psiquiátrico fundamentado na relação médico-paciente. Essas assembleias possibilitam a participação dos mais diversos atores na gestão do cotidiano do serviço, na criação de novas oficinas, projetos, viagens, configurando-se como potente espaço de produção de vida e como instrumento de resistência à perspectiva patológica da loucura. No entanto, destaca-se aqui o fato de isso nem sempre ocorrer dessa forma, como no caso da Assembleia realizada no dia 18 de janeiro de 2011. Nesse dia, não havia outros pontos de pauta além da discussão referente à continuidade ou não das sessões de cinemas (re)iniciadas na semana anterior em função desse trabalho de pesquisa. Como já mencionado, algumas produções de imagens já haviam sido realizadas na viagem à IV Feira de Saúde Mental e Economia Solidária, no município de São Paulo.

A ideia de meu comparecimento à assembleia era de compartilhar a experiência com os demais técnicos e usuários e avaliar o andamento das atividades do projeto de forma coletiva, tendo em vista a solicitação de alguns usuários, após o filme *Bicho de Sete Cabeças*, por novas sessões de filmes.

Durante a assembleia foi disponibilizada uma câmera ao grupo e foi justamente no encontro com o material produzido que me deparei com uma situação cuja qual, na hora, não havia me dado conta: como, por vezes sem perceber, por meio de nossos gestos, atitudes e falas, reproduzimos a mesma lógica que criticamos, no caso, corroborando uma produção de subjetividade do louco enquanto doente, incapaz etc.

Em certo momento de minha fala na assembleia fui interrompido por determinado usuário, que, a princípio, não conhecia, pois ainda não tinha passado pelo serviço na época em que trabalhara como psicólogo na instituição. Ele procurou participar, de alguma maneira, da conversa que se iniciou, mas não necessariamente abordou as questões em pauta acerca da continuidade das sessões de cinema. Na verdade, não é fácil compreender o que diz, seja pelo seu falar baixo – que dificulta a captação de som da câmera – seja por abordar assuntos que não tem haver com a discussão levantada. Grosso modo, ele fala de São Paulo,

sua família... O grupo ouve atentamente sem nenhuma intervenção e, quando reinício minha fala, sou surpreendido novamente por sua intervenção, em um movimento que se repete uma vez mais. É nesse momento que outro usuário não aguenta e começa a rir da situação, que corroboro; essa situação, de certa maneira, inferioriza-o como alguém que intervém onde não deveria, como o louco que fala onde não deve.

Acontece que, no anseio de dar seguimento à pesquisa *sobre* os loucos, cala-se o louco. Ao invés de aproveitar aquela abertura propiciada pela intervenção do usuário – e fazer a pesquisa *com* o louco a partir das brechas que se apresentam –, ironiza-o. Um exemplo de como através de nossas ações, gestos, falas, maneiras de olhar, muitas vezes judicializamos o outro, o estranho a nós, enquadrando-o e inferiorizando-o, reproduzindo, assim, uma lógica manicomial, para além dos muros dos hospitais, nas relações e, no caso, em nome de uma *ciência em si*.

PLANOFRAGMENTO

Saúde mental e micropolítica

Rosária passa pano no chão da sala de espera sob olhares atentos de duas meninas: uma maior, de uns cinco anos de idade, e outra menor, em um carrinho de bebê. A morena de cabelos cacheados parece não se incomodar com a câmera e continua a atividade que está fazendo. **Joana**, então, dá meia volta com a câmera até a garagem.

No vídeo, ao fundo, **Nair** procura um papel para enrolar o seu cigarro. No primeiro plano, está o pesquisador que ensina **Eduarda** a ligar/desligar a filmadora enquanto **Landa** e **Daniela** observam atentamente as instruções. **Débora**, ao lado, parece pouco interessada no que acontece, contudo é ela que nas filmagens, ao ver **Joana** se aproximar com o equipamento, diz:

(1) *Débora: Não é pra filmar a gente! É pra filmar bichinho!* – afirma com um tom um tanto infantilizado.

