

LOUCURA, PESQUISA E FORMAÇÃO EM PSICOLOGIA: UMA EXPERIÊNCIA EM UM CAPS II

Madness, research and majoring in psychology: an experience in a CAPS II

Joyce Both¹

Marcos Adegas de Azambuja²

Artigo encaminhado: 18/08/2015

Aceito para publicação: 05/07/2017

RESUMO: Este trabalho é resultado de uma experiência de cartografia vivenciada em um Centro de Atenção Psicossocial para adultos com problemas de saúde mental graves e persistentes (CAPS II). A pesquisa teve por objetivos cartografar a experiência subjetiva da loucura nas relações entre profissionais e usuários do serviço, problematizar essas relações com a loucura na constituição dos conceitos de saúde e saúde mental que circulam no serviço, além de discutir as práticas e os discursos do CAPS, articulados aos princípios e às políticas preconizados na reforma psiquiátrica e nas políticas de Saúde Mental. Estes objetivos foram construídos durante o percurso da pesquisa e, tanto os resultados discutidos quanto a organização do texto, baseiam-se em uma cartografia realizada com os usuários e profissionais do serviço ao longo de um ano e meio, bem como na constante devolução do processo de pesquisa com eles, visando realizar uma pesquisa com os sujeitos. Dentre os resultados aqui discutidos estão o lugar que o pesquisador pode ocupar durante a cartografia, os atravessamentos da experiência de pesquisa no processo de formação acadêmica e o distanciamento entre equipe e usuários no serviço.

Palavras-chave: Saúde mental. Cartografia. Reforma Psiquiátrica. Luta antimanicomial.

ABSTRACT: This study is a result of a cartography experience lived in a Psychosocial Caring Center for adults with persistent and severe mental health problems (CAPS II). The research had as objectives to map the subjective experience of madness in the relationship of professionals and users of the service, to question this relationships with madness in building concepts of health and mental health that circulate in the service and to discuss the practices and discourses from CAPS, linked to the psychiatric reform and Mental Health policies. These objectives were built during the research's run and, both the results discussed and the text structure, are based in a cartography with the users and professionals of the service over a year and a half as well as in the constant

¹ Psicóloga pelo Centro Universitário Franciscano. both.joy@gmail.com.

² Doutor em Psicologia pela PUCRS, Psicólogo, Professor Adjunto no Programa de Pós-graduação em Psicologia da UFSM. marcos.azambuja@ufsm.br.

feedback of the research process with them, aiming to make a research with the individuals. Among the results discussed, we find the place that the researcher holds during the cartography, the interferences of a research's experience in the process of academic education and the distance between staff and users of the service.

Keywords: Mental Health. Cartography. Psychiatric Reform. Anti-asylum Fight.

1 INTRODUÇÃO

Este artigo foi escrito a partir dos resultados e das experiências de uma pesquisa de iniciação científica³, que suscitou o trabalho final de graduação no curso de psicologia, tendo por objetivos cartografar a experiência subjetiva da loucura nas relações entre profissionais e usuários de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), problematizar essas relações com a loucura na constituição dos conceitos de saúde e saúde mental que circulam no serviço, além de discutir as práticas e os discursos do CAPS articulados aos princípios e às políticas preconizados na reforma psiquiátrica e nas políticas de Saúde Mental. É importante ressaltar que estes objetivos foram construídos no decorrer da pesquisa, a partir das discussões desencadeadas pelos encontros com os usuários e os profissionais do serviço.

Muitos estudos mostram a loucura em suas relações durante a história, desde a Grécia antiga até a atualidade (FOUCAULT, 1972; PELBART, 1989; AMARANTE, 1995, ROTELLI; AMARANTE, 1992). A loucura já foi vista como desrazão, ocupando um lugar essencial e de valorização no contexto histórico; já esteve relacionada ao mal, havendo necessidade de excluí-la da sociedade. Logo, os loucos passaram a ocupar os espaços de afastamento que antes eram habitados pelos leprosos. Contudo, foi apenas no século XVIII que a loucura passou a ser objeto de saber médico, caracterizada por doença mental e com a possibilidade de cura. Consecutivamente, o surgimento do modelo hospitalar e das medidas disciplinares, bem como a delimitação do espaço físico, vigilância, registro constante constituíram a institucionalização das relações, que afastaram cada vez mais os internos do exterior, da liberdade e da cidadania. Além de o louco não deter mais o saber sobre si, este foi depositado ao saber do especialista.

³ Ciências do Cérebro e Medicalização nas Práticas em Saúde Mental no SUS (Bolsa de Iniciação Científica – CNPq).

A palavra loucura ainda é muito utilizada, tanto no meio científico quanto no cotidiano de serviços de saúde mental em diversos locais. O que a história mostra é que esta loucura foi e ainda está sendo transformada e produzida, portanto, justifica-se a necessidade de trabalhos que possibilitem uma reflexão acerca da loucura, suas relações e transformações, tanto no contexto histórico, considerando as políticas preconizadas pela saúde mental no país (BRASIL, 2000; 2004; 2005; 2010a; 2010b; 2013), quanto a partir da perspectiva dos usuários e dos profissionais que convivem diariamente com os CAPS. Além disso, também é relevante pensar a formação em psicologia, bem como novas possibilidades de refletir acerca da loucura e da construção da reforma psiquiátrica (ALVERGA; DIMENSTEIN, 2006; ALMEIDA; SANTOS, 2001; TEIXEIRA, 2004).

Para este estudo, foi utilizada a ferramenta teórico-metodológica da cartografia, baseada, principalmente, no pensamento de Gilles Deleuze e Félix Guattari, e de alguns pesquisadores brasileiros que trabalham com esta perspectiva, como se presenciara a seguir. A cartografia tem foco no acompanhamento de um processo, possibilitando a criação de seus próprios movimentos e desvios, com espaço para sentimentos experienciados durante a construção do movimento, sem ter regras fixas ou objetivos previamente estabelecidos (BARROS, KASTRUP, 2009).

Nesta abordagem, não existem protocolos a serem seguidos, mas sim momentos a serem sentidos e a sequência pode ser configurada a partir do vivenciado, criando assim um desafio constante (ROLNIK, 1989). Este desafio, em contrapartida, possibilita uma experiência que não engessa a vivência, além de permitir a perspectiva de afetar e ser afetado com os encontros durante a pesquisa. Estes não dizem de uma continuidade, mas sim do acaso, do acidente, da possibilidade de haver um encontro que poderia tanto se dar em outros espaços como poderia nunca ocorrer (DELEUZE, GUATTARI, 2010).

