

**Universidade de São Paulo  
Faculdade de Saúde Pública**

**Loucura, psiquiatria e sociedade:  
o campo da saúde mental coletiva e o processo de individualização no Brasil**

**THIAGO MARQUES LEÃO**

**Tese Apresentada ao Programa de Pós-Graduação em  
Saúde Pública para obtenção do título de Doutor em  
Ciências**

**Área de Concentração: Serviços de Saúde Pública**

**Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Aurea Maria Zöllner Ianni**

**São Paulo  
2018**

**Loucura, psiquiatria e sociedade:  
o campo da saúde mental coletiva e o processo de individualização no Brasil**

**THIAGO MARQUES LEÃO**

Tese Apresentada ao Programa de Pós-Graduação em  
Saúde Pública para obtenção do título de Doutor em  
Ciências.

Área de Concentração: Serviços de Saúde Pública

Orientadora: Professora Doutora Aurea Maria Zöllner Ianni

**(Versão Revisada)**  
**São Paulo**  
**2018**

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

Dedico esta Tese a *Dona Helena*, minha mãe.

*In memoriam* de Denis R. Sanches, vítima por anos dos manicômios de Sorocaba, companheiro da Luta antimanicomial falecido em 04/01/2018.

### **Agradecimentos**

À Professora **AUREA MARIA ZÖLLNER IANNI**.

À minha esposa, **CARINE SAYURI GOTO**.

Aos companheiros do Grupo de Pesquisa Teoria Social, Mudanças Contemporâneas e Saúde (FSP/USP), nas pessoas dos amigos **DENISE COELHO**, **RICARDO JURCA** e **RUBEM BRANDÃO**.

Aos amigos do FLAMAS, nas pessoas de **SÉRGIO**, **IVANA**, **CAROL** e **HENOCH** e aos companheiros da *Nova Geração Antimanicomial*, nas pessoas de **MELISSA OLIVEIRA**, **ED CARLOS FARIAS** e **RACHEL GOUVEIA** e aos demais companheiros dos movimentos pela Reforma, na pessoa do querido **MARCOS JOSÉ DUARTE**.

Aos companheiros do Fórum Popular de Saúde de Sorocaba, na pessoa de **GILBERTO GIBA VANETTI**, **VANDERLEI RODRIGUES** e **FERNANDA GARCIA**.

À minha família, minhas tias **OLÍMPIA**, **LÚCIA**, **ELISA**, **JOANA**, **CÉLIA**, **LUIZA** e **CELINA**, e a meu irmão, **LUCAS MARQUES LEÃO**.

À **COORDENAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR - CAPES**, pelo apoio financeiro que viabilizou nossa dedicação exclusiva à pesquisa e produção desta Tese.

À **FUNDAÇÃO DE AMPARO À PESQUISA DO ESTADO DE SÃO PAULO - FAPESP**, pelo apoio ao Projeto de Pesquisa “Individualização no contexto das mudanças sociais contemporâneas: desafios para a saúde pública/coletiva no Brasil” (financiamento FAPESP n.º 2015/16218-0), o qual esta Tese integra.

## **Epígrafe**

“A loucura antes de ser uma anomalia, é a condição normal humana. Não ter consciência dela, e ela não ser grande, é ser normal. Não ter consciência dela e ela ser grande, é ser louco. Ter consciência dela e ela ser pequena é ser desiludido. Ter consciência dela e ela ser grande é ser génio” (Fernando Pessoa, **Aforismos e afins**. São Paulo: Companhia das Letras, 2006, p.12).

LEÃO, Thiago Marques. **Loucura, psiquiatria e sociedade: o campo da saúde mental coletiva e o processo de individualização no Brasil**. 325 pp. [Tese de Doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2018.

## Resumo

Esta Tese tem por objetivo discutir o Campo da Saúde Mental Coletiva e as novas formas sociais contemporâneas, no contexto da modernização reflexiva e do processo de Individualização. Parte da hipótese de que o quadro social em que o Campo se alicerça não corresponde às formas sociais contemporâneas. As novas formas sociais contemporâneas produzem novas formas de subjetividade, novas formas de regulação institucional e de atuação da Psiquiatria, mas o descompasso entre o Campo e a sociedade está na base de sua incapacidade para lidar com estas novas formas de sofrimento, regulação e medicalização-psiQUIATRIZAÇÃO. Reflexivamente, o Campo acaba reproduzindo e ampliando a medicalização, e contribui para a produção e radicalização das novas formas e riscos que lhes escapam, por sua inépcia para atuar na Contemporaneidade. O processo de modernização reflexiva levou a profundas mudanças socioestruturais na sociedade contemporânea, transformando também o objeto do Campo da Saúde Mental que, contudo, não as reconhece por estar assentado em marcos teóricos moderno-industriais. Para caracterizar o Campo, realizou-se uma análise crítica sistemática de 201 publicações sobre o Campo da Saúde Mental Coletiva, em 02 periódicos científicos nacionais: 105 da revista Saúde em Debate entre 1976 e 2011 e 96 da revista Ciência & Saúde Coletiva entre 1996 e 2011. A partir desta análise, identificamos e discutimos o perfil de autoria das publicações, os referenciais teóricos e principais experiências que influenciaram o Campo, as concepções sobre Psiquiatria e as possibilidades de transformação das relações com a loucura e a sociedade, no contexto da Reforma Psiquiátrica, e as principais categorias conceituais identificadas. Alicerçada nesta discussão, a Tese busca refletir, no marco dos processos de modernização reflexiva e individualização sobre a subjetividade, as dimensões familiar e laboral, e a Psiquiatria. Considerando as importantes contribuições do Campo, indicamos a necessidade de ampliar o seu marco epistemológico e olhar sobre o fenômeno do adoecimento, para incorporar à sua reflexão as novas formas e relações sociais da Contemporaneidade, e a necessidade de ampla e radical politização do Campo.

Palavras-chave: Saúde Mental. Psiquiatria. Reforma Psiquiátrica. Individualização. Sociedade de Risco. Modernidade Reflexiva.

LEÃO, Thiago Marques. **Madness, psychiatry and society: the field of collective mental health and the individualization process in Brazil.** 325 pp. [Phd Thesis]. São Paulo: School of Public Health, University of São Paulo, 2018.

### **Abstract**

This thesis aims to discuss the Collective Mental Health Field and the new contemporary social forms, in the context of Reflexive Modernization and the Individualization Process. Part of the hypothesis is that the social context in which the Field is based does not correspond to contemporary social forms. The new contemporary social forms produce new forms of subjectivity, new forms of institutional regulation and Psychiatric action, but the mismatch between the Field and Society is the basis of their inability to deal with these new forms of suffering, regulation and medicalization or 'psychiatry-action'. Reflexively, the Field ends up reproducing and expanding the medicalization, and contributes to the production and radicalization of the new forms and risks that escape it, by its ineptitude to act in the Contemporaneity. The Reflexive Modernization process has led to profound socio-structural changes in contemporary society, transforming also the object of the Field of Mental Health, which, however, does not recognize them because it is based on modern-industrial theoretical frameworks. In order to characterize the field, a systematic critical analysis of 201 publications on the field of Collective Mental Health was carried out in 02 national scientific journals: 105 of the journal *Saúde em Debate* between 1976 and 2011 and 96 of the journal *Ciência e Saúde Coletiva* between 1996 and 2011. Based on this analysis, we identified and discussed the authorship profile of the publications, the theoretical references and main experiences that influenced the field, the conceptions about Psychiatry and the possibilities of transforming relations with madness and society in the context of the Psychiatric Reformation movements and policies, and the main conceptual categories identified. Based on this discussion, the thesis seeks to reflect, within the framework of the processes of Reflexive Modernization and individualization on subjectivity, the family and work dimensions, and Psychiatry. Considering the important contributions of the Field, we indicate the need to broaden its epistemological framework and look at the phenomenon of mental illness, to incorporate into its reflection the new forms and social relations of Contemporaneity, and the need for a broad and radical politicization of the Field.

Keywords: Mental Health. Psychiatry. Psychiatric Reform. Individualization. Risk Society. Reflective Modernity.

## Prefácio

*Quando eu comecei a escrever esta Tese? Quanto tempo eu levei para escrevê-la?*

Oficialmente, eu comecei o doutorado em 14 de janeiro de 2014 e concluí a versão final da Tese para defesa, em 06 de janeiro de 2018 perfazendo, portanto, cerca de 04 anos entre pesquisa e escrita. Mas esta *história oficial* que consta no sistema da USP – como de resto costumam ser os relatos oficiais – é incompleta e parcial. Captura apenas uma fração de meu percurso de aproximação do Campo da Saúde Mental Coletiva e da escrita da Tese.

Meu primeiro contato com o que viria a ser objeto de minha Tese se deu, em verdade, no início da Faculdade de Direito, no ano 2000, quando tive meu primeiro encontro com a *loucura*, cujo semblante se mostrava pelo sofrimento mental grave e desconstrução da realidade psíquica de meu irmão – brevemente internado em um hospital psiquiátrico – e, em seguida, o sofrimento profundo de minha mãe, tomada pela culpa e depressão. Em 2001, meses antes da promulgação da Lei da Reforma Psiquiátrica brasileira, eu trocava os manuais de Direito por Michel Foucault, na vã tentativa de entender o que se passava em minha família, e tive poucas participações em um grupo de estudos do professor Marcos Vinícius de Oliveira (Psicologia/UFBA), sobre o Projeto de Lei substitutivo ao Projeto Paulo Delgado e que viria a ser promulgado na forma da Lei n.º 10.216, naquele mesmo ano.

Estes encontros e tentativas de entender o que vivia, em meio às turbulências geradas pelo adoecimento em minha família, promoveram uma série de silenciosas e despercebidas *micro-revoluções* subjetivas, transformando meu olhar sobre as formas de (eu) estar no mundo, tatuando em minha pele uma nova sensibilidade e inquietação que não sabia nomear. Meu irmão se recuperou, minha mãe não, e esta inquietação foi coberta sob as marcas constantes das exigências cotidianas de cuidado e pelas expectativas de meu pai. Passaram os anos e, em 2009, nos últimos semestres da Faculdade de Direito, comecei a trabalhar na Procuradoria Geral do Município do Salvador (BA) com demandas judiciais em saúde e benefícios para pessoas com deficiência física e mental. No mesmo ano, ingressei no Grupo de Pesquisa *Direitos Humanos, Direito à Saúde e Família*, coordenado pela Professora Isabel Lima, que me estimulou a prestar a seleção para o Mestrado na Faculdade de Saúde Pública (FSP), sob orientação da Professora Sueli Dallari.



Em 2011, ingressei no Mestrado pesquisando sobre a (possibilidade de) gênese democrática de direitos na Comissão Intergestores Bipartite. Quanto mais avançava minha pesquisa, mais eu me sentia um *estrangeiro* no Direito. Não sabia nomear à época aquele sentimento, mas desejava eu o *desejo dos outros*, eu desejava o desejo de meu pai. Naquele primeiro semestre, tínhamos uma disciplina em que se apresentavam os professores e diferentes departamentos da pós-Graduação. Entre as aulas, chamou-me a atenção a discussão da Professora Aurea Ianni sobre as transformações na família contemporânea e a Sociedade de Risco, discutida por Ulrich Beck. Era o ano do tsunami que atingiu a costa leste do Japão, e naquela aula a Professora fazia uma análise – que só anos depois e retrospectivamente leria em outros autores – sobre riscos ligados ao vazamento na usina nuclear de Fukushima.

Depois da aula, falei rapidamente com a Professora e, no semestre seguinte, acompanhei sua disciplina *Mudança Social Contemporânea e Saúde*. Um novo mundo se descortinava, para além dos antolhos das Ciências Jurídicas, e com cada nova reflexão nas aulas, recolocavam-se questões sobre a loucura, sobre a família, sobre a Psiquiatria e as novas formas sociais. À medida que discutíamos seu impacto sobre o Campo da Saúde Coletiva, mais eu encontrava *meu próprio desejo*, aquilo que me movia e promovia um (re)encontro com meu objeto de pesquisa, já capaz de tomar forma e nome: o *Campo da Saúde Mental Coletiva*.

Em 2012, expliquei à minha orientadora à época que, depois do Mestrado, não continuaria minhas pesquisas sobre Direito Sanitário. Conversei com a Professora Aurea Ianni, que aceitou me orientar no Doutorado. Contudo, pouco depois, meu pai foi diagnosticado com um glioblastoma agressivo, deixei tudo e retornei à Bahia para cuidar dele. Foi um ano bem difícil, mas ao mesmo tempo de muita cumplicidade com meu pai e de reaproximação e companheirismo com minha mãe – que mostrou uma resiliência e força ímpar, sem permitir que a tristeza a tomasse. Há uma entrevista com o filósofo esloveno Slavoj Žižek, em que ele diz: “escrever salvou minha vida. Anos atrás, por conta de problemas amorosos pessoais, eu estive em um estado suicida por algumas semanas. Eu me disse: ‘eu posso me matar, mas eu tenho que terminar este texto’”<sup>1</sup>. Em alguma medida, a escrita do projeto que apresentaria à Professora Aurea Ianni, também me salvou: nas longas e desconfortáveis noites em emergências, nos momentos em que meu pai finalmente adormecia, quando eu precisava *fugir e esquecer...*

---

<sup>1</sup> Disponível em: <https://goo.gl/u7aPxQ>. Acesso em dez. 2017

eu me refugiava na leitura de Beck, ou me dedicava a escrita do anteprojeto. Neste meio tempo, pelas redes sociais, conheci Sayuri, minha esposa que militava em um movimento antimanicomial do interior de São Paulo chamado *Flamas – Fórum da Luta Antimanicomial de Sorocaba*. Em abril de 2013, durante a semana da Luta Antimanicomial, voltei a São Paulo para conhecer Sayuri, pessoalmente, e conversar sobre meu anteprojeto de doutorado com a Professora Aurea Ianni. Em julho, voltei para concluir a Dissertação: em 23 de setembro meu pai faleceu, em 16 de dezembro obtive o título de Mestre em Ciências, pela Faculdade de Saúde Pública da USP.

Quando eu me matriculei no Doutorado, um mês depois, percebi que apesar de minha experiência pessoal, eu pouco sabia sobre o Campo além de minhas leituras iniciadas em 2012. Então, mergulhei profundamente no *mundo* da Saúde Mental: busquei uma leitura ampla de artigos, tratados e coletâneas de capítulos, e autores como Goffman, Robert Castel e Michel Foucault. Participei ativamente do movimento antimanicomial, participei e organizei debates, Congressos, Audiências Públicas, assembleias, manifestações de rua, fechamos a rodovia Raposo Tavares junto com militantes antimanicomiais de todo o Estado e do Fórum Popular de Saúde de Sorocaba, e representei o *Flamas* em discussões nacionais sobre a Lei n.º 10.216/2001 e a política de desinstitucionalização dos Hospitais de Custódia e Tratamento.