Joana não se incomoda com a chamada e, voltando seu olhar justamente para **Débora**, exclama:

(1) *Joana: Olha a Déby!* – ao que **Débora** responde, prontamente, com um breve sorriso.

(2) *Débora: Você tem que ver assim uma coisa que seja interessante, que teja a flor beijando a flor, um beija-flor...*

Nesse primeiro momento do plano não é possível diferenciar qual das seis mulheres que aparecem na respectiva cena são usuárias, familiares ou mesmo funcionárias do serviço. O tradicional jaleco branco utilizado nos hospitais demarca de forma clara quem é quem na instituição, diferenciando o profissional médico (ou equipe técnica) do paciente doente (louco). No jaleco é exibida a hierarquia da relação de poder médico-paciente.

Alguém de fora (do serviço) poderia imaginar que apenas a primeira daquelas mulheres, a que primeiro apareceu na cena limpando a sala de recepção do serviço, seria uma das técnicas do serviço. Ou que todas as moças ali no quintal fossem usuárias. Todos esses *achismos* estariam equivocados, e é bom que seja assim.

Apesar de aparecer limpando a sala da recepção, **Rosária** não trabalha no CAPS; ela oferecia uma contribuição para a manutenção do serviço por livre e espontânea vontade, em um momento de ausência da faxineira, no sentido de, dentro das suas possibilidades, oferecer um cuidado com aquele espaço que lhe acolhe e também oferece cuidado.

Das cinco mulheres que estavam na garagem, uma era, de fato, funcionária do serviço e, justamente, era a pessoa que não prestava atenção às instruções e repreendeu, de maneira infantilizada, **Joana** acerca do que deveria ou não ser filmado.

Mesmo a despeito de certa solidariedade coletiva no serviço, como no caso das cadeiras restauradas ou nessa situação da limpeza da recepção, da não utilização de jalecos, percebe-se ainda, em algumas situações, como a da funcionária, a reprodução de uma lógica manicomial entre trabalhadores e usuários do serviço, no caso, seja pelo seu tom infantilizado com que aborda o usuário seja no direcionamento de seu olhar.

Em outro vídeo, esse direcionamento é ainda mais contundente na medida em que uma usuária intensiva do serviço com extenso histórico de internação e que pouco se relaciona para além daquele espaço do CAPS é interrompida justamente no momento em que experimenta a câmera filmadora pela primeira vez em sua vida. Trata-se de **Eduarda**, a pessoa a quem o pesquisador ensinara a ligar/desligar o equipamento na cena inicial da garagem.

(1) Pesquisador: Agora está começando a gravar.

Eduarda apresenta-se rígida e com receio em relação à câmera, em relação ao filmar. Tento tranquilizá-la:

(1) Pesquisador: Agora você pode...

(1) Landa: Eu não sei Rafa - fala a outra usuária.

(2) Pesquisador: Pode mexer com a mão para onde você quer filmar.

(3) *Eduarda: Óhh o Rafa⁵⁶...* – se referindo ao pesquisador.

Logo que cita meu nome, aceno com um tchau para a câmera saindo para a parte de dentro da casa do CAPS para auxiliar outras usuárias que também estão com outras câmeras. **Eduarda** continua sua experiência de produção e apresentação das demais usuárias que estão ali a seu lado.

(1) *Eduarda: A Joana...* – apresentando **J** que também está com um equipamento, no caso, uma câmera fotográfica.

(2) *Eduarda: A Landa, a Joana...* – continuando a apresentação.

Calmamente, **Eduarda** gira a câmera explorando o ambiente. Interessante notar esse fato, pois a mesma apresenta certa agitação no seu dia a dia. Sua fala rápida, por vezes, dificulta a compreensão, mas, com a câmera, sua narrativa segue um ritmo mais vagaroso e sua fala é perfeitamente compreensível.

Eduarda: A Nair – filmando uma usuária que se prepara para enrolar o seu cigarro de corda.

No entanto, **Eduarda** é logo interrompida pela mesma funcionária que repreendera **Joana** há poucos minutos.

Débora: Filma eu vai! Vem comigo que eu vou mostrar o que filmar!