A cartografia aconteceu em um CAPS II, que tem o cuidado voltado a adultos com problemas de saúde mental graves e persistentes. Estes serviços de saúde mental surgiram na década de 70, a partir da reforma psiquiátrica, que ocorreu junto à reforma sanitária, buscando a mudança tanto da atenção em saúde quanto da forma de gestão existente, bem como o fim da violência asilar dos manicômios (BRASIL, 2005).

No serviço em que a pesquisa foi construída, situado na cidade de Santa Maria, Rio Grande do Sul, pode-se encontrar atividades terapêuticas que vão além do atendimento psiquiátrico e do uso de medicamentos, compactuando, assim, com as políticas de saúde mental preconizadas no país. São exemplos de algumas destas atividades os grupos terapêuticos, o grupo de rádio, o grupo sobre o Guia da Gestão Autônoma da Medicação (GAM, 2012). Este último se constitui como uma estratégia voltada aos usuários de psicofármacos que visa a crítica e o conhecimento acerca do tratamento, os efeitos desejados e adversos dos medicamentos, bem como o reconhecimento de seus direitos em relação às propostas de intervenção. Também existem oficinas de pintura de panos de prato e de caixas de MDF, bem como grupos de caminhada, de futebol e a ambiência, que visa à ocupação dos espaços do serviço e da comunidade, além de assembleias tanto para os usuários quanto para os familiares, com o objetivo de manter o diálogo entre o serviço, os usuários e a sua rede de apoio.

Durante o percurso da pesquisa, que ocorreu durante o período de janeiro de 2014 e junho de 2015, foi possível participar de vários acontecimentos em momentos diversos. Os encontros não tiveram uma periodicidade fixa desde o início da pesquisa, pois esta foi sendo adequada conforme o que acontecia, com o fim de permitir e experimentar novas possibilidades a partir das cartografias que o desejo vai traçando (GUATTARI, ROLNIK, 1996). Alguns encontros foram semanais, outros ocorreram mais de uma vez por semana e nem sempre no mesmo horário, visando à experiência com um número maior de pessoas e de atividades. Tal flexibilidade evidenciou-se essencial devido ao fato de os usuários ocuparem o serviço em momentos e frequências diferentes, conforme seu plano terapêutico singular (PTS).

Por um lado, a cartografia desperta, no pesquisador, uma atitude de incluir diversos saberes para as problematizações, considerando não, necessariamente, apenas os científicos, enquanto a produção do conhecimento ocorre a partir das sensações e dos afetos vivenciados no contato com o campo de pesquisa, sem a pretensão de ser neutro ou centrado nas significações atribuídas pelo pesquisador em relação a um objeto de pesquisa (ROMAGNOLI, 2009). Por outro lado, é no estranhamento do contato do pesquisador com o campo que é possível ocasionar novos pensamentos (MORAES, 2010).

Partindo deste ponto de vista, foi possível iniciar uma busca pela ruptura de um saber, previamente, estabelecido para, então, construir outras possibilidades nos

encontros com os sujeitos. Foi na inquietação de buscar o reconhecimento dos saberes daqueles usuários e como estes poderiam ser incluídos na pesquisa de forma ativa e participativa, influenciando em todo o processo de pesquisa, que me deparei com a possibilidade de *pesquisar com*. Segundo Moraes (2010), *pesquisar com* é considerar o outro como alguém que pode formular, juntamente, com o pesquisador as problematizações de interesse para aquele campo de pesquisa, sem separar objeto e pesquisador.

Considero esta atitude de grande importância para o desenvolvimento da pesquisa, pois, apesar de ser um território novo para mim, é muito familiar para os usuários e profissionais que habitam o serviço diariamente. Tal postura torna-se essencial no sentido de ser uma investigação acerca da relação dos usuários e dos profissionais do serviço com a loucura, os conceitos de saúde e saúde mental, bem como com as políticas e princípios preconizados pelas reformas sanitária e psiquiátrica.

Ademais, cabe justificar que, apesar de a escrita deste artigo se dar em primeira pessoa, inclui-se aqui, também, meu orientador e coautor deste trabalho, os usuários e profissionais do CAPS, os demais integrantes do grupo de pesquisa e muitas outras pessoas que me afetaram em inúmeras discussões. Finalmente, mesmo que não considere estar escrevendo sozinha ou apenas com o olhar de minha perspectiva sobre os usuários, algumas percepções e reflexões correspondem às minhas afetações, pois estive mais presente nos encontros.

Após cada visita ao serviço, escrevia diários de campo, com a descrição de minhas atividades, das conversas com os usuários, além de medos, receios e dúvidas que se produziram durante os encontros (ECKERT, ROCHA, 2008). Esta é uma ferramenta que propicia a produção de conhecimento com experimentação ativa da ação e posterior reflexão sobre a mesma, com delineamento do percurso pelo campo sendo construído no decorrer da pesquisa e colocando em questão a intensidade destas experiências (DIEHL, MARASCHIN, TITTONI, 2006).

Assim sendo, as discussões aqui propostas são baseadas nestes diários de campo, que abordam encontros vivenciados no serviço durante o processo de pesquisa, inclusive trazendo fragmentos destes materiais que, subsequentemente, foram aprofundados com referenciais teóricos, discussões no grupo de pesquisa e com os usuários e profissionais do CAPS acerca dos relatos. A seguir, abordo um destes relatos, que não descreve o primeiro

encontro, muito menos o último, mas exemplifica um pouco do movimento da pesquisa, bem como as subsequentes reflexões.

2 OS DOIS BRASILS E O DISTANCIAMENTO

Em uma tarde de quarta-feira, estava no CAPS, participando de um momento de ambiência, que consiste em um acolhimento e uma apropriação do espaço físico, além de facilitar uma interação dos usuários entre si e destes com os profissionais do serviço (BRASIL, 2010). Neste CAPS, a ambiência acontece principalmente no pátio, próximo a uma garagem onde são feitas as refeições. Os usuários conversavam sobre questões políticas, exclusão e cidadania. Discutiam sobre o fato de haver dois “*Brasils*”⁴: um, dos usuários e, outro, dos profissionais. Um, das pessoas com autonomia, emprego, renda econômica e, outro, de pessoas como eles, em processo de reinserção social.