Em 2015, mudei-me para Guarulhos, região metropolitana de São Paulo, e passei a me dedicar exclusivamente à análise bibliográfica e escrita da Tese, e às atividades na FSP/USP. Junto às publicações do Campo e da literatura social sobre as mudanças sociais contemporâneas, ampliei a leitura sobre medicalização, Psiquiatria e adoecimento. Neste percurso prático e intelectual, reconheci que não há isenção ou objetividade possíveis (ou desejáveis). Toda pesquisa é biográfica e toda produção científica carrega em si a história e o olhar, leituras e verdades de quem a produz. Notadamente no Campo da Saúde Mental, quem poderia se dizer alheio? Quem hoje poderia se dizer alheio ao sofrimento mental e à medicalização? Esta era uma preocupação minha. E a ampla análise, com mais de 200 publicações em 35 anos, é uma tentativa de sedimentar um conhecimento sólido sobre o Campo, reconhecendo que *o problema não é estar implicado na discussão (todos estamos), mas alienar-se (em nome) dela*. Tenho confiança que este é um trabalho *comprometido* com a crítica e avanço do pensamento do Campo e suas relevantes questões sociais, sem defesas panfletárias ou dogmas militantes, mas também sem pretensões de isenção científica ou subjetiva.

## Sumário

<b>1. APRESENTAÇÃO: POR QUEM OS CÃES UIVAM? ELES UIVAM POR VÓS</b> ...	13
1.1. AS TESES QUE ORGANIZAM NOSSA TESE: 07 TESES SOBRE A LOUCURA, A PSQUIATRIA E A SOCIEDADE CONSTEMPORÂNEAS .....	21
1.2. MODERNIDADE REFLEXIVA E METAMORFOSE SOCIAL CONTEMPORÂNEA .....	25
1.2.1. Brasil, Processo de Individualização e Saúde Mental .....	31
1.3. REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL .....	43
1.3.1. Movimentos Sociais, Partidos e Governos .....	51
1.3.2. Os Movimentos pela Reforma e o PT .....	55
1.3.3. Coronelismo Progressista .....	67
1.4. OBJETIVOS .....	75
1.5. ABORDAGEM METODOLÓGICA .....	76
<b>2. RESULTADOS</b> .....	81
2.1. AUTORIA .....	82
2.2. AUTORES E MARCOS DE REFERÊNCIA .....	83
2.3. PSQUIATRIA MANICOMIAL E MICROPOLÍTICA .....	92
2.4. PRINCIPAIS CATEGORIAS CONCEITUAIS .....	100
<b>3. DISCUSSÃO</b> .....	118
3.1. BREVES OBSERVAÇÕES SOBRE A AUTORIA .....	121
3.2. SOBRE OS REFERENCIAIS DE FORMAÇÃO DO CAMPO .....	129
3.2.1. Basagliano <i>ma non troppo</i> : Referenciais do Campo .....	137
3.2.2. Reabilitação Psicossocial e o “reformista cordial” .....	155
3.3. A <i>PERSPECTIVA MICROPOLÍTICA</i> .....	163
3.3.1. As Quatro Dimensões e o Efeito Dominó .....	179
3.4. PRINCIPAIS CATEGORIAS CONCEITUAIS .....	195
3.4.1. Desinstitucionalização e Cotidiano: a utopia <i>realizada</i> .....	196
3.4.2. Comunidade e Território: do Estado-nação à transnacionalidade .....	205
3.4.3. Cidadania e Autonomia: <i>As santas n’altar</i> .....	209
3.5. FETICHE E IDEOLOGIA: BREVES CONSIDERAÇÕES .....	217
<b>4. SOBRE LOUCURA, PSQUIATRIA E SOCIEDADE CONTEMPORÂNEAS</b> ..	222
4.1. TRANSFORMAÇÕES DA FAMÍLIA E DO TRABALHO .....	228
4.2. SUBJETIVIDADE CONTEMPORÂNEA .....	243
4.2.1. O que (não) é Subjetividade para efeitos desta Tese .....	245

4.2.2. <i>Self-Driven Culture</i> e Individualização Sociossimbólica .....	255
4.2.3. O risco de dar certo .....	280
4.3. NEURO-PSIQUIATRIA, TECNOLOGIA E A REVOLUÇÃO SILENCIOSA ...	286
4.3.1. Biopolítica Individualizada, Psicocultura e Aprimoramento .....	302
4.3.2. Eugenia <i>Virtualizada</i> .....	318
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS: RETROSPECTIVA E PERSPECTIVAS</b> .....	328
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	335
<b>APÊNDICE 01</b> .....	349
<b>CURRÍCULOS LATTES</b> .....	361

## Lista cronológica da legislação citada

LEGISLAÇÃO	EMENTA
Decreto Lei n.º 2.848/1940	Institui o Código Penal
Constituição Federal de 1988	
Portaria SNAS/MS n.º 189/1991	Aprova novos procedimentos e respectivos financiamentos relativos à atenção em Psiquiatria no SUS, considerando a necessidade de melhorar a qualidade da atenção às pessoas portadoras de transtornos mentais; a diversificação dos métodos e técnicas terapêuticas, visando a integralidade da atenção a esse grupo e; compatibilizar os procedimentos das ações de Saúde Mental com o modelo assistencial proposto.
Portaria ministerial n.º 224/1992	Estabelece diretrizes do SUS e normas para o atendimento ambulatorial (CAPS/NAPS) e hospitalar na assistência em saúde mental, atenção aos pacientes, recursos humanos e financiamento.
Lei Complementar n.º 101/2000	Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências – Lei de Responsabilidade Fiscal.
Lei n.º 10.216/2001	Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.
Lei n.º 10.406/2002	Institui o Código Civil
Portaria MS/GM n.º 366/2002	Considerando a Lei 10.216, de 06/04/01, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.
Lei n.º 10.708/2003	Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações.
Portaria Interministerial MS/TEM n.º 353/2005	Institui o Grupo de Trabalho de Saúde Mental e Economia Solidária e dá outras providências.
Lei n.º 11.441/2007	Altera dispositivos da Lei no 5.869, de 11 de janeiro de 1973 – Código de Processo Civil, possibilitando a realização de inventário, partilha, separação consensual e divórcio consensual por via administrativa.
Portaria GM/MS n.º 1.707/2008	Institui, no âmbito do SUS, o Processo Transexualizador, a ser implantado nas unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.
Portaria 3.088/2011	Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS.
Portaria GM/MS n.º 2.803/2013	Redefine e amplia o Processo Transexualizador no SUS.
Lei n.º 13.146 de 2015	Institui o Estatuto da Pessoa com Deficiência.
Resolução CIT n.º 32/ 2017	Estabelece as Diretrizes para o Fortalecimento da RAPS.
Portaria GM/SM n.º 3.588/2017	Altera a Portaria de Consolidação n.º 3/2017, dispondo sobre a RAPS.

## Lista de siglas

ABP	Associação Brasileira de Psiquiatria
ABRASCO	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
ABRASME	Associação Brasileira de Saúde Mental
ACNUR	Alto Comissionado das Nações Unidas para Refugiados
ADI	Ação Direta de Inconstitucionalidade
ADPF	Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental
AMA	Associação Médica (Norte) Americana [ <i>American Medical Association</i> ]
CAPB	Comissão da Associação Psiquiátrica da Bahia
BM	Banco Mundial
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CC/2002	Código Civil de 2002
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos em Saúde
CF/1988	Constituição Federal de 1988
CGMAD/MS	Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde
CISM/CNS	Comissão Intersectorial de Saúde Mental do Conselho Nacional de Saúde
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CNSM	Conferência Nacional de Saúde Mental
CONAD	Conselho Nacional de Políticas de Drogas
CSMC	Campo da Saúde Mental Coletiva
DGPI	Diagnóstico Genético de Pré-Implantação
DH	Direitos Humanos
DINSAM	Diretório Nacional de Saúde Mental
DSM-5	5ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da Associação Americana de Psiquiatria
DSMT	Departamento de Saúde Mental de Trieste/ Dipartimento di Salute Mentale di Trieste
ECT	Eletroconvulsoterapia
ESF	Estratégia Saúde da Família
FEASP	Frente Estadual Antimanicomial de São Paulo
FDA	Food and Drugs Agency
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FLAMAS	Fórum da Luta Antimanicomial de Sorocaba
FUSM	Frente Universitária de Saúde Mental
FPLAM	Fórum Paulista da Luta Antimanicomial
HP	Hospital Psiquiátrico
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
MNLA	Movimento Nacional de Luta Antimanicomial
MS	Ministério da Saúde
MTE	Ministério do Trabalho e Emprego
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NAPS	Núcleos de Atenção Psicossocial
NOT	Núcleo de Oficinas e Trabalho

OMS	Organização Mundial da Saúde
OSs	Organizações Sociais
PcD	Pessoa com deficiência
PFL	Partido da Frente Liberal
PL	Projeto de Lei
PMDB	Partido do Movimento Democrático Brasileiro
PR	Partido da República
PRN	Partido da Reconstrução Nacional
PSB	Partido Socialista Brasileiro
PSC	Partido Social Cristão
PNDU	Programa das Nações Unidas para Desenvolvimento
PNSM	Política Nacional de Saúde Mental
PSDB	Partido da Social Democracia Brasileira
PT	Partido dos Trabalhadores
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RENILA	Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial
SDH	Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República
SENAES	Secretaria Nacional de Economia Solidária
SENAD	Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas
SMC	Saúde Mental Coletiva
SUDS	Sistema Único Descentralizado de Saúde
TAC	Termo de Ajustamento de Conduta
TDAH	Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade
TOC	Transtorno obsessivo-compulsivo
TS	Taxa de suicídios por 100 mil habitantes
UnB	Universidade de Brasília
UNISOL/Brasil	Central de Cooperativas e Empreendimentos Solidários
USP	Universidade de São Paulo

## 1. APRESENTAÇÃO: *POR QUEM OS CÃES UIVAM? ELES UIVAM POR VÓS*

Muito já foi dito sobre a *loucura* e o controle biopolítico da *pobreza*, seu asilamento nos manicômios, sua exclusão da sociedade e a especificidade da estigmatização – na passagem da loucura para a doença mental – mediada pela Psiquiatria. Sobre isto, o Campo da Saúde Mental Coletiva - CSMC tem se ocupado vasta e majoritariamente. A Reforma Psiquiátrica (ou apenas Reforma) e o CSMC, que se desenvolve em torno dela, contribuíram muito para a necessária complexificação dos saberes em torno da doença mental e sua inscrição (até hoje) indelével no registro social. Nesta Tese, adotamos a noção de *Campo como relação em processo histórico-reflexivo*, isto é, o conjunto das relações – multideterminadas e determinantes contínua, recíproca e reflexivamente – entre (1) a ação e mobilização política, (2) formulações teóricas (saberes, bandeiras e valores, políticas e estratégias de ação), (3) práticas técnico-assistenciais e (4) políticas públicas em torno do processo saúde-doença mental. O objeto desta Tese é discutir como o Campo responde (ou não) às novas formas assumidas pela loucura, ou adoecimento-sofrimento mental, a Psiquiatria e a sociedade no processo de modernização reflexiva e de Individualização. Para isto, a análise e discussão das publicações é uma etapa (e não objetivo final) de fundamentação empírica, fornecendo elementos concretos para pensar o CSMC na Contemporaneidade.

A Reforma teve inegável relevância para dissolução<sup>1</sup> do estigma da doença mental, bem como para a imperativa desospitalização e melhoria da qualidade de vida de milhares de pessoas que viviam em condições sub-humanas e, portanto, **inaceitáveis**, nos Hospitais Psiquiátricos - HP brasileiros<sup>2</sup>. Contudo, a dissolução do estigma da loucura, a desospitalização e os ganhos em qualidade de vida não se deram, exatamente, de forma consoante aos projetos e intensões do Campo. Antes, em uma dinâmica reflexiva de efeitos não-planejados e atravessada por verdadeiras revoluções tecnológicas. Ademais, o CSMC

---

<sup>1</sup> É *mister* explicar que a ideia de *dissolução* (do estigma, da sociedade de classes, das referências sociossimbólicas etc.) não significa *desaparecimento*, mas a deterioração das formas sociais que tradicionalmente delimitariam o fenômeno (estigma, sociedade de classes, referências sociossimbólicas etc.) e sua *metamorfose* sob o signo da Contemporaneidade.

<sup>2</sup> De acordo com números do Ministério da Saúde, entre dezembro de 2002 e 2010 cerca de 18 mil leitos psiquiátricos de baixa qualidade em HPs foram fechados de forma pactuada e programada, através do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares e do Programa de Reestruturação da Assistência Hospitalar no SUS. Informação disponível em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/saude\\_mental\\_dados\\_v8.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/saude_mental_dados_v8.pdf). Acesso em nov. 2016.



negligencia as manifestações de saúde-sofrimento mental <sup>3</sup> que extrapolam os limites da ação biopolítica sobre a pobreza e as dinâmicas de asilamento-exclusão e estigma. Passando ao largo das suas discussões, as novas formas sociais e relações estabelecidas na Contemporaneidade metamorfoseiam<sup>4</sup> as *formas de ser* dos indivíduos em sociedade: as formas de sofrer, sentir, produzir, consumir, pensar (a si mesmo e a) o mundo. Incapaz de perceber esta metamorfose, o CSMC se vê confrontado por impasses, revezes e a inação frente aos desafios da sociedade contemporânea.

Como nos explicam Beck e Beck-Gernsheim (2002), a Contemporaneidade é atravessada por formas híbridas e ambivalências: tudo parece igual, mas tudo é radicalmente diverso. Isto significa que ela envolve, historicamente, formas de pobreza e de riqueza, hipercapitalismo e subdesenvolvimento, dependência institucional e liberdade, tanto *negatividade* quanto *positividade* (Han, 2014-a, 2015, 2017-a). Assim, o higienismo violento contra usuários de crack em situação de rua convive com o livre consumo de psicofármacos e a Neuropsiquiatria do desempenho e do aprimoramento. As metamorfoses sociais contemporâneas não se dão apenas por grandes rupturas ou *convulsões catastróficas* (Holanda, 1995, p, 180), mas *silenciosamente*, pelo acúmulo dos efeitos da Modernidade em seu curso de radicalização (Beck, 2012). Para pensar este fenômeno, tomemos o escritor japonês Haruki Murakami que, em sua aclamada trilogia *1Q84*<sup>5</sup>, conta a história da jovem *Aomame Masami*, uma jovem prestes a completar 30 anos, no ano de 1984. Ela trabalha

---

<sup>3</sup> Esclarecemos que *loucura*, *doença mental* e *sofrimento mental* serão empregados, na maior parte de nossas discussões, como sinônimos. Levamos em conta e reconhecemos a relevância das discussões sobre a distinção entre a experiência genérica da loucura – e a discussão foucaultiana sobre seu entendimento histórico (Foucault, 2010) –, sua inserção no discurso médico como patologia mental, a politização da doença mental ligada às contradições sociais, em Basaglia (1985), a disputa em torno do saber psiquiátrico ressignificando a doença como experiência individual e singular do sofrimento (Rotelli, 2001), o sofrimento como elemento constitutivo do psiquismo, até as transformações paradigmáticas promovidas pelo *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* - DSM (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais), pelas novas tecnologias diagnósticas e pelos movimentos de neurodiversidade (Bezerra Jr., 2007). Estas questões serão abordadas no decorrer desta Tese. Contudo, mais do que assumir uma *militância discursiva* sobre a nomenclatura, interessamos refletir sobre as relações que se estabelecem em torno da loucura-doença-sofrimento, e o que produzem socialmente. A escolha de determinado significante é sempre uma escolha que carrega sentido epistemológico e ético, também, traduz-se em ação política: não há discurso neutro. A adoção do termo *loucura* para designar genericamente o objeto do CSMC também não é gratuita: parte do reconhecimento e crítica ao olhar marcado, na Reforma Psiquiátrica, sobre determinado tipo de adoecimento-sofrimento, isto é, àquele da desestruturação da realidade psíquica, da crise e do anormal, da pobreza asilada nos manicômios.