Eduarda não chega a desligar a filmadora e segue atrás de **Débora**, continuando sua narrativa.

Eduarda: A Débora andando... a Débora andando...

Débora: Aqui você vai ver alguma coisa interessante!

Eduarda volta a explorar o ambiente com o equipamento. Ela filma as folhagens do canteiro presente no meio do quintal, mas não por muito tempo, pois é novamente interrompida.

⁵⁶ A referência à meu apelido é em função dela ter participado do projeto de assessoria a empreendimento econômico solidário de cozinha quando trabalhei no CAPS (2007 a 2009).

Débora: Olha as árvores. Você está com a câmera muito baixo. Dá uma paradinha – ordena à usuária.

Por diversas vezes a técnica interrompe a usuária em sua experimentação com a câmera, como que em um movimento de pensar de que ela como tal não tivesse condições de filmar. Enquanto condição de doente, necessariamente precisa de tutela para realizar suas próprias produções imagéticas – o louco como incapaz. Parece haver, sistematicamente, uma tentativa de impedir que a usuária possa filmar o que de fato lhe interessa em prol de algo que é interessante para a funcionária. Uma forma de controle que se dá através do direcionamento de seu olhar. Há, inclusive, algumas tentativas de fuga por parte de Eduarda que são logo frustradas, terminando o plano como que com sua última forma de resistência a esse controle: não filmar mais. E Eduarda desliga a câmera.

Nesse contexto, acredito ser interessante problematizar alguns aspectos da saúde mental e da reforma psiquiátrica brasileira para além do discurso da macropolítica da luta contra os hospitais psiquiátricos. Mesmo sendo o Brasil um país considerado referência mundial na área, principalmente em função do seu Plano Nacional de Saúde Mental, é de fundamental importância questionar a saúde mental no plano de uma micropolítica, talvez, uma saúde mental menor.

Ao analisar a obra de Kafka, em *Kafka: Por uma literatura menor*, Deleuze e Guattari (2000) criaram o conceito de *literatura menor* – uma literatura de resistência produzida em um contexto de literatura maior como uma forma de subversão. Gallo (2012) opera um deslocamento conceitual desta relação *literatura maior/literatura menor* para pensar a questão da educação, criando, com isso, os conceitos de educação maior e educação menor.

Como pensar a relação maior/menor no âmbito da educação? Se uma educação maior é aquela do âmbito das políticas de ensino gestadas nos ministérios e secretarias, a dos grandes planos, dos macroplanejamentos, uma educação menor é aquela que se pratica nas salas de aulas, entre as quatro paredes, no âmbito do pequeno, como resistência, como produção de algo que se coloca para além e para aquém das grandes políticas. Assim como uma literatura menor se instala como parasita no contexto de uma língua estabelecida, alimentando-se dela para gerar resistência, uma educação menor instala-se no interior de um espaço escolar produzido e gerido pela

educação maior, mas como um vírus, oferecendo resistência e roendo por dentro essa educação maior.

Uma educação menor é um empreendimento de militância. Vale lembrar que um importante filósofo político da atualidade, Antonio Negri, tem afirmado que este é um tempo de militantes mais que de profetas. Os grandes atores na política, hoje, não são os da macropolítica, os profetas que anunciam o porvir, mas sim os da micropolítica, os militantes que produzem o presente e possibilitam o futuro. Assim, a educação menor é fruto da ação militante de professores em sala de aula, agindo em surdina, sem grandes alardes, mas muitas vezes produzindo algo nem mesmo suspeitado pelas *grandes políticas*, apesar delas e para além delas (GALLO, 2012, p. 26).