Fiquei pensando nas diversas formas de preconceito que essas pessoas devem sofrer em seu cotidiano e qual seria a produção social da loucura nos dias atuais para ser possível tal tipo de divisão. Considera-se, aqui, em relação ao termo produção, o viés do pensamento de Deleuze e Guattari, no qual a loucura não é concebida como imutável, mas sim como algo que depende de determinados agenciamentos para produzi-la ou não, portanto, o foco está nos processos de produção e não no seu resultado (DELEUZE, GUATTARI, 2010; GUATTARI, ROLNIK, 1996).

Em seguida, um dos usuários questionou sobre o fato de que, quando eu me formar no curso de psicologia, passarei a ficar junto dos outros profissionais e não no pátio com eles. Respondi que esperava que isso não acontecesse, mas, novamente, ele perguntou se eu me formaria um dia e respondi que sim. Então, o usuário me lançou um olhar que pareceu não deixar alternativa: depois de formada, me distanciaria e ficaria apenas no outro Brasil, o dos profissionais. Como será que esses profissionais, atualmente trabalhando no serviço, se sentiam antes do término da graduação acerca de sua futura prática profissional? Será que eles sabem que os usuários os percebem tão distantes? Este afastamento se cria após a formação acadêmica, em decorrência das técnicas necessárias para a prática, ou é um movimento que já ocorre desde o início da formação? Além disso, será que tal movimento pode ser percebido por aqueles

⁴ Mantenho aqui o plural utilizado pelos usuários

Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, ISSN 1984-2147, Florianópolis, v.9, n.23, p.126-147, 2017.

que continuam em processo de formação? Qual a relação dos saberes psi com este distanciamento e com a loucura?

Quando coloco os saberes psi, incluo a psiquiatria, a psicanálise e, principalmente, a psicologia e sua formação, no sentido de problematizar de que forma ela lida com a loucura a ponto de manter um distanciamento da mesma. A psicologia surgiu em meio à necessidade de gestão e calculabilidade das relações, pois para gerir se faz indispensável uma forma de representar o que deve ser governado, no caso os sujeitos, e esta profissão emerge com dispositivos que permitem transformar capacidades e processos mentais em informações calculáveis (ROSE, 2011). Esta relação entre saberes psi e o distanciamento com a loucura serão discutidos ao longo deste trabalho com a finalidade de pensar outras relações e encontros possíveis.

A partir do questionamento dos usuários sobre tamanha distância, detive-me em uma posição em que, muitas vezes, me vejo durante a pesquisa, sendo que esta não é nem de profissional, nem de estagiária, nem de residente, nem de usuária. É um *entre-lugar* e me parece que, geralmente, é onde o pesquisador permanece diante desta proposta. Mas que lugar é esse? Como será que estes usuários veem a pesquisadora? Certa vez, uma usuária relatou achar que as pesquisas ali realizadas auxiliavam na determinação de quem está apto ou não a receber alta do serviço. Este relato demonstra uma relação de poder quanto aos pesquisadores e ao processo de cuidado dos usuários, remetendo à lógica de clínica e cuidado do período anterior à reforma psiquiátrica, na qual os doentes eram afastados com o intuito de receber tratamento, mas esta alta, dificilmente, era viabilizada. Apesar de ainda existir a alta nos serviços substitutivos, esta fala, também, remete a uma lógica de cuidado, na qual os usuários não têm autonomia e reconhecimento dos seus saberes em relação ao tratamento e ao processo de adoecimento.

Já o lugar que me encontro diante da pesquisa, parece ser um lugar que incomoda, ocasionalmente. Talvez porque me incomode. Nesse caso, o *entre-lugar* também se valida pelo fato de eu estar em processo de formação, mas ainda assim estar em um lugar diferente. Na maioria das vezes, o pesquisador não se permite este lugar de estranhamento. Isto posto, encontro-me no *entre*: entre tempo, onde há um acontecimento que insere a subjetividade e a diferença no próprio sujeito (DELEUZE, 1992), lugar de interferência, transformação e mestiçagem (SERRES, 1993). Dito de outra forma, uma fronteira de transição,

na qual há um cruzamento entre tempo e espaço, resultando na produção de “figuras complexas de diferença e identidade, passado e presente, interior e exterior, inclusão e exclusão” (BHABHA, 1998, p. 19). Assim sendo, esta é uma pesquisa distinta, sem questionários, gravador ou perguntas pré-formuladas, algo que é possibilitado pela atitude do cartógrafo que também afirma este *entre-lugar*.

A partir disso, cabe pensar nas diferentes formas de pesquisar e os lugares que o pesquisador ocupa. Uma reflexão que me auxiliou nesta inquietação e na qual me detive para nortear este processo, é a diferenciação entre ciência e pesquisa que as autoras Hüning e Guareschi (2011) fazem a partir do pensamento de Bruno Latour sobre a psicologia ser uma ciência ou não. No momento em que o ser humano passa a ser estudado por ele mesmo, constitui-se enquanto objeto de um domínio de saber, mas não um objeto da ciência. Isto posto, Latour propõe a noção de pesquisa, sendo esta aberta e incerta, em contraponto à neutralidade e à objetividade da ciência.

Então, não se trata de uma disputa sobre modelos ou verdades, mas sim sobre dar espaço para o que é deixado de lado pelas ciências, além do reconhecimento de saberes provenientes das diferentes relações de poder, enfatizando no que se produz e no que se quer em relação à produção. Logo, para Latour, trata-se de considerar as ciências enquanto objetos de pesquisa, buscando olhar para o processo da produção de conhecimento e não nos seus resultados e conclusões, ou seja, o produto final (HÜNING, GUARESCHI, 2011).

Portanto, a busca pela possibilidade de pesquisa proporciona novos olhares e pensamentos, compactuando com o *pesquisar com*, na participação ativa dos usuários e profissionais do serviço junto à construção da mesma. Igualmente, inclui-se aqui a cartografia, pois esta permite olhar para o processo, assegurando um lugar entre o início e o fim ao acompanhar algo que já estava acontecendo, antes mesmo do pesquisador adentrar no campo (PASSOS, KASTRUP, ESCÓSSIA, 2009). Justamente por ser neste *entre-lugar* que a inserção sucedeu, os objetivos foram definidos posteriormente, pretendendo uma maior compreensão e participação dos sujeitos que habitam e vivenciam os movimentos do serviço cotidianamente.