<sup>4</sup> Beck (2017, p. 15) defende o termo *metamorfose* frente à lacuna de um conceito capaz de abarcar o “significado dos acontecimentos globais que se desenrolam sob nosso olhar na televisão”. Na Sociologia, é usual o conceito de *mudança social* (cf. Fernandes, 2008), mas a “mudança implica que algumas coisas mudam, mas outras não (...). A metamorfose implica uma transformação muito mais radical, na qual as velhas certezas da sociedade moderna desaparecem, e algo novo emerge” (Beck, 2017, p. 15-6).

<sup>5</sup> O numeral “9”, em japonês, é pronunciado *kii-uu/ kyū/ kew* que se assemelha à pronúncia, em inglês, na letra “Q” (*kiiu*). O título de Murakami faz um jogo de palavras com o título do livro “1984”, de George Orwell.

(secretamente) como assassina de aluguel, matando – com um instrumento caseiro similar a um picador de gelo – agressores de mulheres a mando de uma rica senhora, que administra um abrigo para vítimas de violência doméstica. Um dia, presa em um grande congestionamento e atrasada para seu compromisso, Aomame faz algo *incomum*: desce de seu taxi seguindo as indicações do motorista, atravessa a via expressa com seus sapatos de salto alto, blazer e minissaia da grife *Junko Shimada* até o acostamento, e desce uma escada de emergência (normalmente utilizada por operários de manutenção da via expressa) que leva a outra rodovia, para então pegar o trem até *Shibuya*, um bairro de Tóquio.

Sem a *ruptura fantasiosa* de atravessar espelhos, ou armários, para chegar a mundos maravilhosos e mágicos, mas por uma banal e subutilizada “escada que atendia às características de simplicidade, praticidade e funcionalidade” (Murakami, 2012, p. 22), Aomame chegou ao igualmente banal “terreno baldio embaixo de torres de eletricidade e [que] ficava entre as pistas da Rodovia 246” (idem, p. 50). Com o tempo ela percebe que está em um mundo paralelo no qual praticamente tudo é igual ao seu, em que a discrepância “não oferecia – pelo menos por enquanto – um real transtorno” (idem, p. 155), como o fato de haver agora 02 luas no céu. Outras diferenças eram sutis, e simultaneamente mudavam tudo em sua vida. Aomame se dá conta, contudo, que a escada não representava a *fratura* entre os dois mundos: quando desceu as escadas ela já estava nessa nova realidade. “(...) não se deixe enganar pelas aparências. A realidade é sempre única” (idem, p. 18), advertiu-lhe o motorista do táxi.

Ela era a mesma de sempre, e o mundo continuava o mesmo. Mas alguma coisa começava a mudar. Ela pressentia isso. Era como um jogo de sete erros: dois desenhos colocados lado a lado numa parede, aparentemente idênticos, mas que, ao serem examinados atentamente, nota-se a existência de detalhes que os diferenciam (idem, p. 158).

Aomame se dá conta de que não está mais em 1984, mas em *1Q84*, um outro mundo com outras regras. Em um emaranhado de *maravilhosos absurdos*, ela tenta retornar para o *mundo original* voltando pela escada, “o local por onde se entra e sai deste mundo” (Murakami, 2013, p. 459), Aomame parece ter conseguido, mas aos poucos ela percebe novas discrepâncias sutis, como o “tigre sorridente da placa da Esso [que] estava com o lado esquerdo do rosto voltado para eles (...). *O tigre estava invertido*”. Fica ansiosa, “Era apenas uma impressão. A memória às vezes é traiçoeira” (idem, p. 460-2), olha para o céu nublado e, quando as nuvens se dissipam, reaparece *uma única lua*. “Mas era aquilo mesmo? Era

possível voltar para o mundo anterior de modo tão fácil? (...) não existia mais, em nenhum lugar, um caminho de volta ao mundo anterior”.

A dilema de Aomame é o mesmo nosso: estamos em uma sociedade que em tudo parece igual, mas que é radicalmente diferente. Um novo mundo com novos enigmas e novas regras. Algumas produções do Campo percebem que algo está diferente, não há dúvidas de que temos *02 luas no céu*: a velocidade da transformação é senso comum hoje, com a *internet*, sociedade líquida, *iPhones* e redes sociais, neurociências, genética, robótica e assim por diante, mas a resposta do CSMC é *subir a escada de volta*: retomar formas mais comunais, retomar a-historicamente a Carta de Bauru, reafirmar a luta contra o manicômio. E quando, ainda assim, alguém sinaliza que *o tigre está invertido*, ignora-se e se tenta aplicar as mesmas regras do *mundo original*: mais e melhorada (reformada) Psiquiatria, mais e melhorada gestão, mais e melhorada técnica-assistencial. Extraímos um exemplo da revista *Ciência & Saúde Coletiva* n.º 12, volume 16, na qual se propôs um *balanço* da Reforma, após 10 anos de promulgação da Lei n.º 10.216 (Pitta, 2011, apêndice 01<sup>6</sup>). A revista convidou 05 autores para comentarem este balanço e um dos comentadores sinaliza: “a história não para. A sociedade mudou e a psiquiatria não é mais a mesma” (Bezerra Jr., 2011, p. 4599, apêndice 01). Ao que Pitta (2011-a, p. 4602, apêndice 01) respondeu com mais e melhor gestão e avaliação da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS, mais e melhor formação profissional, mais e melhor cuidado,

(...) abandonar o discurso defensivo em relação ao tema da avaliação e ir a campo e avaliar os CAPS, os hospitais, as urgências e as emergências, e toda a rede de cuidados, encontrando seus pontos fracos, na perspectiva da melhoria da qualidade do cuidado; e, finalmente, mas não menos importante acrescento o desafio ético de seguir na *Stultifera Navis* capitaneando a Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Parece haver um esgotamento explicativo do pensamento social em saúde, formulado nas décadas de 1970 e 1980, em decorrência dos limites da sua própria matriz teórica. Parafraseando Elias (1994, p. 14)<sup>7</sup>, o pensamento do CSMC *estanca* ao ser confrontado pelo processo de modernização reflexiva, pois seus modelos explicativos não dão conta das transformações sociais contemporâneas. Ele *cessa de formular perguntas* e insiste

---

<sup>6</sup> Como será explicado de forma mais criteriosa nas abordagens metodológicas (p. 63), optamos por sinalizar as referências que correspondem à literatura analisada entre 1976 e 2011, remetendo à lista anexa das publicações, organizada por ano e revista científica (Apêndice 01).

<sup>7</sup> Do original: “(...) com bastante frequência, ao serem confrontados com fenômenos sociais que obviamente não podem ser explicados por esse modelo, como é o caso da evolução dos estilos artísticos ou do processo civilizados, seu pensamento estanca”

nas mesmas análises, explicações e estratégias, à imagem de um Dom Casmurro que quer construir no Engenho Novo a casa em que se criou na Rua Mata-Cavalos, “para atar as duas pontas da vida, e restaurar na velhice a adolescência”. E o Campo está destinado à mesma conclusão de Bentinho: “Pois, senhor, não consegui recompor o que foi nem o que fui. Em tudo, se o rosto é igual, a fisionomia é diferente” (Assis, 1997, p.17). Pois, no fim, *não há 03 mundos*, como alertou o taxista de Aomame: *a realidade é sempre única*, e não é possível voltar para trás o relógio da história, para usar a expressão de Hobsbawm (2009, p. 92). Isto é, a Contemporaneidade não é resultado de uma ruptura, da crise ou fracasso do projeto moderno, mas resultado não planejado do bem-sucedido casamento entre Modernidade Ocidental e Capitalismo.

Esforçando-nos para não abusar das analogias literárias (no restante desta Tese), citamos Jose Saramago (2004), em seu *Ensaio sobre a Lucidez*<sup>8</sup>, que conta a estória de um município português onde se realizam eleições gerais. Ao fim do dia, prologado o horário de comparecimento para votar, “Os votos válidos não chegavam a vinte e cinco por cento, distribuídos pelo partido da direita, treze por cento, pelo partido do meio, nove por cento, e pelo partido da esquerda, dois e meio por cento”. Pouquíssimas abstenções e “mais de setenta por cento da totalidade, estavam em branco”. Convocam-se novas eleições ao fim de muita discussão entre as autoridades e especialistas, dirigentes dos partidos de centro, esquerda e direita. O partido de esquerda

(...) depois de reunidos os seus máximos órgãos directivos e após um longo debate, elaborou e tornou público um comunicado em que expressava a sua mais firme esperança de que o acto eleitoral que se avizinha irá fazer nascer, objectivamente, as condições políticas indispensáveis ao advento de uma nova etapa de desenvolvimento e amplo progresso social (idem, p. 29).

No domingo marcado, um belo dia de sol, deu-se a nova votação amplamente noticiada com expectativa pelos jornais. O resultado: “partido da direita, oito por cento, partido do meio, oito por cento, partido da esquerda, um por cento, abstenções, zero, votos nulos, zero, votos em branco, oitenta e três por cento” (idem, p. 35). A isto, então, o governo responde com investigações científicas e pesquisas que progridem para investigações criminais, prisões, tortura e estado de sítio. Por fim, uma teoria conspiratória quer explicar a

---

<sup>8</sup> O escrito português retoma, aqui, seu livro *Ensaio sobre a cegueira*. Dialogando com a inexplicável epidemia de cegueira (literal) branca que acomete o mundo, a epidemia de votos em branco e a cegueira do Estado.

epidemia de votos brancos e se elege um inimigo: *a mulher do médico*<sup>9</sup>. Ao fim do livro, batem à porta da mulher do médico dois policiais que lhe levam o marido preso. A mulher, que é proibida de acompanhar o marido fica a chorar em casa. Por fim, vai à bancada da varanda, “aproxima-se da grade de ferro, põe-lhe as mãos em cima e sente a frescura do metal”, ouvem-se dois tiros sucessivos e ela jaz morta. Seu cachorro de estimação senta-se ao seu lado, “depois estica o pescoço para o alto e solta um uivo arrepiante que outro tiro imediatamente corta”. Um cego pergunta a outro: “Ouviste alguma coisa, Três tiros, respondeu o outro, Mas havia também um cão aos uivos, Já se calou, deve ter sido o terceiro tiro, Ainda bem, detesto ouvir os cães a uivar” (Saramago, 2004, p. 325).

O escritor português elabora, pela literatura, a crítica que retomará no painel “Quixotes hoje: utopia e política”, no Fórum Social Mundial realizado em Porto Alegre, em 2005, composto, entre outros, pelo uruguaio Eduardo Galeano<sup>10</sup>. Saramago inicia sua fala contrapondo-se à mesa<sup>11</sup>:

Tenho uma má-notícia para vos dar (...) eu não sou utopista. E pior notícia ainda, considero a utopia, ou o conceito de utopia não só inútil como também tão negativo, enfim, mesmo que ponham umas aspas, como a ideia de quando morremos todos, vamos para o paraíso (...) há uma questão que é indissociável da utopia, ou do pensamento utópico, ou do anseio do ser-humano por melhorar a vida e não só no sentido material, mas melhora-la também em outra dimensão, na dimensão espiritual, na dimensão ética, na dimensão moral. Está indissociavelmente ligada (e parece que não) à revitalização ou se quiserem à *re*-invenção da democracia.

Na sequência, diz-nos Saramago – com outras palavras – que a utopia é uma tentativa de colonização do futuro e das gerações futuras. É uma tentativa nada modesta de pensar, a-historicamente, o *dever-ser* futuro e ideal sem considerar as gerações que viveriam ou continuariam a lutar por esta utopia, futuramente. E conclui:

Tudo se discute neste mundo, menos uma única coisa que não se discute: não se discute a democracia. A democracia está aí como se fosse uma espécie de santa n’altar de quem já não se esperam milagres, mas que está aí como uma referência: A

---

<sup>9</sup> “A mulher do médico” é a personagem que, em *O Ensaio sobre a Cegueira*, é a única não-acometida pela epidemia de cegueira branca. O livro retoma personagens e se coloca na cronologia do anterior *Ensaio sobre a cegueira* no futuro pós-epidemia da cegueira branca.

<sup>10</sup> Eduardo Galeano é comumente citado em eventos de Saúde Mental, pela sua defesa da utopia como horizonte a ser alcançado: “A **utopia** está lá no horizonte. Me aproximo dois passos, ela se afasta dois passos. Caminho dez passos e o horizonte corre dez passos. Por mais que eu caminhe, jamais alcançarei. Para que serve a utopia? Serve para isso: para que eu não deixe de caminhar”. Por exemplo, o trecho foi citado por Silvio Yasui em evento realizado pela ABRASME, na sede do CRP-SP, em julho de 2014. Ao final da mesa-redonda com Saramago, no Fórum Social Mundial de 2005, Galeano cita a passagem [1h20min, aprox.].

<sup>11</sup> Disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=IUQLMmUZE5k>. Acesso em set. 2017. [1h11min48seg, aprox.]

Democracia. E nada se diz sobre a democracia concreta em que vivemos, sobre os limites do exercício do poder popular na **esfera política tradicional** [ênfatisa Saramago], que limita-se na esfera política, *repto* na esfera política, a tirar um governo de que não gosta e a pôr outro que talvez venha a gostar. <sup>idem</sup>

Tomando a história recente da Reforma Psiquiátrica, poderíamos encontrar uma homologia muito próxima com o CSMC, que frente à sua incapacidade de lidar com a Contemporaneidade segue a *cartilha* descrita por Saramago: (1) a reafirmação de valores em suas Cartas Abertas e reedições da Carta de Bauru (1987); (2) a repetição de estratégias que já não se mostram capazes de lidar com os impasses e (3) a busca por cada vez mais informação, melhor, mais ampla, mais qualificada. Contudo, como nos afirma Beck (2008), os impasses políticos, sociais e morais da contemporaneidade não são resolvidos *apenas* com mais e melhor ciência e, pelo contrário, com mais e melhor ciência estes impasses são *também* gerados. Mas aparentemente alheio a isto, o CSMC se surpreende com a sua própria inação e (4) radicaliza seu discurso que pressupõe: (4.1) a crise, como resposta à inação. É a crise que permite imputar a fatores externos ao Campo as *razões* de sua a inépcia; (4.2.) a figura do *inimigo*, aquela *entidade* responsável pelo projeto da crise. É o inimigo que permite reputar a atores externos as *consequências* da inépcia do Campo e; (4.3) a evocação do ideal utópico em torno do qual, simultaneamente, mobilizam-se e se apaziguam suas bases populares (usuários, familiares, profissionais), pois a utopia

(...) em termos práticos significa que eu, que necessito uma quantas coisas, quer como pessoa quer como membro de uma coletividade, de uma sociedade, mas que sou consciente de que não os posso ter agora, porque os inimigos são mais poderosos, porque me falta os meios, porque a fruta não está madura e portanto, visto que não posso tê-lo agora, hei de tê-lo um dia. <sup>8</sup>

A utopia é alienante, é aquilo que coloca as contradições sociais em termos a-históricos, inespecíficos e idealizados (i-materiais), e *futuros*. Mas quem se opõe à ideia de utopia, parece se opor ao próprio progresso da humanidade – seja a utopia de uma sociedade sem manicômios, sem classes, sem Estado, sem limitações ao livre mercado, sem judeus, sem doenças, sem morte, sem infiéis e assim por diante. *Contra as utopias, nada é permitido*. Em sua defesa, por outro lado, tudo é justificado. Assim, dizem os policiais à porta do médico, antes de lhe executarem a esposa com 02 tiros: “Mandado não é necessário, a cidade está em estado de sítio” (Saramago, 2004, p. 323). E aos que *uivarem* denunciando a contradição, um terceiro tiro, pois *os cegos detestam ouvir os cães a uivar*.