Brincando com as palavras (e com o texto) acima, talvez possamos promover outro deslocamento dessa relação conceitual, agora para o campo da saúde mental. Como pensar a relação maior/menor no âmbito da *saúde mental*? Se uma *saúde mental maior* é aquela do âmbito das políticas de *saúde* gestadas nos ministérios e secretarias, a dos grandes planos, dos macroplanejamentos, uma *saúde mental menor* é aquela que se pratica nos *serviços substitutivos, nos CAPS, nas Residências Terapêuticas, nos Centros de Convivência e na relação com a loucura no cotidiano*, no âmbito do pequeno, como resistência, como produção de algo que se coloca para além e para aquém das grandes políticas. Assim como uma literatura menor se instala como parasita no contexto de uma língua estabelecida, alimentando-se dela para gerar resistência, uma *saúde mental menor* instala-se no interior de um *espaço de cuidado* produzido e gerido pela *saúde mental maior*, mas como um vírus, oferecendo resistência e roendo por dentro essa *saúde mental maior*.

Uma *saúde mental menor* é um empreendimento de militância... Assim, a *saúde mental menor* é fruto da ação militante de *profissionais, usuários e familiares* nos *espaços de cuidado* agindo em surdina, sem grandes alardes, mas muitas vezes produzindo algo que nem é mesmo suspeitado pelas *grandes políticas*, apesar delas e para além delas.

É fato que o avanço da Reforma Psiquiátrica, sobretudo no plano legislativo, propiciou a emergência e a institucionalização de outra forma de tratamento em relação à loucura no país. A luta antimanicomial e sua crítica em relação ao modelo asilar em favor de um tratamento com liberdade e promoção da cidadania do louco em um contexto de medicalização da vida, contudo, o insere em formas democráticas de controle. Criam-se diversos dispositivos, como os CAPS e outros já

citados, que, por vezes, acabam controlando e estigmatizando os loucos como doentes, incapazes e necessitados de tutela.

Face a essa situação, uma alternativa talvez seja procurar esvaziar esse sentido judiciário e médico de enquadramento do louco como doente, incapaz que necessita ser adaptado ao mundo produtivo do capital. Para isso, é necessário acreditar e investir na possibilidade dos encontros e na produção de acontecimentos. Em outras palavras, trata-se de criar nos CAPS, nas Residências Terapêuticas, nos Centros Comunitários, nas UBS, nos Centros de Geração de Renda, nas escolas, enfim, nos diversos aliados importantes da Reforma Psiquiátrica, agenciamentos na perspectiva de produzir autonomia, singularização e fuga a esses mecanismos de controle que estão por trás desse processo de medicalização da vida e patologização da loucura.

Em suma, trata-se de fazer revolução, saúde mental menor e criar outra relação com a loucura, sobretudo no campo das analíticas dos desejos e da produção de subjetividade.

PÓS-PRODUÇÃO

Dissertação-fílmica: imagens, loucura e minoridade

A pós-produção é a etapa de finalização do processo cinematográfico, no qual cabe ao montador, depois de filmados os planos, a tarefa de edição do filme. Trata-se do momento de ordenação dos planos filmados com o objetivo de formar um contínuo de ações para gerar um sentido de acordo com o roteiro. Ordenar mas também imprimir ritmo e harmonia nos cortes dos planos de tal modo que as mudanças de um plano para outro sejam naturais, podendo passar despercebidas.

Diferentemente dos avançados softwares de edição de hoje, antigamente esse trabalho era realizado de maneira manual e um tanto rudimentar a partir da utilização de cola e tesoura. O chamado corte era literalmente realizado, como nos mostra o belíssimo *Cinema Paradiso*, de Giuseppe Tornatore. O filme conta a história do retorno de um bem-sucedido cineasta à cidade onde descobriu o amor pelo cinema. Lá, ele relembra suas fugas da missa rumo ao antigo cinema da cidade, lugar onde assistia, escondido, as primeiras sessões dos filmes antes de serem censurados/cortados a mando do padre da cidade.

Foi ressaltado na pré-produção a ideia de *desenvolver a potência de criar acontecimento nas práticas de registro audiovisual a partir da apreensão das emergências de zonas relevantes de tensão social* e que, no nosso caso, materializou-se na criação de uma nova forma de expressão que foi chamada dissertação-fílmica. Na realidade, uma perspectiva de produção de sentidos com as imagens produzidas no decorrer desse processo de pesquisa de mestrado a partir de montagens de planofragmentos organizados em forma de cenas.