Voltando ao encontro no qual os usuários me questionaram sobre o distanciamento, posteriormente, eles perguntaram se eu havia estudado questões de cidadania ou se tinha alguma discussão deste tipo dentro da formação em

psicologia. Afirmei que sim, mas relatei que são poucos os espaços para discussões como essas que estava experienciando com eles. Não ficaram surpresos com a minha resposta negativa, mas pude então perceber que a formação acadêmica também pode ser feita por construções que acontecem fora dos muros universitários, nos impulsionando a buscar outras intensidades, excessos e conexões que suscitem um outro pensar (DELEUZE, GUATTARI, 1992).

Considerando que a formação acadêmica foi uma das intensidades evidenciadas neste trabalho, comecei a pensar em outras formas e lugares que complementam e enriquecem a formação, refletindo sobre a importância dos outros saberes e conhecimentos, além dos que circulam dentro da universidade – os usuários têm um saber que não se encontra na formação acadêmica, mas deve ser igualmente valorizado, pois enquanto os sujeitos estiverem inseridos em relações de produção e de significação, também estão postos em complexas relações de poder (DREYFUS; RABINOW, 1995) e estas estão intrinsicamente ligadas com o saber. Citei, então, a conversa que estávamos tendo ali enquanto lugar de formação, porém, minha reflexão não foi acolhida pelos usuários, que logo perguntaram: “Mas tu vai se formar, não?”, insinuando que não haveria saída – um dia me tornaria uma profissional que se afastaria deles. A partir desta resposta é possível perceber uma certa fatalidade na relação entre profissionais e usuários, como se não pudesse ser vivenciada de outro modo. Porém apesar de reconhecer a existência dos distanciamentos existentes nesta relação, discordo que não se criem saídas. Desta forma, colocar em questão a própria formação acadêmica já é considerar outras possibilidades.

3 A REFORMA PSIQUIÁTRICA, AS LOUCURAS E A DIFERENÇA

Neste mesmo encontro, os usuários também problematizaram a semana sobre a luta antimanicomial – que aconteceu em maio de 2014, em Santa Maria, organizada por serviços de saúde mental, estudantes, usuários e familiares – com o argumento de que a frase “*Sua loucura também faz parte da minha*”, não os representava, pois foi adotada por militantes que não sabem o que é estar dentro da loucura, não sabem o que é participar do Brasil em que eles estão. Qual será a dimensão de participação dos usuários de saúde mental na construção da luta antimanicomial?

Encontrei-me curiosa sobre a origem desta frase e busquei saber mais sobre a luta antimanicomial na cidade de Santa Maria e sobre a marcha. Investiguei na mídia e nas redes sociais, mas também questionei algumas pessoas que estiveram envolvidas na construção do evento. Neste caso, falavam da segunda Marcha da Luta Antimanicomial de Santa Maria, com o tema “Bem-vindo ao meu delírio: *parte da minha loucura também é loucura sua*”. É possível perceber que a frase que os usuários colocaram em questão e a frase do tema são diferentes, mas logo retomarei este ponto, focando no subtítulo da segunda.

Este evento é referente ao Movimento pela Desinstitucionalização e Reforma Psiquiátrica e acontece em várias cidades do Brasil no dia dezoito de maio, dia nacional da Luta Antimanicomial, envolvendo profissionais, estudantes, serviços de saúde e de saúde mental, áreas sociais e das artes, coletivos de resistência, redutores de danos, familiares e usuários. A intervenção ocorre, usualmente, nos centros das cidades e visa colocar em questão a loucura que existe em cada pessoa, buscando o respeito e o diálogo para criar um espaço de discussão das diferenças e a possibilidade de que cada um viva a sua loucura em um cuidado compartilhado entre serviços de saúde mental, familiares e sociedade⁵.

Apesar de investigar acerca da experiência subjetiva da loucura nas relações entre profissionais e usuários deste serviço de Santa Maria, acredito ser importante comentar, brevemente, alguns aspectos, para os fins deste texto, sobre os efeitos da reforma psiquiátrica e movimento da luta antimanicomial em nível nacional⁶. Segundo o relatório da Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas (BRASIL, 2005), a reforma psiquiátrica ainda busca a inclusão social, bem como a cidadania dos sujeitos com algum transtorno mental em uma sociedade excludente, ou seja, é um processo em constante construção. Para isso, a reforma psiquiátrica vem sendo realizada no cotidiano, a nível micropolítico, e em encontros a nível nacional – macropolítico –, muitos deles na semana referente ao dia da luta antimanicomial.

⁵ <http://www.revistaovies.com/reto/2014/05/ii-marcha-da-luta-antimanicomial-de-santa-maria-bem-vindo-ao-meu-delirio/>

⁶ Sobre as diferenças e relações entre Reforma Psiquiátrica e o movimento da luta antimanicomial, cf. AMARANTE (1994; 1995).

Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, ISSN 1984-2147, Florianópolis, v.9, n.23, p.126-147, 2017.

Porém, esta construção constante também ocorre em eventos específicos de saúde mental e da militância da luta antimanicomial, com o objetivo de dar continuidade à discussão, além de possibilitar a troca entre os diversos serviços, cidades e estados. Os protagonistas da luta são usuários dos serviços de saúde mental, familiares, profissionais e universitários. Mas se a reforma começa na década de 70, é apenas nos anos 90 que os usuários e seus familiares começam a se reunir em associações para trocar experiências e potencializar o movimento, problematizar os serviços, atendimentos e tecnologias oferecidas, além de adentrar no campo da discussão política, sendo então, atores e protagonistas da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2005). É uma tentativa de resgatar a cidadania dos loucos, além de discutir o lugar da loucura na cidade, propor uma nova forma de a loucura existir. A partir deste movimento, é dado ao louco o direito à cidadania e, consecutivamente, aos direitos civis e sociais.