E quem há de ser contra o progresso da humanidade, ou a democracia, ou a Reforma – como antítese do manicômio e do aviltamento do louco? Apenas a figura reificada

do inimigo a ser alvejado com 02 tiros (inúteis). E, então, o CSMC coloca a Reforma *como se fosse uma espécie de santa n'altar de quem já não se esperam milagres pois os inimigos são mais poderosos, faltam os meios ou porque a fruta ainda não está madura*. E quem apontar esta contradição está sob risco do *terceiro tiro*, que vem sob muitas formas e não é novidade entre a Esquerda. Em frase atribuída a Carlos Marighella – na biografia escrita por Frei Betto –, o comunista baiano reage às críticas da direção do *Partidão*, que o censurava por discordar publicamente das decisões do núcleo diretivo do Partido Comunista Brasileiro - PCB, em 1966. Marighella as caracterizava como uma “teoria de unidade” stalinista, fruto de uma concepção não dialética e superposta ao coletivo: “revelar contradições é uma forma e até mesmo um método, para superá-las, desde quando as ideias entram em confronto umas com as outras e a prática é tomada como critério para testar a verdade” (*apud* Betto, 2006, p. 41).

Em muitos sentidos, o Campo da Saúde Mental Coletiva permanece preso à “margem esquerda” do rio Kolimá<sup>12</sup>, decidido a navegar a *Stultifera Navis* de Foucault (Pitta, 2011-a, apêndice 01) como figura da loucura clássica, da exclusão e violência, perseguindo a *margem esquerda*, “segundo o padrão da velha sociedade industrial” (Beck, 2012, p. 17). Parecem não entender, como entende Aomame na trilogia de Murakami: a um novo mundo se colocam novas regras. E nada se diz sobre a Reforma, como nada se diz sobre a Democracia, para Saramago<sup>8</sup>, pois pensamos o Campo (e a ação política) no marco da Modernidade tradicional, no marco de uma dimensão política *virtualizada* (Žižek, 2003), isto é, apesar de desprovida de sua substância – o poder ou governo popular – ainda é apresentada como *real* democracia, quando em verdade pode ser melhor caracterizada pelo que Badiou (2017, p. 26) chama de “peça do semblante democrático”, ou conforme Beck (2012, p. 61): “Se fosse possível a comparação entre o caráter irrestrito do político e uma criatura do reino animal, poder-se-ia mencionar um leão no zoológico bocejando”. Com todo treinamento e controle sobre o leão, seria possível dizer que se tinha um “circo político, de ‘política simbólica’. Tudo era manejo de cena”. Hoje, com o “colapso do antagonismo entre Oriente e Ocidente, ocorreu uma situação paradoxal. A política ainda se desenvolve nas mesmas velhas jaulas, mas o leão está livre” (*idem*, p. 62).

---

<sup>12</sup> No livro “A margem esquerda”, segundo volume dos “Contos de Kolimá”, Chalámov (2016) descreve sua experiência como prisioneiro político, condenado por atividades antirrevolucionárias trotskistas. O título se refere ao hospital central dos *gulags*, à margem esquerda do rio Kolimá, na Sibéria.

## 1.1. AS TESES QUE ORGANIZAM NOSSA TESE: 07 TESES SOBRE A LOUCURA, A PSIQUIATRIA E A SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA

Pensamos nossa Tese partindo das seguintes hipóteses: (1) o quadro social em que o CSMC se alicerça, para pensar a loucura e a Psiquiatria, não corresponde às formas sociais da sociedade contemporânea; (2) as novas formas sociais contemporâneas produzem novas formas de subjetividade, novas formas de regulação institucional e de atuação da Psiquiatria; (3) o descompasso entre o Campo e a sociedade está na base de sua incapacidade para lidar com estas novas formas de sofrimento, regulação e medicalização-psiquiatrização e; (4) reflexivamente, o CSMC acaba reproduzindo e ampliando o contrário do que pretendia (medicalização, tutela, sofrimento e assim por diante), e contribui para a produção e radicalização das novas formas de riscos que lhes escapam, por sua inépcia para atuar na Contemporaneidade.

Definidas as hipóteses, colocamo-nos uma questão fundamental: antes de tentarmos delimitar e discutir a loucura, a psiquiatria e a sociedade contemporâneas; como podemos afirmar se há, ou não, este descompasso entre o Campo e sociedade contemporânea com as consequências apontadas? Enquanto nos aproximávamos das discussões sociais contemporâneas (Ulrich Beck, Elisabeth Beck-Gernsheim, Gilles Lipovetsky, Renata Salecl, Slavoj Žižek e Byung-Chul Han, essencialmente), tentávamos responder a este desafio. A resposta que encontramos determinou a organização desta tese com (1) a delimitação e problematização do CSMC a partir da apresentação e discussão sobre a literatura específica e (2), apoiados nesta discussão, o esforço de reflexão teórica e crítica sobre a loucura, a Psiquiatria e a sociedade contemporâneas.

Assim, neste Capítulo 1, delimitamos os marcos epistemológico, social e teórico que orientam nossas discussões, quais sejam a Modernidade Reflexiva, a Sociedade de Risco Individualizada e, centralmente, a obra do sociólogo alemão Ulrich Beck (subcapítulo 1.2). Para a caracterização do CSMC, fazemos um esforço de resgate histórico da Reforma Psiquiátrica e seu projeto de institucionalização como política pública nacional oficial do setor (subcapítulo 1.3). Como este é um termo recorrente no Campo, esclarecemos que ao falarmos em *projeto de institucionalização da Reforma* circunscrevemos à formulação, assimilação e implementação das bandeiras (princípios, objetivos e estratégias) antimanicomiais como política pública. *Neste contexto*, não nos referimos à



institucionalização como à dicotomia *instituinte-instituído* comum nas discussões correntes da Saúde Pública-Coletiva (Merhy, 1999), tampouco à discussão sobre HP, institucionalização e iatrogenia que Basaglia (1985) desenvolve apoiado em Goffman (2010) e Foucault (2010), ou à discussão sobre desinstitucionalização de Rotelli (2001). Nos subcapítulos 1.4 e 1.5, definimos respectivamente nossos objetivos geral e específicos, e a abordagem metodológica. No Capítulo 2, apresentamos os resultados da análise empírica da produção bibliográfica que constitui a literatura específica: (2.1) sua autoria, (2.2) seus marcos teóricos e experiências referenciais, (2.3) seu entendimento sobre a sociedade e a Psiquiatria e sua transformação e (2.4) as principais formulações categórico-conceituais. No Capítulo 3, a discussão sobre os resultados apresentados e o Capítulo 4 representa nosso esforço de produção e contribuição teórica, na interlocução entre o CSMC e as metamorfoses sociais da Contemporaneidade. A Tese se funda em 07 teses desenvolvidas neste último Capítulo:

(1) As metamorfoses sociais contemporâneas levam a uma produção de subjetividade característica e que orbita em torno do indivíduo individualizado. Esta subjetividade – entendida como relação entre o indivíduo e si mesmo, com outros individuais e a sociedade – é especialmente sensível a impasses, crises e sofrimento individuais.

(2) Há uma dissolução da ordem sociossimbólica que orientava a subjetividade na sociedade industrial, ligada às principais referências de autocompreensão e mecanismos psíquicos individuais, entre as quais a forma social da família tradicional e do trabalho assalariado. Estas duas categorias são metamorfoseadas no Processo de Individualização e Modernização Reflexiva e perdem seu caráter coletivizador dos riscos sociais, que passam a ser assumidos individualmente. Esse processo de dissolução vai de encontro aos objetivos da Reforma, mas são também resultados reflexivos de seu projeto de institucionalização. De acordo com Beck (2012), a *reflexividade* tem duplo significado: primeiramente, reflexividade é *autoconfrontação* e, segundo reflexividade significa *efeitos colaterais não planejados*. Isto significa que o Campo integra a *espiral individualizatória*, metáfora para uma relação que não é apenas circular entre um polo e outro, mas que ao retornar os modifica e radicaliza. A espiral individualizatória impõe (importa) ao Campo rever as bases de seu pensamento, que pretende responder aos impasses com mais e melhor tecnologia, mais e melhor acesso, mais e melhor gestão e assim por diante, e acaba por reproduzir e radicalizar os riscos sobre os quais pretende atuar preventiva e/ou terapeuticamente.

A terceira tese é de que (3) se desfazem os limites entre *natureza* e *sociedade* como espaços separados e antagônicos. Isto quer dizer que não é mais possível pensar “natureza sem gente”, como queria Alberto Caeiro (Pessoa, 2005, p. 16), tampouco *gente* apartada da natureza. Isto coloca em cheque falsas dicotomias do CSMC, como o biológico *versus* o psicossocial, doença mental *versus* existência-sofrimento e, no limite, clínica *versus* política. O movimento pendular reducionista, que ora atribui o sofrimento a fatores biológicos, ora a fatores sociais (Bezerra Jr., 2007), deixa de fazer sentido. Esta é uma dicotomia que evocaria o *reconhecimento* em oposição ao *silenciamento* do indivíduo por uma Psiquiatria manicomial, ou tradicional. Mas com o Processo de Individualização, há uma liberação do indivíduo das formas da sociedade industrial e uma reintegração transversal pelo mercado de trabalho, em que o indivíduo deve, *imperativamente*, ser livre para se auto-administrar, auto-empresender e autoconstruir biograficamente. Impelido a escolher, lidar e se responsabilizar por riscos socialmente produzidos. É a *self-derivem culture* ou apenas *self-culture* (Beck e Beck-Gernsheim, 2002), a vida individual auto-referida, auto-orientada em função do próprio indivíduo.

Isto significa que (4) vivemos em uma sociedade ambivalente, em que ainda se sentem os *grilhões* da biopolítica foucaultiana, mas eles estão menos ligados à psiquiatrização *manicomial*, do que estão imbricados nos imperativos de autoprodução, escolha e responsabilidade individuais, da subjetividade contemporânea. É a isto que chamamos *biopolítica individualizada*: o indivíduo foi liberado das formas sociais tradicionais da primeira Modernidade e *condenado à liberdade*. Isto significa um novo tipo de biopolítica (individualizada) com base não mais no controle, mas na liberdade e responsabilidade individual. Se a cada sociedade corresponde um tipo de subjetividade e sofrimento, as formas de lidar com este sofrimento também são metamorfoseadas socialmente e não correspondem mais àquelas contra as quais se insurgiu a Reforma em sua formação, na década de 1970.

Assim, (5) há a emergência de uma *Neuropsiquiatria* não mais (apenas) do controle e do asilamento, mas centralmente, uma *Neuropsiquiatria* do desempenho. A Psiquiatria considerada hegemônica pelo CSMC se torna *residual*, isto é, não se dá majoritariamente como ação biopolítica externa, violenta e verticalizada sobre populações socialmente excluídas, mas como consumo voluntário de indivíduos inseridos no mercado de trabalho, com expectativa de conciliar as demandas antagônicas da vida contemporânea para manterem-se, assim, *incluídos*. A *Neuropsiquiatria* age como instrumento não mais de

exclusão, mas de inclusão. Nisto se dá um processo ambíguo de subjetivação (Bezerra Jr., 2007, p. 142): a Psiquiatria contemporânea promove uma objetificação diagnóstica do sofrimento como entidade nosológica e ao mesmo tempo “fornece ao paciente uma significação compartilhada e, portanto, um instrumento de subjetivação daquela experiência”, levando à dissolução de estigmas e *re-brainding* (Parry, 2003) de diagnósticos psiquiátricos. Isto está na base da atuação subpolítica de movimentos que vão desde a mobilização pela despatologização da homossexualidade, aos movimentos de *neurodiversidade* ou de *neuroatípicos*.

Isto não significa uma Psiquiatria *menos* iatrogênica<sup>13</sup>. Pelo contrário, leva a uma Psiquiatria potencialmente *mais* iatrogênica, ou se quisermos colocar nos termos de Basaglia (1985, 2010), um processo de psiquiatrização mais sutil, mais efetivo na dissimulação das contradições sociais e, portanto, mais difícil de se enfrentar pela politização destas contradições, uma vez que passa ao largo da reflexão do CSMC que, à semelhança da *cegueira parcial para as cores* do daltônico, parece sofrer de uma *cegueira parcial* para as novas formas desta Neuropsiquiatria *da positividade* e para a *mudança topológica* da ação psiquiátrica “que é sempre mais internalizada, psicologizada” (Han, 2017-a, p. 10-11), marcando o indivíduo individualizado que deve se responsabilizar por sua biografia e desempenhá-la, mediado pelo mercado de trabalho. Para além das questões técnicas e iatrogênicas, isto leva a transformações sociais de longo prazo que atingem o comportamento interindividual, as relações assumidas em sociedade, e o (auto)entendimento da sociedade e da própria essência do *humano*. Contudo, na medida em que o Campo se mantém *preso à margem esquerda do rio (Kolimá)*, estes fenômenos passam despercebidos e incontestados pela Reforma – ou quando contestados, caem na *cartilha de Saramago*.