Parte-se de alguns conceitos fundamentais para o fazer cinematográfico (como plano e cena) com a finalidade de compor produções imagéticas e textuais e estabelecer uma relação com as imagens para além de uma crítica, uma interpretação ou uma perspectiva utilitária. O exemplo citado no texto do viés utilitário na educação se estende a outras áreas, como a saúde mental que, ao lidar, muitas vezes, apenas com a doença, direciona um objetivo prévio para algo da

ordem do terapêutico, sanitizando práticas potentes de vida e corroborando a lógica de mortificação da experiência⁵⁷.

A ideia de *planofragmento* vem no sentido de respaldar e instrumentalizar essa proposta de um novo trabalhar com imagens no âmbito acadêmico. Os planofragmentos são miniensaios, frutos de composições/montagens de textos, trechos de filmes, músicas e, sobretudo, leituras de imagens e diálogos provenientes dos planos (únicos) produzidos, seja nas sessões de cinema ou na viagem à IV Feira de Economia Solidária e Saúde Mental ou mesmo no próprio CAPS.

Essa espécie de filme-dissertação foi então dividida em três momentos, exatamente como a produção cinematográfica. Diferencia-se, no entanto, por não apresentar um processo de construção em etapas muito bem definidas e normatizadas, como a do cinema.

Na pré-produção foi apresentada, além da Sinopse e do Argumento (os passos iniciais de qualquer produção de filme), uma introdução com alguns apontamentos acerca das diferenças em relação ao processo cinematográfico, especificamente ao que se refere à possibilidade de um trabalho a partir de um *não roteiro*.

A etapa da produção também se refere às filmagens e está composta por cinco cenas, sendo – como os planofragmentos – algumas maiores outras menores, umas mais imagéticas e outras mais conceituais. Fruto de montagens a partir dos 24 planofragmentos, as cenas buscam a construção de “narrativas” e “enredos” não lineares no intuito de romper (e produzir resistências) a essa forma de produção compartimentalizada dos saberes e fazeres cinematográficos e do meio científico em geral.

A travessia pelas cinco cenas da dissertação-fílmica nos leva a tecer algumas considerações, nessa pós-produção, acerca de alguns problemas suscitados acerca da loucura, da saúde mental e da Reforma Psiquiátrica, logicamente, sem a pretensão de finalizar ou esgotar nenhum assunto. Nesse sentido, cabe destacar certo desapego em relação ao roteiro previamente estipulado no sentido de uma disponibilidade para as aberturas ao acontecimento que esse percurso de pesquisa com os usuários e suas produções propiciou.

⁵⁷ Cabe destacar o papel do grupo I-mago em pensar novas práticas com imagens (para além de uma perspectiva pedagogizante) a partir da ideia de pesquisa como experiência.

Nas *Cenas Higienização Social* e *A loucura* foi apresentado o papel da instituição psiquiátrica e a ostentação de um modelo hospitalocêntrico/asilar de tratamento em relação à loucura (e à drogadição) – uma forma higienista de lidar com a questão ainda muito presente na sociedade brasileira, mesmo a despeito do fato de esse modelo manicomial não ser hegemônico no país.

A análise da internação desde a Idade Clássica, realizada por Foucault em *A História da loucura* permite uma desnaturalização da experiência da loucura como estritamente ligada à ordem médica. O autor nos mostra que o louco nem sempre foi o figura principal da internação que surgiu mais como uma resposta a uma necessidade moral (da família burguesa) que de uma preocupação médica em relação à loucura de fato. Foi com o tempo que o saber psiquiátrico encontrou na loucura seu objeto fundante, e, assim, junto com a psicologia/psicanálise cooptou as múltiplas experiências da loucura uniformizando-a ao conceito de doença mental.

Na cena *A reforma psiquiátrica* faz-se uma *evolução* das transformações da reforma psiquiátrica ocorrida a partir de denúncias de violências das instituições psiquiátricas no século XX. Merece destaque a experiência italiana da Psiquiatria Democrática que influenciou as políticas públicas de implantação de uma rede de atenção substitutiva aos hospitais psiquiátricos no Brasil (com os CAPS, as residências terapêuticas, os Centros de Convivência...) baseado no ideal da luta antimanicomial – isso, mesmo havendo ainda diversos hospitais psiquiátricos em funcionamento, alguns, inclusive, alvos de graves denúncias de violências e maus-tratos.