Mas vamos voltar à diferença entre a frase encontrada nesta busca sobre o evento e a citada pelos usuários. O subtítulo do tema “Parte da minha loucura também é loucura sua” foi elaborado nos encontros organizados para a construção da marcha, constituídos, principalmente, de estudantes de graduação e de grupos envolvidos com questões referentes à militância na cidade. Em foto de cartazes ou em relato algum sobre as duas marchas que já aconteceram na cidade, em 2013 e em 2014, tive conhecimento sobre o tema “Sua loucura também *faz parte* da minha”, frase citada pelos usuários. O primeiro pensamento que adveio ao deparar-me com esta diferença, foi que não poderia ser apenas um engano ou uma simples troca baseada em um esquecimento, mas mesmo que fosse, se vê semelhanças e diferenças nestas frases.

A semelhança é que, em ambas, parece haver uma tentativa de horizontalidade e possibilidade de diálogo entre as diversas loucuras de vários grupos que participam da marcha, porém, ainda assim, os usuários que conversei neste dia não se sentem representados por uma frase-tema de uma luta que é por eles. Quanto à diferença entre as frases, acredito que a mais significativa é que na frase da luta antimanicomial, a loucura deles é parte da loucura dos outros, enquanto na frase dos usuários, a loucura deles *faz parte*, isto é, pertence à loucura dos outros. É interessante ressaltar que esta não pretende ser uma crítica à loucura de nenhum dos *Brasils* ou uma busca por afirmar esta divisão, mas sim uma tentativa de pensar quais as condições de

existência destes dois mundos, bem como as relações entre os mesmos (FOUCAULT, 1979).

Além do devaneio em que me perdi entre as duas frases – pois se por um lado, as frases se mostram muito semelhantes, por outro, parece ter uma grande diferença entre a minha loucura *ser* parte da sua e a sua loucura *fazer parte* da minha, com o intuito de refletir sobre esta diferença, consultei um dicionário⁷. *É*, ou *ser*, indica corresponder à determinada identificação ou qualificação, podendo também ser apresentado como qualidade ou característica habitual, algo que ocorre, sucede, mas também, aquilo que é, que existe. Já *fazer parte* ou *pertencer*, indica propriedade de alguém ou algo devido a alguém, bem como tocar alguém, ser parte integral ou concernente. Ademais, no subtítulo do tema do evento – “Parte da minha loucura também é loucura sua”, a própria loucura, além de aparecer primeiro, configura-se no reconhecimento da loucura do outro, entretanto, está posta enquanto uma loucura diferente e no sentido de identidade, qualidade. Já na frase relatada pelos usuários – “Sua loucura também *faz parte* da minha”, a loucura do outro precede a própria, além de evidenciar uma tentativa de aproximar ou misturar as loucuras e os *Brasils* a partir de um sentimento de pertença, de implicação.

Serres (2000) aponta uma grave falha na confusão entre identidade e pertencimento, pois, quando me identifico, as possibilidades de outros pertencimentos se anulam. “Brasileiro”, “católico” ou “louco”, por exemplo, são formas de pertencimento, significam fazer parte de determinado grupo, enquanto a identidade seria o cruzamento entre todos os pertencimentos de um sujeito. Estes não são sempre os mesmos e as pessoas estão constantemente buscando novos pertencimentos.

Neste sentido, poderíamos arriscar dizer que a frase da luta antimanicomial reconheceria a existência da loucura, mas enquanto identidade, ou seja, *ser* “louco” anula todas as outras possibilidades de pertencimento a outros grupos, inclusive em relação a pertencer ao mesmo Brasil. Ao se confundir identidade com pertencimento, não se pode ser mais nada além de “louco”. Partindo desta reflexão de Serres (2000), o que a frase dos usuários faz emergir é que eles não estariam em busca da fixidez de uma identidade, mas sim lutando por seu pertencimento a partir da experiência com a loucura. Este conflito parece dizer das diferentes formas de lidar com a própria loucura e de

⁷ Michaelis

Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, ISSN 1984-2147, Florianópolis, v.9, n.23, p.126-147, 2017.

olhar para a loucura do outro, portanto, parece-me possível compreender o fato de os usuários não se sentirem representados pela frase-tema da luta antimanicomial, pois de fato são loucuras diferentes.

A loucura da militância não estaria dentro de um manicômio, uma vez que é aquela que surge no dia-a-dia acelerado da formação acadêmica, no excesso de informações e conhecimentos que diminuem a possibilidade de ter experiências, encontros, afetos e que, às vezes, grita por uma pausa, uma redução ou um escape. Assim sendo, a marcha, de fato, assemelha-se com o delírio para o qual convida, sendo este a possibilidade de desacelerar e olhar para a loucura do outro. No entanto, o questionamento que resta após este devaneio é se estas loucuras, de fato, conversam ou se cada uma fica isolada em seu Brasil. Ainda para refletir acerca das diferentes loucuras e do distanciamento entre os dois *Brasils*, gostaria de trazer aqui uma frase que li em um quadro situado próximo ao local onde ocorre a ambiência e as refeições neste CAPS, de um usuário desconhecido, que me lembrou esta discussão: “Há muitos anos ninguém é igual a ninguém [...]”. Portanto, talvez, não precisem ser loucuras semelhantes para alcançar este pertencimento, para incluir em um só Brasil usuários, profissionais, estudantes, enfim, militantes da Marcha pela Luta Antimanicomial.

Como a cartografia permite repensar e reformular a pesquisa ainda durante seu percurso, em um dos encontros que tive com os usuários, procurei não levar algo pronto, mas sim um dispositivo que possibilitasse a discussão para que, seguidamente, eu pudesse dar sequência à escrita. Assim, com o enunciado da loucura levantei questões referentes a este termo e às diversas narrativas que emergiram durante o percurso da pesquisa, para tentar compreender os estigmas que ela pode carregar ou não. Conversei com eles individualmente e em pequenos grupos, não tomando o formato de um grande grupo, como intencionava no início da pesquisa, preferindo momentos na forma como os encontrava habitando o serviço após o intervalo de almoço e antes de participarem de grupos terapêuticos.

Quando perguntei para duas usuárias sobre o que elas pensavam acerca da ideia de a loucura ser algo que envolve todos, mesmo aqueles que não são identificados como tais, ou seja, produzida pelo social, elas me surpreendem contando que alguns usuários com o diagnóstico de bipolaridade preferem permanecer no estado de mania, euforia do transtorno, em função de haver a

possibilidade de realização de diversas tarefas durante esta fase. Por outro lado, fogem do estado depressivo, que é considerado, ao ver das usuárias, doença. Também relacionaram a fase da mania com a loucura da sociedade como um todo, em busca de momentos de alta produção.