Esta nova forma de atuação neuropsiquiátrica é caudatária de verdadeiras (6) revoluções sociais, promovidas não por insurgências populares ou pela queda de governos,

---

<sup>13</sup> Em Illich (1975, p. 31), o termo *iatrogênese* refere-se à produção de efeitos danosos, em decorrência da ação médica. A iatrogênese clínica diz respeito às consequências biomédicas patológicas do ato médico sobre o indivíduo, e que se manifestam sob a forma de sintomas clínicos. A iatrogênese social, por sua vez, “é o efeito social não desejado e danoso do impacto social da medicina, mais do que o de sua ação técnica direta. A instituição médica está sem dúvida na origem de muitos sintomas clínicos que não poderiam ser produzidos pela intervenção isolada de um médico. Na essência a iatrogênese social é uma penosa desarmonia entre o indivíduo situado dentro de seu grupo e o meio social e físico que tende a se organizar sem ele e contra ele. Isso resulta em perda de autonomia na ação e no controle do meio”. De forma homóloga, referimo-nos aos *riscos iatrogênicos* como aqueles ligados a ampla medicalização dos processos sociais e à incorporação de novas tecnologias médicas

mas pelos avanços tecnológicos da psicofarmacologia, das diagnoses de imagem e genética, e pela consolidação da Neurologia (que absorve a Psiquiatria) como o discurso de verdade científica da Contemporaneidade. Nossa última tese (7) é a tentativa contra-intuitiva de pensar as relações entre loucura, psiquiatria e a sociedade, entendendo que não é se posicionando *contra* a Individualização (como quem elege a figura do *inimigo*) que se encontrará contrapontos aos seus impasses, “não se deixe enganar pelas aparências. A realidade é sempre única” (Murakami, 2012, p. 18): a individualização não significa apenas a dissolução de formas sociais tradicionais de sociedade industrial, mas também a emergência de novas formas sociais. Da mesma forma, a sociedade do risco não é apenas o tempo de ameaças, mas também de oportunidades. Toda dissolução de formas tradicionais implica na abertura de possibilidades de ação, ainda que redirecionadas a formas estruturais, historicamente, novas. É por isso que precisamos de modelos de pensamento *ambíguos*, que levem em conta a ambivalência da sociedade contemporânea (Beck, 2010, 2012). Possíveis respostas não virão da perspectiva “reacionária” de voltar o relógio da história ou da tentativa ingênua de retornar pela escada do Processo de Individualização e subir de volta a espiral individualizatória, como Aomame.

## 1.2 MODERNIZAÇÃO REFLEXIVA E METAMORFOSE SOCIAL CONTEMPORÂNEA

Nos últimos sessenta anos, a sociedade ocidental moderna experimentou mudanças profundas na sua estrutura política e social. Hobsbawm (1995, p. 283) destaca que a “novidade dessa transformação está tanto em sua extraordinária rapidez quanto em sua universalidade”. Neste sentido, há uma consistente literatura social contemporânea, em maior ou menor grau convergente – Beck, Beck-Gernsheim, Latour, Giddens, Lipovetsky, Žižek, Han, Salecl entre tantos outros –, que reconhece a importância e abrangência destas mudanças. *Pós-modernidade, hipermodernidade, modernidade líquida, segunda modernidade, capitalismo tardio, sociedade pós-moralista e sociedade positiva* são alguns dos conceitos que emergem no debate atual, em um esforço de caracterização da metamorfose social paradigmática, que conforma a Contemporaneidade. Uma definição mais precisa deste período, que chamamos de *contemporaneidade*, é dada por Ianni (2011, p. 33):

A sociedade contemporânea, aqui compreendida como aquela também denominada de pós-moderna, tardo-moderna, industrial tardia etc., configura-se a partir de meados da segunda metade do século XX. Entre os anos 1960 e 1980, mais especificamente, ocorrem profundas mudanças no mundo moderno, especialmente

nas sociedades industriais ocidentais. Tais mudanças trouxeram aos diferentes campos científicos e suas áreas disciplinares inúmeros desafios. Um deles, o de compreender a natureza desses fenômenos e as transformações daí advindas, envolveu uma revisão ou, em alguns casos, até mesmo uma revolução nas bases epistemológicas desses conhecimentos.

Estas mudanças sociais se dão em um processo que Beck (2010) denominou como *modernização reflexiva*, isto é, um processo de *modernização da Modernidade*, pela *autotransformação* das formas e relações da sociedade industrial, que passa por uma reconfiguração estrutural. Na modernização reflexiva: “Não se trata mais da primeira modernidade em seu combate prometeico contra a ordem tradicionalista, mas da hipermodernidade em que os sistemas de valor que se chocam são igualmente de essência moderna” (Lipovetsky e Serroy, 2015, p. 394). O agente destas transformações não é a crise do primeiro processo de modernização simples, mas o inerente dinamismo da sociedade moderna, seu sucesso e radicalização, “que vai invadir as premissas da sociedade industrial e abrir caminhos para outra modernidade” (Beck, 2012, p. 14). Há uma metamorfose da estrutura social, pelo sucesso do projeto moderno ocidental sobre o oriental, pelo casamento entre *Capitalismo* e *Democracia*: o progresso técnico-científico, o domínio sobre a natureza, a produção de riqueza, a ampliação da democracia e dos direitos humanos e as transformações no mercado de trabalho (amplo acesso e flexibilização).

O processo acelerado de mudança estrutural da sociedade, típico do dinamismo da Modernidade, remonta às lutas e movimentos sociais das décadas de 1950 e 1960, aos movimentos sociais pela ampliação de direitos civis e políticos, aos movimentos feministas – a entrada da mulher no mercado de trabalho, as modificações na família nuclear e nas posições sociais de gênero –, aos movimentos de contracultura, “à contestação de normas e padrões institucionalizados, (...) à busca por novos espaços de expressão, o elogio a novas formas de experimentação subjetiva, a luta pelo direito à cidadania por setores excluídos da população” (Bezerra Jr., 2007, p. 129), e ao reconhecimento e multiplicação de direitos e sujeitos de direitos, no universo dos Direitos Humanos (Bobbio, 1992). Um intenso contexto histórico de mudanças socioculturais e político-econômicas de alcance global, que culmina no paradigmático ano de 1989, com o fim do sonho socialista, do antagonismo Oriente-Occidente e a vitória do projeto capitalista com a dissolução do inimigo ao Leste (Latour, 1994; Hobsbawm, 2009; Beck, 2010, 2012). Com este, vão-se também as configurações bipolares da política mundial, redefine-se o papel do Estado, instituição central da modernidade, e o *lugar* da política clássica. Com a queda do Muro de Berlim, em 1989, cai o *inimigo da*

*democracia liberal*, e a sociedade mundial que vivia seus regimes políticos pautada pela luta e antagonismo recíprocos, perde, em grande parte, seu norte e bandeira de ação (Beck, 1998).

O primeiro processo de modernização emerge de seu contrário, atingindo as estruturas da decadente sociedade feudal. A Modernidade nasce com a dissolução da sociedade agrária estamental e a emergência da sociedade industrial. Esta se pauta pelas relações sociais e políticas imbricadas no processo de produção, isto é, no uso da força generalizada para controle, exploração e transformação da natureza, em benefício das necessidades do homem. Funda-se sobre o binômio “mundo social” e “mundo natural”, “mundo do homem” e mundo do “não-homem”. A modernidade se constitui sob o signo da ordem, da organização como projeto. O Estado moderno, com seu caráter de vigilância e monopólio da violência seria, de acordo com Giddens (2002), o exemplo maior dessa característica geral da modernidade: a organização. E por isso o Estado avalia, classifica e separa, ordena e exclui, para “garantir”, ou promover o projeto moderno de ordem e progresso. Dessa forma, o Estado moderno manipula, administra e planeja, pautado por um projeto racional que não tolera a falta de ordem e a irracionalidade, deslegitimando *o outro* da razão.

A natureza faz parte deste *outro*, assim como determinados grupos e indivíduos, que não se enquadram no projeto moderno industrial. As instituições modernas buscam dominar, subordinar e remodelar esses *outros*, de forma a atender às necessidades humanas: bem-estar, estilo de vida saudável, produtividade, consumo, adequação, progresso e assim por diante. Não podendo remodelar esses *outros*, a lógica moderna irá isolá-los, deslegitima-los (emudecê-los) ou, ainda, extirpá-los, como se ervas daninhas fossem. Esta lógica atendia ao projeto moderno de progresso que buscava o desenvolvimento. A ordenação respondia ao ideal de segurança, de previsibilidade e controle dos acontecimentos futuros, dos perigos e dos *outros*. Por sua vez, a Segunda Modernidade desencadeia um processo análogo à modernização simples, em que as estruturas sociais são transformadas, de dentro, e não se dá como autodestruição, mas como autotransformação *genético-cultural*, “um processo extraordinariamente complexo e ambivalente, cujos resultados ninguém pode prever e antecipar, um processo pelo qual a Modernidade será forçada à abertura, à adoção de uma visão cosmopolita, à autocrítica e talvez até mesmo à auto-renovação inclusive no âmbito institucional” (Beck, 2003, p. 27). Se a modernização simples (ortodoxa) se deu pela desincorporação das formas tradicionais da sociedade medieval e a reincorporação das formas

sociais industriais, a modernização reflexiva significa a desincorporação das formas sociais que caracterizam a sociedade industrial – papéis fixos para o homem e a mulher, família nuclear, oposição entre trabalho e não-trabalho – e a reincorporação de uma outra modernidade.

A modernização reflexiva atinge a própria Modernidade tradicional, seu entendimento técnico-científico e a superação de uma natureza contraposta à sociedade, aos modelos biográficos, à família, às relações de trabalho e à centralidade do Estado-nação (Beck, 2010), cuja integridade das fronteiras se dissolveu no “pós-1989” com o fim da organização bipolar de forças, politicamente estabilizadora, no plano internacional (Hobsbawm, 2007). As instituições fundamentais da sociedade industrial não são mais capazes de atuar como referenciais simbólicos. O Estado e os atores moderno-tradicionais da política cedem espaço no centro do *palco* político e, em seu lugar, novas possibilidades paulatinamente ensaiam e tomam a cena. A formulação moderna de Estado-nação, e seus marcos constituintes, fundados nas dinâmicas da sociedade nacional, não correspondem mais ao Estado que de fato se apresenta na Contemporaneidade (Ianni, 2011-a; Beck, 2012). Nela, “a política se diversifica na sociedade, emergem inúmeros lugares subpolíticos que há muito tempo aboliram essa fachada de política única nas instituições e numa sociedade despolitizada para isso emplacadas” (Beck, 2003, p. 103). É uma *tomada* da política por novos atores e discursos, tradicionalmente vistos como *não-políticos* pelos esquemas de pensamento da sociedade industrial, que seriam próprios de uma esfera privada de interesses particulares, técnicos e científicos.

Os riscos e inseguranças produzidos pelas instituições modernas, progressivamente, escapam aos mecanismos de controle e proteção da sociedade industrial, dominando “os debates e conflitos públicos, tanto políticos como privados (...) as instituições da sociedade industrial tornam-se os produtores e legitimadores das ameaças que não conseguem controlar” (Beck, 2012, p. 17). No ocaso da sociedade industrial, há a emergência da *Sociedade de Risco*. Perigos sempre houve em qualquer momento da sociedade, mas algo de novo emerge na sociedade de risco que supera os perigos coletivamente percebidos, os desastres impostos pela natureza ou por forças deístas sobrenaturais. A *Reflexividade* em Beck não significa reflexão ou intencionalidade, não é um projeto planejado ou resultado de uma disputa ideológica. Não se trata, como em Giddens (2002, p. 223), de novos saberes em situações, reconstituindo ou as reorganizando. Reflexividade liga-se, *in contrario sensu*, aos

**não**-saberes e à imprevisibilidade (Beck, 2002), e significa *autoconfrontação*: as mudanças sociais contemporâneas ocorrem *apesar e em consequência* dos projetos de ordenação e progresso, prevenção, controle e dominação típicos da modernidade industrial, a produção de riscos emerge como efeito colateral, como consequências imprevisíveis e incontroláveis e pautam os conflitos e debates, as preocupações e agendas, desde as políticas macroestruturais, à condução cotidiana da vida (Beck, 2003, 2010, 2012).

Na Sociedade de Risco, os desafios da sociedade de escassez, e da (re)distribuição de bens e o acesso a serviços não são mais os conflitos fundamentais da sociedade e, ainda que continuem havendo conflitos desta natureza, não vivemos mais “*somente* em meio a conflitos distributivos das sociedades da escassez” (Beck, 2010, p. 25). A sociedade de risco é uma sociedade do *excesso*, o conflito social básico é o da distribuição dos riscos que acompanham a distribuição de bens e a ampliação de serviços, o acesso a tecnologias, os avanços científicos, a dominação e transformação artificial da natureza, e assim por diante, sua interpretação e significação, prevenção e controle, e legitimação dos riscos (Beck, 2012). Assim, por exemplo, não é mais uma questão de promover (acesso às) novas tecnologias, mas os riscos ligados à crescente intervenção e manipulação tecnológica; não mais o pouco acesso a cuidados médicos, mas os riscos ligados aos fenômenos da medicalização; no lugar da fome, os riscos à saúde ligados à obesidade; não se trata apenas da exclusão do mercado de trabalho, mas dos riscos e do sofrimento associados à alta produtividade. Conforme Žižek (2012, p. 14), “é o próprio sucesso do capitalismo (alta produtividade etc.) que causa o desemprego (torna inútil uma quantidade cada vez maior de trabalhadores), e o que deveria ser uma bênção (necessidade de menos trabalho árduo) torna-se uma maldição”.

É também o excesso, não apenas a falta, que marca os conflitos da contemporaneidade. Na Modernidade Reflexiva, com a dissolução ou destradicionalização das instituições modernas, não temos majoritariamente uma sociedade da negatividade e da proibição e controle, mas da positividade e do excesso, é uma sociedade da liberdade e das escolhas que hoje confronta o indivíduo. Para Han (2014-a, p. 11), hoje “a sociedade da negatividade é substituída por uma sociedade em que a negatividade é cada vez mais desarticulada em benefício da positividade”, a positividade do consumo e acesso, da máxima eficiência e produtividade, da liberdade ainda que precária, do excesso de informação e possibilidades de escolha e ação, do desempenho e *enhancement* (aprimoramento). Han (2015, p. 23) dirá, ainda, que a “sociedade do século XXI não é mais a sociedade disciplinar,



mas uma sociedade de desempenho. Também seus habitantes não se chamam mais ‘sujeitos da obediência’, mas sujeitos de desempenho e produção. São empresários de si mesmos”, confrontados com riscos do excesso de trabalho e consumo, da ideologia da autocriação e do indivíduo autônomo e sem limites (Salecl, 2012, Bezerra Jr., 2007), de uma sociedade alicerçada sob o tripé do mercado, da eficiência técnica e do indivíduo livre (Lipovetsky, 2005; Salecl, 2005, 2012; Han, 2014). É neste marco que o indivíduo deverá lidar com os riscos que escapam às instituições e são *redistribuídos* e assumidos individualmente.

À medida em que há uma dissolução das instituições modernas e das referências sociossimbólicas – então, determinantes na condução da vida individual, nos processos de subjetivação e intermediação entre indivíduos e a realidade social (Beck e Beck-Gernsheim, 2002; Bezerra Jr, 2007; Beck, 2010, 2012; Salecl, 2012) –, os indivíduos são convocados a avaliar os riscos, tomar decisões e responsabilizar-se individualmente pelas consequências destas escolhas. A modernização reflexiva “fez desmoronar o sistema intrassocial de coordenadas da sociedade industrial: sua compreensão da ciência e da tecnologia, os eixos entre os quais se estende a vida das pessoas: família e profissão, a distribuição e a separação entre política democraticamente legitimada e subpolítica” (Beck, 2010, p. 107). Na subpolítica, agentes *externos* ao sistema político tradicional ou corporativo disputam o planejamento e a conformação das relações de poder, em meio à individualização dos riscos. Assim, sopesando demandas contraditórias e por vezes inconciliáveis, os indivíduos devem interpretar e decidir sobre riscos sociais e pessoais que, na sociedade industrial, seriam enfrentados pela política tradicionais e organizações de classe, pela família ou na comunidade. Para Beck (2012), indivíduos e coletivos podem atuar tanto subpolítica quanto politicamente de forma reflexiva ou tradicional/ simples/ não-reflexiva conforme, respectivamente, busquem ou não transformações reais da estrutura de poder e do sistema político.