Aqui é importante retomar o conceito de sociedade de controle: uma nova forma de dominação e domesticação dos corpos muito mais efetiva que até então se verificara com instituições como a escola, a fábrica, a prisão, o manicômio...

Para além do hospital psiquiátrico em si há a emergência de um novo tipo de poder, que Foucault caracteriza como da ordem do biopoder e que é dirigido à população em seus diversos processos de vida (na sua dimensão biológica, subjetiva e social). Nesse contexto, há o processo de medicalização da vida, de tornar médico tudo o que não seja necessariamente dessa ordem e que hoje se expande para diversas instâncias da vida: está na escola quando, por exemplo, se enquadra um comportamento de uma criança como errático, responsabilizando-a, culpabilizando-a e estigmatizando-a (biologização da educação); está na proposta do ATO-MÉDICO, que restringe uma série de atuações e intervenções de outras

profissões à exclusividade médica; ou ainda nos próprios serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos que muitas vezes reproduzem uma lógica medicalizada e de controle da loucura, seja considerando a via medicamentosa como único vetor terapêutico seja investindo em uma relação com o louco baseado nos preceitos de tutela, incapacidade, periculosidade...

Obviamente, o presente trabalho nos leva a pensar no caso do CAPS I de Santa Gertrudes. Contudo, ele traz questionamentos também a outros serviços e para a saúde mental em geral, sobretudo no tocante à dimensão técnico-assistencial.

O fato de ser um serviço de saúde mental recente e contar com uma equipe jovem⁵⁸ (mesmo que a maioria não tenha tido experiência anterior na área), mas com uma coordenação implicada com os princípios da luta antimanicomial, contribuiu (e ainda contribui) para a produção de estratégias de atenção psicossocial territorial e críticas ao modelo hospitalar, asilar e manicomial. Isso se verifica, por exemplo, nos procedimentos cotidianos adotados, como: reuniões de equipe multidisciplinar, assembleias de usuários e profissionais, busca ativa, bem como o incentivo a projetos que vão além da dinâmica do atendimento individual e que muitas vezes transbordam o espaço *sanitário* do CAPS, como, por exemplo, a questão do trabalho e da economia solidária com promoção de valores, como cooperativismo e solidariedade (cf. cena IV – *Viagem IV Feira de Economia Solidária e Saúde Mental*).

O tempo do CAPS deve ser o tempo da transformação/reinvenção permanente do cotidiano – que é de fato a sua instância terapêutica – e não o tempo morto do manicômio. É disso que trata o planofragmento *O rolê do CAPS*: a dinâmica do serviço e a tessitura das relações no seu cotidiano em situações como a descrição do trabalho coletivo de restauração das cadeiras do quintal ou o ato de uma usuária em se dedicar à limpeza do serviço, mas que, contudo, também traz aspectos da ordem de uma micropolítica no campo técnico assistencial.

Que relações estabelecemos com a loucura, a estranheiridade e o outro? Acontece que, por vezes, sem perceber, reproduzimos, com as nossas falas, ações, discursos, uma lógica manicomial de produção de subjetividade capitalística – como

⁵⁸ O termo jovem aqui é utilizado para designar menos a questão da idade dos integrantes da equipe - mesmo que ela também seja jovem nesse quesito - mas mais pelo fato de serem recém integrantes da administração municipal por concurso público.

caracteriza Guattari. Refiro-me à *cena V CAPS, cotidiano e produção da loucura* em que me incluo como pesquisador que, sob um pretexto científico, silencia o louco expondo uma relação verticalizada e microfascista com a diferença (*FRAGMENTO Pesquisa científica e Vozes em silêncio*).

Em dois outros momentos essa relação também é apontada. Primeiro na conversa do estagiário com os usuários acerca do caráter estrutural da subjetividade – que corrobora a produção de subjetividades massificadoras e individualizantes. Em segundo lugar, no que tange ao direcionamento do olhar da usuária determinando o que ela deveria ou não filmar (*PLANOFRAGMENTO Saúde mental e micropolítica*).