Deste relato, refletem duas questões importantes. A primeira é em relação aos encontros das loucuras dos dois *Brasils*, pois dizem respeito ao delírio de alta produtividade que se apresenta na sociedade. A segunda é referente à possibilidade de existirem sintomas considerados enquanto doença e outros que são considerados saúde, pois contribuem para o cotidiano do sujeito. Todavia na perspectiva das reformas sanitária e psiquiátrica, estes conceitos têm a vicissitude de serem construídos. Poderia usar como exemplo da variabilidade e da singularidade desta concepção outra conversa que presenciei entre usuárias, novamente sobre a bipolaridade, quando uma delas relatava sobre seu medo de mexer com eletricidade, receio de uma descarga elétrica, de machucar-se ou de queimar algum eletrodoméstico, porém, seu argumento final foi “coisa de bipolar, sabe?!”. Enquanto isso, outra usuária já respondia que então não poderia ser bipolar, estaria com o diagnóstico errado, pois ela, dificilmente, tem medo de alguma coisa. Assim também é variável o conceito de saúde e de saúde mental, podendo ser definido de forma fechada ou amplamente, seja considerando saúde enquanto ausência de doença ou englobando várias questões, como bem estar físico, psicológico, social, etc (OMS).

4 “LOUCURA DÓI”

Até então, esta escrita teve como embasamento os diários de campo referentes aos meus encontros com o serviço e seus usuários, além de algumas trocas sobre o nosso percurso. Porém, desejava saber se minhas intensidades e anseios também afetavam os usuários em seus encontros com a pesquisa. Partindo deste desejo, sugeri uma conversa sobre o andamento da pesquisa, colocando em questão as discussões feitas até esta parte do processo. Este encontro ocorreu em um dos grupos que participei mais ativamente durante o segundo semestre de 2014 – o grupo do Guia GAM. Levei alguns diários de campo para discutir com os usuários e um residente em saúde mental da área de psicologia, moderador do grupo, sobre como a pesquisa estava sendo realizada e com o objetivo de discutir sobre a atitude de pesquisa e os documentos produzidos a partir de nossas interlocuções.

Iniciei mostrando os diários de campo, explicando que após cada visita ao CAPS costumo escrever um relato e que estes podem ser escritos de várias formas, sejam mais descritivos, exibindo sentimentos ou organizados com anotações mais pontuais. Além disso, mostrei o projeto de trabalho final de graduação, que surgiu a partir da pesquisa de iniciação científica. Combinei com o grupo que narraria a história da pesquisa e eles poderiam fazer perguntas e comentários a qualquer momento.

Para conversar sobre a diferença entre as duas frases – “Sua loucura também faz parte da minha” e “Parte da minha loucura também é loucura sua” – bem como a reflexão de Serres (2000) acerca da consequência de confundir *identidade* e *pertencimento*, o grupo me auxiliou com exemplos cotidianos, tais como o termo usuário e as diferentes formas de utilizar um serviço. Quando alguém faz uso de um serviço de saúde mental, participa dos grupos, assembleias e da construção do CAPS, esta pessoa é um usuário ou pertence a um grupo? Será que é a mesma coisa ir ao serviço apenas para consultas psiquiátricas ou trocar receitas e ir ao CAPS vários dias na semana, assim como construir relações com outros usuários que, inclusive, atravessam as portas do serviço e estendem-se para o laço do social? Ser usuário, ser louco, ser de uma igreja, ser brasileiro exclui os outros grupos? Se forem considerados enquanto pertencimento, não, pois o fato de transitar em vários grupos não exclui os outros. Então percebemos que qualquer um destes grupos, se considerado identidade, pode trazer junto um estigma.

Até aqui, eu identificava certo desconforto no grupo e lembrei de outros momentos em que a palavra loucura foi colocada e como os usuários reagiram a ela. Como em uma assembleia, por exemplo, na qual alguns usuários discutiram quando um deles relatou que ali eram todos loucos. Alguns discordaram, houve briga e uma usuária chorou, pois disse que era um termo muito forte e não gostava de ser relacionada a ele. Ao recordar este fato, questionei o grupo sobre como eles percebiam esta palavra. Foi então que uma usuária relatou que a palavra loucura dói. Neste momento, refleti sobre minha escrita e percebi ter feito uso deste termo desde o título até o fim do projeto de pesquisa, tal como o mantive neste trabalho. Questionei-me se deveria ter usado outra palavra, se deveria reformular o trabalho, adequá-lo ao uso de uma palavra que não doesse. Porém, se a palavra afeta os usuários e me afeta, nada mais justo do que colocar em questão a loucura, palavra que atravessa cartazes no

próprio serviço, textos acadêmicos e, inclusive, a frase tema da Marcha da Luta Antimanicomial de Santa Maria e de muitas outras marchas.

Então, será mesmo que toda identidade traz um estigma, faz o indivíduo ser identificado apenas por um termo? Ou só o estigma da loucura incomoda, afeta, machuca? E se faz doer, por que até então ainda é utilizado? Pesquisei por imagens, cartazes e folders referentes à luta antimanicomial no Brasil para verificar de que forma a loucura está sendo colocada nestes eventos.

Me deparei com frases como “Ser normal é ser do meu jeito. Loucura é você não me aceitar”⁸, “De perto quem é normal?”⁹, que podem lembrar a busca por uma igualdade a partir da loucura, também fazendo uso do verbo *ser*, bem como a frase da militância na cidade de Santa Maria. Consecutivamente, frases como “Qual a sua loucura?”¹⁰, “Carranos, Cláudias, Amarildos, poetas e loucos somos todos um pouco”¹¹, “A pior das loucuras é, sem dúvida, pretender ser sensato num mundo de loucos”¹² e “Loucura não se prende, saúde não se vende. Quem tá doente é o sistema social”¹³ possivelmente apresentam a lógica do normal e do patológico presente enquanto identidades, pois é possível ser normal ou sensato ou louco, não se pode ser um e outro, ou ainda, não se pode pertencer a mais de um grupo.