Este é o quadro duplo e contraditório do *Processo de Individualização*: de um lado os indivíduos se desoneram dos vínculos sociais tradicionais da sociedade de classes e da família nuclear mas, de outro são pressionados, pelas demandas e regulações do mercado de trabalho e das necessidades de consumo e subsistência, a se auto-inventar, a escolher e atuar frente aos riscos que escapam às instituições, e responsabilizar-se individualmente por esta autoconstrução biográfica, responsabilizar-se pelos riscos socialmente produzidos. “Dito de forma bastante esquemática: as classes sociais já não ocuparão o lugar dos estamentos, o

quadro referencial da família já não ocupará o lugar dos vínculos sociais. *O próprio indivíduo se converte em unidade reprodutiva do social no mundo vital*” (Beck, 2010, p. 193).

Mas a *sociedade de risco* não quer dizer apenas uma sociedade de *ameaças*. Esta leitura da individualização dos riscos seria não apenas simplista e pessimista, mas mesmo reacionária e anti-dialética, que busca a volta a tempos mais comunais e de instituições fortes. Uma leitura que prefere *nunca enlaçar as mãos, nem se beijar*<sup>14</sup>, em nome de uma lembrança que não “te arda ou te fira ou te mova” (Pessoa, 1994, p. 23). O processo de Individualização comporta três dimensões (Beck e Beck-Gernsheim, 2002; Beck, 2010, 2012): uma dimensão de desencantamento ou desincorporação das formas tradicionais da sociedade industrial, de dissolução dos referenciais simbólicos e instituições *nômicas*, que desoneram o indivíduo dos limites moderno-tradicionais. Esta leva à dimensão de libertação e ampliação das escolhas individuais, e mesmo o corpo, reduto do biodeterminismo, abre-se a escolhas (Giddens, 2002). Contudo, há uma terceira dimensão de reintegração e de dependência institucional e do mercado: a liberdade de escolhas não significa a liberdade ou autonomia, mas um *abandono à liberdade* (Beck, 2010), em que se vive sob “tirania das escolhas” (Salecl, 2012, p. 15) e da responsabilidade individual, em que se deve responder individualmente pelos riscos produzidos socialmente. O indivíduo deve atravessar sozinho a *corda-bamba* da autoconstrução biográfica, sem as redes-de-segurança da sociedade industrial, sob ameaça constante de cair no abismo material e social, decorrente da exclusão do mercado de trabalho.

### 1.2.1 Brasil, Processo de Individualização e Saúde Mental.

Ianni (2010) identifica a pouca “aderência”, nos estudos sociais brasileiros, das contribuições teóricas de Ulrich Beck – principal referência em nossa discussão sobre o Campo da Saúde Mental Coletiva e a Contemporaneidade. Ela enfrenta as críticas sobre a aplicabilidade das teorias de Beck à realidade social brasileira, tendo o cuidado de não propor uma interpretação totalizante e simplista, mas atenta à complexidade e dinamismo da sociedade e à variedade de interpretações sociológicas possíveis. Observa, ainda, que outra crítica à aplicabilidade das teorias sociais é da sua adequação, quando formulada “com bases na realidade social dos denominados países desenvolvidos e a realidade social dos países

---

<sup>14</sup> Do poema “Vem sentar-te comigo, Lídia, à beira do rio”, de Ricardo Reis (heterônimo de Fernando Pessoa): “Ao menos, se for sombra antes, lembrar-te-ás de mim depois sem que a minha lembrança te arda ou te fira ou te mova, Porque nunca enlaçamos as mãos, nem nos beijamos, nem fomos mais do que crianças”

subdesenvolvidos, de desenvolvimento tardio ou, na acepção mais atual, em desenvolvimento”, sendo esta a principal objeção às teses de Beck (idem, p. 473). Encontramos, em recente artigo de Guivant (2016, p. 100), uma crítica sobre o que seria uma leitura eurocentrista e que desconsideraria “as complexidades de combinações possíveis ao interior do bloco ocidental, como no caso do Brasil, ainda atravessado pelos problemas da escassez e distribuição de riqueza altamente desigual, sem estar organizada uma reflexividade ativa, como a que Beck identifica nas sociedades mais industrializadas”.

Explorando a situação sanitária brasileira, Ianni rebate questões desta natureza, demonstrando que apesar de ainda conviver com “uma mistura de realidades de ‘ricos’ e ‘pobres’, do ‘atraso’ e do ‘desenvolvimento’” (p. 474), o Brasil apresenta um perfil epidemiológico muito similar àquele dos países altamente industrializados. A autora apresenta em seu artigo, ainda, as formulações de Beck sobre a desigualdade na sociedade de risco e exemplos de atuação subpolítica ligada à saúde. Na mesma perspectiva, esforçamo-nos em identificar e discutir o processo de modernização reflexiva, no Brasil, considerando indicativos ligados à saúde *lato sensu* e particularmente à saúde mental, entendendo que o Brasil vive um ambíguo processo de modernização, no qual nunca se realizou *plenamente* o processo de modernização ortodoxa, mas já se vivencia as transformações dos processos adicionais de modernização reflexiva.

Em parte, ainda enfrentamos questões de distribuição de renda e desigualdade econômica, típicas da sociedade industrial dos chamados *países periféricos*, contudo, isto não obsta a percepção de que, simultaneamente, o país já se encontra em um estágio de industrialização e com formas sociais que não condizem com o quadro da sociedade moderno-tradicional. Nossas instituições já não respondem aos riscos e ameaças que produzem, e há um processo de politização do risco, que se torna, no âmbito público e privado, uma questão problemática e transversal. Beck (2010) observa que, com o aprofundamento da democracia e afirmação dos direitos, há uma *deslocalização da política* para além do *contêiner* do Estado-nação. Por sua vez, Ianni (2011-a) alerta que determinadas categorias políticas, elaboradas com base nas dinâmicas da sociedade nacional, hoje pouco ou nada respondem aos desafios contemporâneos que se abrem, com a globalização, à teoria e à prática políticas, enquanto “está em curso uma crise generalizada do Estado-nação” (idem, p. 225) e um crescente hiato entre a sociedade e o Estado. Conforme Ianni (2004, p. 39), “sob vários aspectos, é possível demonstrar que está em curso um novo ciclo da história. Mais do que em outras épocas,

indivíduos e coletividades, em todo mundo, começam a reconhecer que estão inseridos em uma nova configuração histórico-social”. Contudo, ainda há uma resistência ao reconhecimento da modernização reflexiva e seus efeitos e, enquanto as avaliações, planejamentos, implementação e revisão de políticas públicas seguem padrões da velha sociedade industrial; “as organizações de interesse, o sistema judicial e a política são obscurecidos por debates e conflitos que se originam do dinamismo da sociedade de risco” (Beck, 2012, p. 17).

O processo de modernização reflexiva é resultado da combinação vitoriosa entre Modernidade e Capitalismo, em que Individualização e Globalização “são, na verdade, dois lados do mesmo processo de modernização reflexiva” (Beck, 2012, p. 31), no qual se dissolve a distinção entre centro e periferia. Aqui se desenvolvem transformações em escala mundial, “uma ruptura de amplas proporções, com implicações epistemológicas que exigem reflexão” (Ianni, 1998, p. 34). Como explica Ianni, na Contemporaneidade o “indivíduo e a coletividade constituem-se na trama das formas de sociabilidade e no jogo das forças sociais em desenvolvimento em âmbito global” (idem, p. 36).

Neste sentido, não há um determinado cenário onde a modernização reflexiva se dá de forma *pura e plena*, em oposição ao atraso de países periféricos. O segundo processo de modernização não se dá como uma ruptura precisa e esquemática, que anuncia “*até aqui, é modernidade tradicional, daqui em diante reflexiva*”. O Brasil é um país em que os temas e conflitos do tradicional, do moderno e do reflexivo se confrontam e se sobrepõem, como em toda parte. Nas palavras de Beck (2010, p. 25), “cedo ou tarde na história social começam a convergir na continuidade dos processos de modernização as situações e os conflitos sociais de uma sociedade ‘que distribui riqueza’ com os de uma sociedade ‘que distribui riscos’”. A sociedade brasileira enfrenta esta ambivalência do processo de (re)modernização, que redimensiona as bases da racionalidade e as estruturas da sociedade industrial, e que pelo seu próprio caminhar, promove sua implosão e autotransformação renovadora. O que se percebe no Brasil é homólogo ao processo em outras sociedades industriais do Ocidente: uma transição silenciosa no interior da modernidade, em que as instituições, atores, dinâmicas e formas da sociedade industrial não dão mais conta das transformações sociais contemporâneas. “Os indivíduos ainda se comunicam e atuam em conformidade com as antigas fórmulas e instituições, mas também se afastam delas, junto com pelo menos parte de sua existência, sua identidade, seu compromisso e sua coragem” (Beck, 2012, p. 40). Se, no

final da década de 1980, quando se consolida o pensamento do CSMC sob influência das formulações Rotelli, o sofrimento era identificado com a falta, com “um ‘estado de carências’ associado às dificuldades objetivas de sobrevivência”, hoje podemos dizer que vivemos também no Brasil com o sofrimento pelo excesso de consumo, pelo excesso de trabalho, na forma do *burnout* e diferentes tipos de adicção, e mesmo a depressão como sintoma “de uma sociedade que sofre sob o excesso de positividade” (Han, 2015, p. 29).

Como nos explica Ianni (1998, p. 33), a sociedade contemporânea apresenta-se como um novo ciclo histórico com transformações em escala mundial, “abalando mais ou menos drasticamente os quadros sociais e mentais de referência de indivíduos e coletividades (...) inaugurando outros processos, outras estruturas e outras formas de sociabilidade, que se articulam e se impõem aos povos, tribos, nações e nacionalidades”. Trata-se, segundo Ianni, de uma ruptura histórica com implicações epistemológicas que nos exigem reflexão, à medida que metamorfoseia a sociedade, indivíduos e coletividades, grupos e classes sociais, partidos políticos e movimentos sociais, que não podem mais ser pensados no quadro referencial e teórico da *sociedade nacional* e exigem um *olhar desterritorializado*. Podemos pensar estas reflexões de Ianni em diálogo com o que nos alerta Beck (2012-a) sobre a necessária superação da *perspectiva nacional* ou do *nacionalismo metodológico*<sup>15</sup>, ainda dominante no pensamento sociológico e que pressupõe uma sociedade estruturada em torno do Estado-nação e das formas sociais e políticas da modernidade industrial.

Na Contemporaneidade, há um esvaziamento das instituições e um deslocamento do palco político, que escapa dos desgastados e desacreditados atores tradicionais (partidos, sindicatos, políticos eleitos) em direção às ruas e às esferas particulares da vida privada, e se *subpolitiza*, conforme as instituições se tornam dependentes dos indivíduos (Beck, 2010, 2012, 2017). O conceito de subpolítica de Beck corresponde à individualização da cena política, com a emergência de agentes externos à esfera pública *tradicional*, e que agora assumem protagonismo político individual (ou mesmo coletivo). Com a modernização reflexiva, há uma crescente dissolução das fronteiras entre os sistemas público-administrativo *político* e técnico-econômico *não-político*, entre a atuação democrática das instituições tradicionais do sistema político e o protagonismo assumido pelas definições e transformações técnico-científicas na condução do debate público, entre os atores políticos tradicionais –

---

<sup>15</sup> Liv. Trad., em Beck (2012-a) de *national outlook* e *methodological nationalism*, conceitos que atravessa esta obra do autor alemão.

gestores, parlamentares e partidos políticos, sindicatos e associações profissionais – e uma nova *cultura política* em que os indivíduos, individualmente ou organizados coletivamente, “sabem dispor de todos os meios de intervenção e controle público e judicial para a defesa de seus interesses e direitos” (Beck, 2010, p. 278). Na síntese de Beck (2012, p. 35): “Por um lado, está se desenvolvendo um vazio político das instituições; por outro, um renascimento não institucional do político” e atores externos, tanto ao sistema político tradicional quanto ao técnico-econômico, passam a influenciar decisivamente nas decisões políticas e planejamento social, enquanto percebe-se um descompasso ou imobilidade do Estado e demais agentes da política tradicional com relação às demandas destes que são, sob a ótica do *nacionalismo metodológico*, *outsiders* ou *estrangeiros* na arena política. Há um crescente hiato entre Estado e a sociedade, cujas mobilizações adquirem novos significados, novas possibilidades que transbordam o *contêiner* do Estado-nação. Para Beck (*idem*, p. 44):

No despertar da subpolitização há oportunidades crescentes de se ter uma voz e uma participação no arranjo da sociedade para grupos que até então não estavam envolvidos na tecnificação essencial e no processo de industrialização: os cidadãos, a esfera pública, os movimentos sociais, os grupos especializados, os trabalhadores no local de trabalho.

É assim que, no Congresso Nacional, discute-se, ostensivamente, sobre o endurecimento da legislação penal sobre drogas<sup>16</sup> e, no Supremo Tribunal Federal - STF, o julgamento sobre a descriminalização do uso da maconha (*Cannabis*, haxixe) está suspenso desde setembro de 2015<sup>17</sup>. Enquanto isto, em ações individuais, famílias tem conseguido autorização judicial para o plantio doméstico de maconha para fins medicinais<sup>18</sup> e um “*startup* do ramo farmacêutico” mira a produção de medicamentos à base de canabidiol (CBD)<sup>19</sup>. Em resposta, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) procura regulamentar o cultivo<sup>20</sup> e a venda de medicamentos<sup>21</sup>.

---

<sup>16</sup> Disponível em: <http://g1.globo.com/politica/noticia/14-projetos-no-congresso-querem-endurecer-lei-de-drogas-e-3-visam-flexibilizar.ghtml>. Acesso em Ago. 2017.

<sup>17</sup> Disponível em: <http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=299484>. Acesso em Ago. 2017.

<sup>18</sup> Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2017/01/1850088-justica-autoriza-pais-a-plantar-maconha-em-casa-para-tratar-filhos.shtml>. Acesso em Ago. 2017.

<sup>19</sup> Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2016/06/1786355-empresa-quer-fazer-primeiro-remedio-brasileiro-a-base-de-maconha.shtml>. Acesso em Ago. 2017.

<sup>20</sup> Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2017/07/1903558-anvisa-vai-criar-regras-para-cultivo-de-maconha-medicinal.shtml>. Acesso em Ago. 2017.

<sup>21</sup> Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2016/11/anvisa-define-regras-para-venda-de-medicamentos-a-base-de-canabidiol>. Acesso em Ago. 2017.