Além disso, fica a questão de que não basta ter uma rede de serviços com espaços de sociabilidade e trocas para que se rompa com práticas disciplinares de controle. São inquestionáveis os avanços da Reforma Psiquiátrica com a implementação de uma política nacional de saúde mental pautada por estratégias de atenção psicossocial territorial, mas é necessário compreender que outros muros (invisíveis) devem ser também destruídos.

É, sim, importante a criação de equipamentos públicos e instituições abertas que contemplem a participação e a cogestão com usuários – dispositivos que oferecem suporte para a *reforma* no âmbito da macropolítica –, mas deve-se estar atento ao âmbito de uma *saúde menor*. Deve-se questionar a irrestrita utilização do mote *terapêutico* (ou da cura) como justificador das ações no campo da saúde mental visto que ele pode assumir um viés de controle social, por exemplo, quando se fala da adaptação do usuário com sofrimento psíquico intenso a uma sociedade caracterizada pelo caráter produtivo-capitalista.

É por isso que, talvez, a ideia de uma saúde mental menor possa ser uma alternativa *produtiva* de combate (e resistência) a essa nova forma de dominação centrada no controle e que separa a existência global, complexa, concreta dos sujeitos do corpo social através do conceito de doença mental. Uma saúde mental que crie outra relação com a loucura e que prime pela produção de novos agenciamentos, autonomia e singularização.

Por fim, cabe mencionar o potente papel dos equipamentos audiovisuais (câmeras fotográficas e filmadoras) enquanto dispositivos de encontro, agenciamentos e produção de singularidades. Indiretamente, as câmeras propiciaram a criação de novos territórios existenciais e de uma alegria de viver que,

por si, já é uma subversão no cotidiano de alguns, haja vista décadas de tratamentos biomédicos, como aponta Ramalho (2010), na perspectiva de produção de acontecimento, autonomia, singularização e fuga do processo de medicalização em curso.

Essas práticas de produção imagética sem um direcionamento prévio (para uma utilidade como a terapêutica, por exemplo), na medida em que criam efetivos espaços de produção de vida, tornam-se instrumentos para romper com a lógica “sanitária” presente em grande parte dos serviços de saúde mental.

Referências

ACADEMIA INTERNACIONAL DE CINEMA (AIC). *Manual de Produção da Academia Internacional de Cinema*. São Paulo: AIC, 2010.

AMARANTE, P. *Loucos pela vida – a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

AMARANTE, P.; LIMA, R. *Loucos pela Diversidade – da diversidade da loucura a identidade da cultura: Oficina Nacional de Indicação de Políticas Públicas Culturais para pessoas em sofrimento mental e em situações de risco social (Relatório Final)* Rio de Janeiro: LABORATÓRIO DE ESTUDOS E PESQUISAS EM SAÚDE MENTAL/FIOCRUZ, 2008.

AMARANTE, P.; FREITAS, F. *Psiquiatrização da vida e o DSM V: desafios para o início do século XXI*. Disponível em: <<http://www.fiocruz.br/ccs/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=4569&sid=4&tpl=printer view>>. Acesso em: 13 maio 2012.

ANTUNES, A. Fora de si. In: *Bicho de Sete cabeça – sound track*. 2001.

ANTUNES, A.; GIL, G. A ciência em si. In: *Quanta*. 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portal da Saúde - Apresentação*. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=925>. Acesso em: 6 nov. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Clínica Ampliada*, 2004. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada.pdf>. Acesso em: 6 nov. 2011.

BRASIL, A. *Modulação/montagem – ensaio sobre biopolítica e experiência estética*. Rio de Janeiro (tese de doutorado), 2008.

DELEUZE, G. Sobre a Imagem-tempo. In: _____. *Conversações*. Rio de Janeiro: Editora 34, 2008a, p. 75-79.