Já frases como “Uma flor que rompe o asfalto. A loucura como (R)existência”¹⁴ e “Sou louco por saúde mental”¹⁵ coincidem com os princípios da reforma psiquiátrica e com a luta pela cidadania, no momento em que consideram a loucura enquanto grupo que resiste a lógica de exclusão encontrada na constituição pela identidade e não pelo pertencimento. É possível ser louco e estar inserido no contexto social e fazer uso de um serviço de saúde mental e pertencer a tantos outros grupos. Assim como a loucura existe e resiste, neste caso, ela está constituída pelo discurso de luta pelos serviços de saúde mental substitutivos aos manicômicos, no romper de uma flor no asfalto, na

⁸ Prefeitura de Amparo, SP, 2013 e Prefeitura e CAPS de Colorado, PR, 2014.

⁹ Trabalho realizado para o Curso de Análise de Políticas e Sistemas de Saúde, Bacharelado em Saúde Coletiva UFRGS – RS, 2012; imagem também encontrada na divulgação de evento da Semana da Luta Antimanicomial da prefeitura de Cambuí – MG, 2014 e na Marcha da Luta Antimanicomial de João Pessoa – PB.

¹⁰ Prefeitura de Campina Grande – PB, 2013.

¹¹ Rio de Janeiro, RJ, 2014.

¹² Oeiras, PI, 2013.

¹³ Sindicato dos Psicólogos do Estado de SP, São Paulo – SP, 2012.

¹⁴ Coletivos Canto Geral e Antimanicomial, João Pessoa, PB, 2013.

¹⁵ Prefeitura e CAPS II de Itabirito, MG, 2011.

Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, ISSN 1984-2147, Florianópolis, v.9, n.23, p.126-147, 2017.

loucura e na sua diferença. Pertence ao espaço social, não por ser identificado pela loucura, mas sim por pertencer um grupo que resiste.

Por conseguinte, se a loucura dói, não é pelo termo em si, mas sim seu uso atrelado a uma identidade e depositado em um grupo que, muitas vezes, não tem a possibilidade de ser outras coisas que não louco, terminando assim por ser um estigma. Além do que se reivindica na luta antimanicomial, acerca da desinstitucionalização dos serviços e de um cuidado pautado no respeito e na autonomia, os usuários demandam por um pertencimento que se dê na própria marcha, no cotidiano dos serviços, participando ativamente de seu tratamento, enfim, naquele Brasil que eles percebem tão distante.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desde o momento em que comecei a refletir sobre o distanciamento entre usuários e profissionais, bem como as diferenças e os atravessamentos sobre as frases citadas na introdução deste trabalho, fica claro que existe, também, uma diferença entre estes dois grupos. Quanto a esta diferença, é indispensável elucidar que ela foi sendo repensada no decorrer do processo, tanto da pesquisa, quanto da escrita deste texto. Primeiramente, pensei que a diferença poderia ser a causa do distanciamento, devido à diferença entre os saberes, as loucuras e os distintos impactos e efeitos que cada qual vai adquirir no papel social da luta antimanicomial, por exemplo, e, então, esta diferença estaria relacionada ao distanciamento entre profissionais e usuários. Porém, acreditava que a resolução desta questão, ou seja, a aproximação entre estes dois grupos, se daria na busca pela igualdade.

Mas, se por um lado, a defesa pela igualdade é um dos princípios nos quais se embasam os ideais da cidadania, que visa eliminar privilégios, reduzir desigualdades e diferenças discriminatórias, por outro lado, defender a diferença pode vir a parecer uma forma de prejudicar ou negar a igualdade assegurada pela cidadania (CURY, 2002). Então comecei a pensar que a ruptura não poderia dar-se na busca por igualar os saberes de pessoas que passaram por uma formação acadêmica e os saberes de quem viveu e continua sentindo no corpo, no psíquico e no social todo valor que o diagnóstico, o uso de medicamentos e a exclusão social advindos do estigma de já ter sido considerado louco. Porém, concerne pensar que estas diferenças sejam respeitadas e vistas ambas

enquanto dignas em sua própria particularidade e o que instiguei refletir aqui é que esta diferença seja entendida na sua alteridade.

Uma das dificuldades encontradas neste trajeto, tanto na pesquisa quanto na produção da escrita, foi em relação a dicotomia, o que sobra entre a formação acadêmica e o contato com a prática. Penso que, se esta diferença estivesse pautada no reconhecimento dela e não na tentativa de igualar saberes, ficaria mais transparente a mistura entre os *Brasils*. Para exemplificar este reconhecimento, trago novamente o pensamento de Moraes (2010), ao referir a diferença entre considerar um saber *ou* outro, em detrimento de considerar um saber *e* outro, pois o *ou* é uma conjunção que traz uma escolha entre possibilidades, enquanto o *e* é uma conjunção somatória, viabilizando considerar diversas possibilidades. Portanto, não desqualificar o saber de experiência em detrimento do saber científico, mas sim qualificar ambos, fundi-los, com o fim de potencializar o trabalho em conjunto.

Mas isto requer diminuir o ritmo, manter-se aberto aos acontecimentos e outras possibilidades de fazeres, considerando a qualificação desta diferença ainda na formação. Quanto a isso, Analice Palombini¹³ (informação verbal) refere que seria necessário ultrapassar os muros da universidade, com uma formação voltada para o SUS e em coerência com a reforma psiquiátrica, sendo que esta deve passar pela experiência tanto dos alunos, quanto na consideração e inclusão dos saberes de experiência dos usuários e trabalhadores da rede e na cogestão para um cuidado que vise a autonomia dos usuários.

Outra dificuldade que encontrei nas discussões com os usuários foi em relação a transpor a escrita acadêmica para a verbalização de uma conversa informal, fora do meio acadêmico. Mesmo tentando afastar-me da escrita tradicional no projeto, percebi que me mantive em um lugar de especificidade e de saber. Também refleti que, isto posto, eu não estava pesquisando com eles, pois havia levado um produto, um resultado para a discussão e, assim sendo, me mantive distante, em um outro Brasil, considerando que, diante disso, só resta a eles a possibilidade de falar sobre o que já está posto, concordar ou não com o produto. Desta forma, percebi como é fácil manter-se do lado de cá do Brasil.