Se, a partir desta *deslocalização da política* (Beck, 2010), nós afirmássemos que o Estado perde seu papel central com a modernização reflexiva, isto seria verdadeiro e também não o seria. O exemplo da maconha mostra isso de forma quase esquemática: há uma conformação da agenda política de *baixo para cima*, como demanda ligada aos riscos sanitários e à conversão da necessidade de consumo em direito social à saúde. Mas o Estado (Poder Executivo, Congresso, STF) não é capaz de lidar com estes conflitos de risco, e perde protagonismo enquanto os indivíduos convertem “suas próprias necessidades em direitos” (Beck, Beck-Gernsheim, 2017, p. 58). **Isto não significa a plena autonomia individual (um indivíduo autárquico) ou a anulação do Estado e da macropolítica.** Mas uma liberdade individual *precária*, em que o Estado assume lugar de regulador destas necessidades, e a autobiografia individual “assume cada vez mais a face dupla de uma condição individual dependente das instituições” assim, “mesmo aqueles comportamentos que inicialmente parecem totalmente privados, estão amarrados, de várias maneiras, a desenvolvimentos políticos e prescrições institucionais” (idem, p. 56).

Junto aos desafios da concentração de riquezas, no Brasil, o debate político é dominado pelo enfrentamento de riscos ecológicos, sanitários e sociais, epidemias, doenças crônico-degenerativas, *burnout* e *workaholism*, conflitos de distribuição de risco comuns aos países *ricos* ou centrais. De fato, segundo dados da Organização Mundial da Saúde - OMS (WHO, 2014), a taxa de suicídio por mil habitantes - TS é igual a 6, no Brasil (classificado entre os países de baixa e média renda nas Américas). Taxa próxima a de alguns países classificados pela OMS como de alta renda, a exemplo de Brunei, no sudeste asiático (TS = 6.2), Itália (TS = 6.4), Israel (TS = 6.2), Malta no sul da Europa (TS = 6.8), Espanha (TS = 7.1) ou o Reino Unido (TS = 6.9). Em 2017, o debate sobre o suicídio atingiu os chamados *trend topics* (lista dos termos mais citados na *internet*), enquanto especialistas e curiosos discutiam pelo *Facebook* e opinavam em jornais sobre o risco de adolescentes assistirem à série “*13 reasons why*” da plataforma de *streaming Netflix*<sup>22</sup>. O debate contaminou a pauta do Senado Federal, que promoveu palestras com psiquiatras e psicólogos para discutir a relação

---

<sup>22</sup> Disponível em: <http://brasil.estadao.com.br/noticias/geral.oito-estados-tem-suicidios-e-mutilacoes-sob-suspeita-de-ligacao-com-baleia-azul.70001745155>; <http://www.huffpostbrasil.com/adriana-caitano/13-razoes-para-voce-assistir-a-serie-13-reasons-why-a-22028731/>; [http://www.diariodepernambuco.com.br/app/noticia/viver/2017/04/10/internas\\_viver.698536/psiquiatra-faz-13-alertas-sobre-a-serie-13-reasons-why-da-netflix.shtml](http://www.diariodepernambuco.com.br/app/noticia/viver/2017/04/10/internas_viver.698536/psiquiatra-faz-13-alertas-sobre-a-serie-13-reasons-why-da-netflix.shtml); <http://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2017/04/1874810-medicos-se-preocupam-com-retrato-de-suicidio-em-serie-da-netflix.shtml>. Acesso em Ago. 2017.

entre o suicídio de adolescentes e as redes sociais: “Os participantes também ressaltaram o papel do seriado *13 Reasons Why*, que trata do suicídio de uma jovem, quanto à necessidade de colocar o assunto em pauta e de se quebrar o tabu sobre o tema”<sup>23</sup>. No bojo das alterações da Política Nacional de Saúde Mental - PNSM, propostas pela Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde-CGMAD/MS<sup>24</sup>, a prevenção ao suicídio é elencada como ação prioritária dando seguimento ao Plano Estratégico de Prevenção ao Suicídio, lançado em setembro do mesmo ano, de acordo com informações do Ministério da Saúde<sup>25</sup>. Resolve a Resolução da Comissão Intergestores Tripartite - CIT n.º 32 de 14 de dezembro de 2017, que institui estas alterações: “Art. 12º - Promover ações de Prevenção ao Suicídio, por meio de parcerias com Estados e Municípios, bem como instituições que atuam nesta área”.

Em plataformas jornalísticas digitais de grande acesso, as pessoas são alertadas sob os riscos do uso excessivo da *internet*: “Seu filho é viciado em internet?”<sup>26</sup>, “Sereias digitais, vício em tecnologia e dicas para um uso saudável da internet”<sup>27</sup> e “Excesso de tecnologia esgota o cérebro”, diz especialista em viciados na web<sup>28</sup>. Jornais alertam sobre o uso excessivo de medicações controladas no Brasil e o risco associado ao consumo<sup>29</sup>. Famílias são alertadas sobre os riscos do uso indiscriminado de remédios para o transtorno do déficit de atenção com hiperatividade - TDAH<sup>30</sup>, ao tempo em que são orientadas a como responder à pergunta “Quando a falta de atenção é um transtorno?”<sup>31</sup>.

---

<sup>23</sup> Disponível em: <http://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2017/05/25/a-cada-45-minutos-uma-pessoa-se-suicida-no-brasil-dizem-especialistas-na-cas>; <http://www12.senado.leg.br/noticias/audios/2017/05/senado-promove-palestra-sobre-suicidio-na-adolescencia>. Acesso em Ago. 2017.

<sup>24</sup> Cujo Coordenador foi nomeado por indicação da Associação Brasileira de Psiquiatria – ABP, instituição historicamente opositora às propostas da Reforma Psiquiátrica.

<sup>25</sup> “Últimas notícias, Agência Saúde: ‘Ministério da Saúde destina R\$ 320 milhões para ampliar e qualificar a saúde mental’”, publicado em 21 de dezembro de 2017. Disponível em: <https://goo.gl/SPzy9H>. Acesso em dez. 2017.

<sup>26</sup> Disponível em: <http://g1.globo.com/educacao/blog/andrea-ramal/post/seu-filho-e-viciado-em-internet.html>. Acesso em Ago. 2017.

<sup>27</sup> Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/ilustrissima/2017/07/1901303-sereias-digitais-vicio-em-tecnologia-e-dicas-para-um-uso-saudavel-da-internet.shtml>. Acesso em Ago. 2017.

<sup>28</sup> Disponível em: <https://tecnologia.uol.com.br/ultimas-noticias/redacao/2011/11/07/excesso-de-tecnologia-esgota-o-cerebro-como-a-depressao-diz-psiquiatra-especializado-em-vicio-na-web.jhtm>. Acesso em Ago. 2017.

<sup>29</sup> Disponível em: [http://www.huffpostbrasil.com/2015/05/21/aumenta-em-161-o-consumo-de-medicamentos-controlados-no-brasil\\_a\\_21680870/](http://www.huffpostbrasil.com/2015/05/21/aumenta-em-161-o-consumo-de-medicamentos-controlados-no-brasil_a_21680870/); <http://g1.globo.com/brasil/noticia/2011/06/relatorio-da-onu-aponta-uso-abusivo-de-medicamentos-no-brasil.html>. Acesso em Ago. 2017

<sup>30</sup> Disponível em: <http://emails.estadao.com.br/blogs/joel-renno/riscos-do-uso-abusivo-de-medicamentos-para-deficit-de-atencao/>. Acesso em Ago. 2017

<sup>31</sup> Disponível em: <http://g1.globo.com/bemestar/noticia/quando-a-falta-de-atencao-e-um-transtorno.ghtml>. Acesso em Ago. 2017



Vários são os possíveis exemplos de uma subpolitização do debate público, pautado não, necessariamente, pela escassez e os conflitos distributivos, mas pelo risco associado ao excessivo acesso a tecnologia informações, estímulos e medicamentos. Ao quadro usual da pobreza, da falta, do atraso e da fome dos *países periféricos*; contrapõe-se os riscos da alta industrialização e a produção de riqueza, o acesso e o excesso, a produção abundante de alimentos, e quadros de obesidade e problemas cardíacos. Isto pode ser percebido também na chamada “transição epidemiológica”:

Contrariamente ao que se previa, ou esperava, no decorrer das décadas de 1970 e 1980, o Brasil migrou de um perfil epidemiológico característico de Terceiro Mundo, em que predominavam as doenças identificadas com o atraso e a pobreza como as diarreias, as doenças infectocontagiosas, as parasitárias, a desnutrição infantil, etc. para um perfil de prevalência de doenças típicas dos países desenvolvidos, ou ricos, como a hipertensão, o diabetes, a obesidade, as doenças psíquicas ‘modernas’, violências e acidentes, aids, etc. (Ianni, 2010, p. 474).

O Brasil experimenta um processo de modernização reflexiva decorrente dos avanços da modernidade industrial, do aprimoramento e ampliação da cidadania no processo de redemocratização, de inserção no plano econômico mundial e radicalização da lógica de mercado capitalista neoliberal, em todos os governos democraticamente eleitos desde 1990. Como afirma Beck (2010, 2012), a implosão e autometamorfose promovidas pelo processo de modernização reflexiva decorre do *sucesso* e não do fracasso da sociedade industrial. Fenômenos como (i) a ampliação de cidadania e direitos, desde a CF/1988, seguindo por uma hegemonização neoliberal como projeto do Capitalismo ocidental, (ii) as transformações percebidas na *família brasileira*, (iii) uma crescente redistribuição de renda e inserção dos indivíduos nas redes de consumo e mercado de trabalho (precário, mas formalizado) e (iv) a transição epidemiológica, (v) os fenômenos da medicalização e da judicialização reconfigurados pelas demandas de consumo (de direitos e saúde) – são todos exemplos do *bem-sucedido* caminhar do projeto moderno. Apontam, junto com a subpolitização da questão de distribuição de riscos, para a realidade da modernização reflexiva e do processo de Individualização, no Brasil.

Beck (2012, p. 40) faz a distinção entre diferentes contextos e formas de individualização, referindo-se à “individualização a todo risco” em ambientes de “prosperidade e segurança social”, e a individualização “em especial nos países anteriormente comunistas e no Terceiro Mundo [que] conduzem a uma inquietação de dimensão completamente diferente”. Como explicam Beck e Beck-Gernsheim (2017, p. 21), os

processos de individualização resultam de longos processos históricos e “(...) assim como nas sociedades de industrialização tardia há formas de vida e produção artesanais e agrícolas, também há culturas de classes, casamentos e famílias nucleares intactos em países, regiões e cidades de individualização avançada”. Para caracterizar os contornos do Processo de Individualização não se trata apenas de delimitar descontinuidades, fronteiras entre aspectos da sociedade industrial e aqueles da Contemporaneidade, “importante é a tendência, sua sistemática, que está vinculada à modernização progressiva” (idem), uma tendência geral à impotência das instituições frente aos efeitos colaterais da radicalização da Modernidade. Conforme Beck e Grande (2010, p. 415), mundialmente, a figura do Estado-nação, dos partidos políticos e sindicatos, da democracia tradicional e sistemas de bem-estar, sistemas educacionais e de saúde, família, lugar social de gênero e assim por diante, perdem as funções tradicionalmente exercidas no quadro da sociedade industrial. Contudo, “em hipótese alguma, esta transição se dá de forma uniforme mundo afora, mas antes se fragmenta e se reflete em diferentes contextos, caminhos, molduras etc.” (idem, p. 415) <sup>32</sup>, em diferentes países: “Estudos de caso sobre o processo de modernização reflexiva em sociedades não-europeias (particularmente na China, Japão e Coreia do Sul) mostra que diferentes variações da Segunda Modernidade emergem e que o curso do processo de modernização pode diferir significativamente” (idem, p. 416) <sup>33</sup>.

Podemos identificar ainda, no Brasil, uma *tendência institucional à individualização* dos riscos e ameaças que escapam às instituições similar às descritas por Beck (2007) na Alemanha, à medida em que por exemplo, no Sistema Jurídico nacional – o conjunto de prerrogativas e prescrições jurídicas no âmbito dos direitos civis, políticos, sociais e trabalhistas, que emergem de diferentes fontes de gênese de direitos <sup>34</sup> –, verifica-se uma “tendência histórica em direção à individualização institucional” nas legislações

---

<sup>32</sup> Liv. trad., do original: “This transition by no means takes place uniformly throughout the world, but breaks and reflects itself in different contexts, paths, thresholds, etc.”.

<sup>33</sup> Liv. trad., do original: “The case studies on the processes of reflexive modernization in extra-European societies (in particular on China, Japan and South Korea) show that different varieties of a Second Modernity arise and that the course of modernization processes can differ significantly between individual regions or countries”.

<sup>34</sup> As discussões nas Ciências Jurídicas sobre as chamadas *Fontes do Direito* identificam a gênese de normas jurídicas e direitos subjetivos, a partir de *fontes estatais* - processo legislativo, jurisprudência e regulações normativas do Poder Executivo – e o chamado direito *consuetudinário* ou costumeiro (práticas reiteradas e reconhecidas que acabam por gerar consequências jurídicas e força legal). Sobre as fontes do direito, para uma introdução *vide* Reale (2000) ou Ferraz Jr. (2013), para uma discussão mais sofisticada sobre o assunto.

contemporâneas, para usar a formulação de Beck (2007, p. 682)<sup>35</sup>. Neste sentido, a “individualização significa, pois, que se entra numa dinâmica institucional endereçada ao indivíduo, não ao grupo” (Beck, 2003, p. 69). Por exemplo, avança institucionalmente o reconhecimento jurídico do corpo e da sexualidade (questões ligadas à autoconstrução da identidade individual) como uma questão de escolhas individuais. Desde 2008, a Portaria do Gabinete Ministerial do Ministério Saúde - GM/MS nº 1.707 reconhece e “define as Diretrizes Nacionais para o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde – SUS”, ampliada pela Portaria GM/MS nº 2.803/2013. Nas razões da nova Portaria, remete-se à jurisprudência sobre a implantação, no Sistema Único de Saúde, de cirurgias de readequação sexual (Ação Civil Pública nº 2001.71.00.026279-9/RS). Vasta jurisprudência estadual, bem como no Superior Tribunal de Justiça - STJ, reconhece o direito à retificação de registro civil de pessoas transexuais.

Outro indício desta *tendência à individualização institucional* expressa no Sistema Jurídico brasileiro são os chamados *Projetos de Lei - PL medicalizantes* (Collares, Moysés, 2014). Em pelo menos 06 Estados, estes projetos já foram sancionados pelos respectivos Governadores; em ao menos 09, os PL ainda estão em tramitação. Com redações praticamente idênticas, esses PL e Leis já vigentes tratam (i) da criação de programas de identificação e tratamento de dislexia e TDAH na rede pública e privada de ensino; (ii) condições especiais para o ingresso em universidades e concursos públicos e; (iii) a inclusão de drogas usadas no tratamento do TDAH nas relações de medicamentos municipais dos SUS (idem). Isto esvazia, ainda, a dimensão sócio-política da educação, tratando-a como uma questão individual (e diagnóstica): é “*a metamorfose da causalidade externa em culpa própria, de problemas sistêmicos em fracasso pessoal*” (Beck, 2010, p. 139). A medicalização da infância busca responder também às demandas (dificilmente conciliáveis) do mercado de trabalho e da família que recaem sobre os pais, e a dependência da formação educacional, como pressuposto de entrada no trabalho, que é a chave para segurança existencial (Beck, Beck-Gernsheim, 2012). Intermediados pela ciência, a medicalização se converte em um fenômeno de consumo voltado para indivíduos em busca de soluções para contradições estruturais – ou mesmo para o aprimoramento das experiências ou do desempenho individuais. Este movimento legal em direção à individualização é visível, também, no chamado *Estatuto da Pessoa com Deficiência - PcD*, Lei nº 13.146 de 2015. Nela, o

---

<sup>35</sup> Liv. trad., do original: “an historic trend towards an institutionalized individualization”.

reconhecimento legal de direitos civis, sociais e políticos é traduzido, também, pela abertura à escolha e decisão, como valores fundamentais. Neste sentido, um dos eixos estruturantes e que mais impactos traz às pessoas com transtorno mental (nos termos da lei 10. 216/2001) é o instituto jurídico da *decisão apoiada*.