_____. Post-Scriptum Sobre as sociedades de controle. In: _____. *Conversações*. Rio de Janeiro: Editora 34, 2008b, p. 219-226.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. Prefácio e Introdução: rizoma. In: *Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia*. Rio de Janeiro: Editora 34, 2000, p. 7-37.

FOUCAULT, M. *O nascimento da medicina social*. In: _____. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1999, p.129-143

_____. Sobre a Prisão. In: *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1999, p.129-143.

_____. *História da Loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Editora Perspectiva AS, 2008.

FUGANTI, L. Transcrição fala: documentar e reportar de aula de oficina estética de cinema. 2011 1º semestre de 2011, São Paulo...

GALLO, S. *Metodologia do ensino de filosofia: uma didática para o ensino médio*. Campinas: Papyrus Editora, 2012.

GUATTARI, F. Práticas Analíticas e Práticas Sociais. In: _____. *Caosmose: o novo paradigma estético*. Rio de Janeiro: Editora 34, 2000, p. 183-203.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. *Cartografias do desejo*. Petrópolis, RJ: Editora Vozes. 1986.

LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J.-B. *Vocabulário de Psicanálise*. São Paulo: Editora Martins Fontes, 2001.

LARROSA, J. Notas sobre a experiência e o saber da experiência. *Revista Brasileira de Educação*, n. 19, jan/fev/mar/abr 2002.

LARROSA, J. *Nietzsche & a Educação*. Belo Horizonte. Editora Autêntica, 2002.

_____. Experiencia y alteridad en educación. In: SKLIAR, C.; LARROSA, J. (comp). *Experiencia y alteridad en educación*. Rosario, Santa Fe: Argentina, 2009.

LEITE, C. D. P. *Infância, experiência e tempo*. São Paulo: Editora Unesp / Cultura Acadêmica, 2011.

PELBART, P. P. Biopolítica. In: _____. *Vida Capital – ensaios de biopolítica*. São Paulo: Iluminuras, 2003, p. 55-59.

_____. *Literatura e loucura, da exterioridade à imanência*. In: Lins, D. (org). *Nietzsche-Deleuze: Imagem, Literatura e Educação*. Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária, 2007, p. 243-253.

RAMALHO, S. *Uma alegria subversiva: o que se aprende em uma escola de samba?* São Paulo (tese de doutorado), 2010.

SESI. *O que é o SESI – História do SESI*. Disponível em: <<http://www.sesi.org.br/portal/main.jsp?lumChannelId=8A81818B146A9BCF01146AC23EDD2B39>>. Acesso em: 6 nov. 2011.

VEIGA-NETO, A.; LOPES, M. C. Há teoria e método em Michel Foucault? Implicações educacionais. In: CLARETO, S. M.; FERRARI, A. (org.). *Foucault, Deleuze & Educação*, Juiz de Fora, MG: UFJF, 2010, p. 33-47.

WERNER, J. (2012). *Saúde e Educação: desenvolvimento e aprendizagem do aluno*. Editora Gryphus, Rio de Janeiro, 1-18.

YASSUI, S. *Rupturas e encontros* – Desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Rio de Janeiro (tese de doutorado), 2006.

Sites e Revistas Consultados

CARTA CAPITAL. Um flagelo político. n. 680, de 18 janeiro de 2012, p. 22-28, por Rodrigo Martins e Willian Vieira.

CARTA CAPITAL, O terror higienista. n. 680, de 18 janeiro de 2012. p. 29, por Wálter Fanganiello Maierovitch.

<<http://www.viomundo.com.br/denuncias/raquel-rolnik-em-vez-de-politica-policia.html>>. Acesso em: 26 de jan. 2012.

<http://www.cartamaior.com.br/templates/colunaMostrar.cfm?coluna_id=5424>. Acesso em: 31 jan. 2012

<http://www2.uol.com.br/vivermente/artigos/a_paixao_diagnostica.html>. Acesso em: 17 fev. 2012.

<<http://www.redebrasilatual.com.br/temas/cidadania/2011/05/sociedade-civil-pede-federalizacao-de-investigacao-sobre-crimes-do-pcc-cometidos-em-maio-de-2006>>. Acesso em: 10 abr. 2012.