Mesmo que tenha tentado reconhecer os usuários como autores, os quais o saber é tão importante quanto o de escritores que nortearam este trabalho, bem como a cartografia permite uma atitude mais próxima e que o

pesquisar com dissolva a neutralidade que inexistia em pesquisa com seres humanos, ainda assim, há uma divisão. Por um lado, acredito que a escrita deste artigo poderia ter sido mais informal, com o intuito de ser leitura acessível para os usuários, e foi uma escrita que tentei fazer. Por outro lado, é um trabalho de conclusão de curso, inserido no meio acadêmico e visando a publicação, ou seja, tem que atender a normas e formalidades. Mesmo seguindo as normas, busquei transpor a formalidade, caminhar lado a lado com os saberes de autores da experiência e autores da academia. Logo, o que propus aqui é um lugar entre estas duas escritas possíveis ou impossíveis – a que desejei e a que evitei –, a ruptura no embate entre as duas.

No convívio com usuários de um serviço de saúde mental, é possível considerar a subjetividade de cada sujeito para se chegar a um conceito por ele e para ele considerado saúde, além de fazer uso deste na sua relação com o diagnóstico, com o uso ou não de medicamentos e na reinserção social. O intuito de cartografar a experiência da loucura nas relações constituídas entre profissionais e usuários no serviço e da relação destes com a própria loucura vai ao encontro da possibilidade de pensar a concepção de saúde e de saúde mental de forma subjetiva, pois enuncia uma singularidade no manejo do tratamento. Além disso, também as políticas públicas preconizadas pela reforma psiquiátrica viabilizam que estes conceitos permaneçam em construção.

AGRADECIMENTO

Gostaríamos de agradecer as agências de fomento MCTI/CNPq/MEC/CAPES pelo auxílio financeiro ao projeto “Saúde cerebral: redes sócio-técnicas entre saúde mental, ciências do cérebro e sistema único de saúde”.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, P. F. de; SANTOS, N.S. Notas sobre as concepções de clínica e ética na reforma psiquiátrica brasileira: impasses e perspectivas de uma prática em construção. *Psicologia: ciência e profissão*, v.21, n.3, set., 2001.

ALVERGA, A.; DIMENSTEIN, M. A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. *Comunicação, saúde e educação*, v.10, n.20, p.299-216, jul./dez., 2006.

AMARANTE, P. D. de C. *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de

Janeiro, FIOCRUZ, 1994.

AMARANTE, P. *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro (RJ): SNE/ENDP, 1995.

BARROS, L. P. da.; KASTRUP, V. Cartografar é acompanhar processos. In: PASSOS, Eduardo; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. de (Orgs.). *Pistas do método da cartografia*. Porto Alegre: Editora Sulina, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Legislação em saúde mental: 1990-2004*. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial* / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Ambiência*. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Legislação em Saúde Mental – 2004 a 2010*. Edição XII Colegiado de Coordenadores de Saúde Mental. 257 p. Brasília, Ministério da Saúde. 2010b.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. *Saúde mental*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BHABHA, H. *O local da cultura*. Belo Horizonte: UFMG, 1998.

CURY, C. R. J. Direito à educação: direito à igualdade, direito à diferença. *Cadernos de Pesquisa*, n.116, p.245-262, jul., 2002.

DELEUZE, G. *Conversações*. Rio de Janeiro: Editora 34, 1992.

_____.; GUATTARI, F. *O que é a Filosofia?* Rio de Janeiro: Editora 34, 1992.

_____.; *O anti-Édipo: capitalismo e esquizofrenia*. São Paulo: Editora 34, 2010.

DIEHL, R.; MARASCHIN, C.; TITTONI, J. Ferramentas para uma psicologia social. *Psicologia em estudo* [online], v.11, n.2, pp. 407-415, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v11n2/v11n2a19.pdf>>. Acesso em: 12 maio. 2015.

DREYFUS, D.; RABINOW, P. *Michel Foucault: uma trajetória filosófica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

ECKERT, C.; ROCHA, A. L. C. da. Etnografia: saberes e práticas. *Revista Iluminuras*, v.9, n.21, 2008.

FOUCAULT, M. *A história da loucura*. São Paulo, SP: Perspectiva, 1972.

_____. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

GUIA DA GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO – GAM. CAMPOS, R. T. O.; PASSOS, E.; LEAL, E.; PALOMBINI, A.; SERPA O. et al. DSC/FCM/UNICAMP; ALFLORE; IPUB/UFRJ; DP/UFF; DPP/UFRGS, 2012.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. *Micropolítica: cartografias do desejo*. Petrópolis: Vozes, 1996.

HUNNING, S. M.; GUARESCHI, N. M. de F. Michel Foucault, Bruno Latour e algumas linhas de fuga na produção de conhecimentos. *Ciências Sociais Unisinos*, v.47, n.1, p.64-71, jan./abr., 2011.

MORAES, M. PesquisarCOM: política ontológica e deficiência visual. In: MORAES, M.; KASTRUP, V. *Exercícios de ver e não ver: arte e pesquisa com pessoas com deficiência visual*. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2010.

PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. Pós-fácio – sobre a formação do cartógrafo e o problema das políticas cognitivas. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. de (Org.). *Pistas do método da cartografia*. Porto Alegre: Editora Sulina, 2009.

PELBART, P. P. *Da clausura do fora ao fora da clausura*. São Paulo, SP: Brasiliense, 1989.

ROLNIK, S. *Cartografia Sentimental: transformações contemporâneas do desejo*. São Paulo: Editora Estação Liberdade, 1989.

ROMAGNOLI, R. C. A cartografia e a relação pesquisa e vida. *Psicologia & Sociedade*, v.21, n.2, p.166-173, 2009.

ROSE, N. *Inventando nossos selfs: psicologia, poder e subjetividade*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

ROTELLI, F.; AMARANTE, P. Reformas psiquiátricas na Itália e no Brasil: aspectos históricos e metodológicos. In: BEZERRA, B. Jr.; AMARANTE, P. (Orgs.) *Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro, RJ: Relume-Dumará; 1992.

SERRES, M. *Filosofia Mestiça*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1993.
_____. As tecnologias e sociedade pedagógica. *Interface (Botucatu)*, v.4, n.6, p.129-142, fev., 2000.

TEIXEIRA, R. R. *As redes de trabalho afetivo e a contribuição da saúde para a emergência de uma outra concepção de público (working-paper)*. In: Research Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, ISSN 1984-2147, Florianópolis, v.9, n.23, p.126-147, 2017.

Conference on: rethinking "the Public" in Public Health: Neoliberalism, Structural Violence, and Epidemics of Inequality in Latin América. San Diego: Center for Iberian and Latin American Studies, University of California-San Diego, 2004.