Beck (2007) também destaca, como indicador empírico do processo de individualização, as “metatransformações da família” e a ampliação da percepção de “normalidade” familiar, isto é, do reconhecimento e inclusão de diferentes arranjos familiares no modelo predominantemente aceito. No Brasil, os censos promovidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (Brasil, 2010) em 2000 e 2010 apontam para mudanças na configuração das famílias: As uniões consensuais (sem casamento civil) subiram de 28,6% (2000) para 36,4% (2010), a proporção de pessoas morando sozinhas foi de 9,2%, em 2000 para 12,1%, em 2010. O número de divórcios praticamente dobrou, indo de 1,7% para 3,1%. Comparando os censos de 2000 e 2010, a proporção de pessoas morando sozinhas passou de 9,2% para 12,1%. São os indicadores demográficos de que falam Beck e Beck-Gernsheim (2002, p. 43): crescimento de pessoas morando sozinhas e a valorização do *desapego (separateness)*, a necessidade de *preservar seu espaço* e *ter tempo para si mesmo* que chegam a mudar a oferta imobiliária nas grandes cidades, como vem acontecendo em São Paulo.

A legislação civil foi alterada, facilitando tanto a conversão da união estável em casamento (artigo 1.726, do Código Civil de 2002), quanto a separação e divórcio extrajudicial-consensuais (Lei n.º 11.441/2007). Houve uma ampliação do reconhecimento jurídico de entidade familiar (artigo 226, da Constituição Federal de 1988), inclusive reconhecendo as uniões estáveis (passíveis de conversão facilitada em casamento segunda a CF/88) entre pessoas do mesmo sexo como entidade familiar, em recente decisão do Supremo Tribunal Federal – STF (2011). Isto aponta para uma desoneração dos indivíduos e dissolução da família nuclear, um dos fundamentos da sociedade industrial. Passam a ser famílias referenciadas aos indivíduos, em que os laços consanguíneos e afetivos que marcam o laço familiar se transformam conforme as famílias se constituem, desfazem e reconfiguram. Este é outro indicador demográfico apontado por Beck e Beck-Gernsheim (2002, p. 43): o aumento no número de divórcios, e os projetos de vida e relacionamentos *pré-maritais*, *não-maritais*, *extramaritais* e *pós-maritais*.

Todas essas transformações são características das *self-culture* (idem, p. 42), ego-cultura ou cultura-do-eu, em que a normatividade social está referenciada no indivíduo e no imperativo de autoconstrução biográfica. Isto envolve o reconhecimento de uma subjetividade autorreferenciada, em que no lugar das referências simbólicas externas, o “sujeito se relaciona com o campo social de um modo que ele ou ela toma a si mesmo como mestre” (Salecl, 2012, p. 25), isto é, o indivíduo se liberta das formas tradicionais-simbólicas que mediavam sua experiência subjetiva, que é percebida como autorreferenciada no próprio indivíduo autocriativo. Esta *self-culture* implica em uma subjetividade e condução de vida pós-tradicionais, o impulso contraditório por uma vida de escolhas e insegurança, de possibilidades e riscos, singular e ao mesmo tempo padronizada (Salecl, 2012; Lipovetsky e Serroy, 2015; Beck e Beck-Gernsheim, 2017), auto-administrada, que gera prazer e ansiedade, liberdade e impasses, possibilidades de ação e sentimento de impotência. Um impulso incontrolável de consumir constantemente, e constantemente sentir falta, até que o consumo se torne consumo de si mesmo. Riscos e sofrimentos de uma sociedade do excesso, onde predominam sintomas como bulimia, anorexia, toxicomania e drogadição, *workaholism* e *burnout*.

Se há uma *dimensão de desencantamento* (Beck, 2010) ligada à dissolução das formas tradicionais-simbólicas e à individualização dos riscos, a Contemporaneidade também é um período de maior liberdade e autonomia sobre o corpo e a sexualidade, ainda que sob o registro do consumo e da mercadoria. Junto com a dupla jornada da mulher, há sem dúvidas um ganho de autonomia e independência feminina, em relação à família nuclear e à figura do marido provedor. É também um período em que novos mecanismos de garantia de direitos são acionados contra a inércia do Sistema Político, e temas importantes – e negligenciados pelas políticas públicas de Saúde Mental, como no caso do suicídio – tomam o debate público de *baixo para cima*, e junto com a prevalência “de doenças típicas dos países desenvolvidos” (Ianni, 2010, pp. 474), há no Brasil uma queda na taxa de mortalidade infantil e aumento da expectativa de vida, segundo dados do IBGE<sup>36</sup>; e em 2014, o país saiu do “Mapa da Fome” mundial da Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação (*FAO hunger map*)<sup>37</sup>. Se por um lado há uma ampliação da medicalização e do reducionismo neuropsiquiátrico dos fenômenos sociais (Bezerra Jr., 2007, 2013), a reflexividade não

---

<sup>36</sup> Disponível em: <http://brasilemsintese.ibge.gov.br/>. Acesso em maio. 2017

<sup>37</sup> Disponível em: <http://www.fao.org/hunger/en/>. Acesso em maio. 2017

significa apenas efeitos não esperados *negativos* do segundo processo de modernização, mas também efeitos colaterais *positivos*. Assim, há o importante surgimento dos movimentos de neurodiversidade (Ortega, 2009, apêndice 01; Ianni, 2010; Bezerra Jr, 2007, 2011) e uma contraditória superação do estigma ligado aos diagnósticos psiquiátricos. Percebemos, portanto, um processo ativo, complexo e dinâmico de metamorfose social, no Brasil, que impacta diretamente as premissas das políticas de saúde mental, em todas as quatro dimensões da Reforma.

### 1.3. A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL

Não é incomum nas publicações em periódicos científicos, assim como na produção de pós-graduação *stricto sensu*, retomar a história da Reforma Psiquiátrica (movimentos e institucionalização das políticas) como se fosse quase uma etapa a ser vencida, no processo de escrita. Esta historiografia *protocolar* tente a reproduzir a síntese cronológica de Amarante (1995) e os marcos institucionais da Reforma. Em que pese Amarante e os marcos serem, de fato, um norte para organizar este capítulo, o objetivo aqui é contextualizar e retomar conceitos e questões necessárias à discussão sobre a constituição, conformação e produção do CSMC e, portanto, dar lastro à problematização de como ele responde (ou não) às novas formas e dinâmicas da sociedade Contemporânea.

De pronto, insta-nos esclarecer que a locução Reforma Psiquiátrica não tem significado unívoco e se modifica historicamente, variando seu conteúdo a depender de quem e quando a empreguem. Apesar da polissemia com que é utilizada, nas diferentes publicações acadêmicas e jurídico-normativas, quando nos referirmos à Reforma Psiquiátrica – ou apenas Reforma – trataremos do conjunto de propostas de transformações nas relações entre loucura, psiquiatria e sociedade, no Brasil, muitas delas incorporadas como política de Estado.

Apesar de não constarem na historiografia de Amarante (1995, 1996, 1997, 2008), nos primeiros anos da ditadura civil-militar, graças a “pouca visibilidade social e política dentro dos hospitais psiquiátricos, estes foram palcos de *várias experiências inovadoras de comunidades terapêuticas*”<sup>38</sup>, nas cidades do Rio de Janeiro, São Paulo, Belo Horizonte e

---

<sup>38</sup> As experiências de comunidades terapêuticas, na Inglaterra, EUA e Itália propunham a democratização e participação dos internados na administração das instituições psiquiátricas, com reuniões e assembleias, pautadas pela horizontalidade entre técnicos, médicos e pacientes. No pós-Segunda Guerra, eram uma relevante estratégia de tratamento dos soldados egressos de combates. A participação destes pacientes, na administração das

Porto Alegre (Vasconcelos, 2016-a, p. 31). Ainda em 1973, experiências pioneiras da Reforma aconteceram no Estado de São Paulo, propondo o cuidado extra-hospitalar (Costa-Rosa, 2013), inspiradas pela psiquiatria comunitária estadunidense e a experiência de Basaglia, na Itália, marcando o primeiro momento de reforma das práticas psiquiátricas no Brasil, voltadas para modelos substitutivos. Os chamados “convênios de 73” eram compostos por dezessete instituições ambulatoriais – como o Centro Médico de Saúde Mental “Parelheiros”, na cidade de São Paulo (Pitta, 2011, apêndice 01; Costa-Rosa, 1987) – que sobreviveram aos períodos mais duros da ditadura civil-militar brasileira, os famigerados *anos de chumbo*.

Amarante (1995) propõe, em sua análise cronológica, uma *periodização de trajetórias* da Reforma, no Brasil, antecedidas pelo período higienista de meados do século XIX às primeiras décadas do século XX. A partir daí, divide a Reforma em três momentos, posteriores aos Convênios de 73: (1) a trajetória alternativa, (2) a sanitarista e (3) de desinstitucionalização. A trajetória *alternativa* englobaria o período posterior aos *anos de chumbo* da Ditadura, com o “afrouxamento da censura” e “reorganização dos partidos políticos, dos sindicatos, das associações e demais movimentos da sociedade civil” (idem, p. 89). Seria o período de nascimento do CEBES, do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental - MTSM, de formulação de pensamento crítico sobre a assistência psiquiátrica, influenciado principalmente pelos “relatos da experiência de Gorizia, da Psiquiatria Democrática (lideradas por Basaglia) e da Rede Alternativa à Psiquiatria, fundada em Bruxelas, em janeiro de 1975” (idem, p. 90). Em sua construção historiográfica, o catalisador político para a Reforma foi a “crise da Dinsam” em 1978 (Divisão Nacional de Saúde, do Mental do Ministério da Saúde, substituída em 1990 pela Coordenação de Saúde Mental), quando três médicos recém-formados denunciaram uma série de violações a DH, e precárias condições dos asilados em manicômios da Divisão Nacional. Em resposta, o Ministério da Saúde - MS demitiu 260 profissionais dos Hospitais Psiquiátricos - HP (Amarante, 1995, 1996, 1997, 2008). O evento repercutiu durante todo o ano na imprensa nacional, e marcou a

---

instituições, atendia também à alta demanda de pacientes e número insuficiente de técnicos. **São absolutamente distintas** do que hoje, no Brasil, chama-se de comunidades terapêuticas: espaços de internação nos moldes das *instituições totais* (Goffman, 2010) mas, usualmente, com população menor do que os HP e voltado para usuários de drogas. Com caráter religioso-cristão, pauta-se pela abstinência, pela rígida hierarquia, punições físicas, trabalhos forçados e outras violações à Lei n.º 10.216/2001. São alvos de constantes denúncias de tortura, maus-tratos e outras violações a direitos humanos.

criação do MTSM, no Rio de Janeiro, no mesmo ano, e depois expandido através dos núcleos do CEBES em São Paulo, Bahia e Minas Gerais.

Ainda em 1978, com ampla convocação realizada pelo MTSM, é realizado o 5º Congresso Brasileiro de Psiquiatria (Camboriú-SC), que ficou conhecido como o *Congresso da Abertura* (Amarante, 1995; Yasui, 2010; Oliveira, Padilha e Oliveira, 2011, apêndice 01). Em outubro do mesmo ano, o 1º Simpósio Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições contou com a participação de alguns dos teóricos internacionais que mais influenciariam o CSMC, notadamente em seus primeiros anos de produção, como Franco Basaglia, Félix Guattari, Robert Castel, Erving Goffman e Thomas Szasz (Amarante, 1995; Oliveira, Padilha e Oliveira, 2011, apêndice 01). Scarcelli (1998) destaca o papel do CEBES no apoio às conferências de Basaglia em universidades, sindicatos e associações. Em janeiro de 1979, dá-se o 1º Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental, no Instituto *Sedes Sapientia* (SP). Neste ano, Basaglia retorna ao Brasil a convite (e a contragosto) da Associação Mineira de Psiquiatria, realizando uma série de conferências e debates em Minas Gerais, Rio de Janeiro e São Paulo, entre os meses de junho e julho. Estas conferências foram registradas no livro “*A psiquiatria alternativa: Contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática*” (Basaglia, 1979).

A trajetória *sanitarista* seria caracterizada pela significativa incorporação ao Estado de membros dos movimentos Sanitário e pela Reforma em cargos decisórios da nova tecnocracia estatal. De acordo com Scarcelli (1998, p. 19), a “partir de 1985, parte significativa dos postos de chefia de programas estaduais e municipais de saúde mental são ocupados por fundadores e ativistas do MTST”. Durante o período de transição pré-Constituição, novos atores se articularam ao movimento nacional pela Reforma e foi realizada a 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental - CNSM. Reinvidicações por um novo arcabouço legislativo, a superação do modelo de cuidado centrado no HP e a criação de serviços extra-hospitalares tomaram a agenda de mobilizações. A 1ª CNSM marcaria “o fim da trajetória sanitaria e o início de uma outra, a trajetória da desinstitucionalização ou da desconstrução/invenção” (Amarante, 1995, p. 93). Ainda segundo Amarante (1997, p. 170), haveria um *racha* com relação à CNSM e os encaminhamentos dados pelo MS:

Rejeitado e revertido o encaminhamento dado pelo MS, o evento pôde prosseguir sob o comando político do MTSM que então introduziu na política nacional alguns de seus temas programáticos, dentre os quais a cidadania dos doentes mentais, a necessidade de revisão da legislação ordinária (tanto no que diz respeito à legislação



civil, quanto ao código penal e à legislação sanitária), e a premissa da reorientação do modelo médico-psiquiátrico de assistência.

Uma dissidência do MTSM, em SP, criou a Plenária de SM e colocou sob suspeita a estratégia de ocupação de espaços institucionais do MTSM. A plenária era composta “basicamente por jovens profissionais, cuja base teórico-prática tinha a hegemonia da experiência desenvolvida por Franco Basaglia, a Plenária questionava as diretrizes e estratégias do MTSM” (idem). Em encontro paralelo à CNSM, a partir de uma convocação da Plenária, o MTSM agendou o II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, para o mesmo ano de 1987, em Bauru. Neste encontro, o MTSM perderia sua natureza de “agremiação de técnicos [...] reconstruindo-se enquanto Movimento Social” (idem). Assim, foi fundado o Movimento da Luta Antimanicomial – MNLA, e tomaram forma as críticas ao MS, à “perda das bases populares do movimento em âmbito federal e [ao] alcance possível de um movimento que dependa exclusivamente das ações provenientes do Executivo” (Costa-Rosa, 2013, p. 19). As críticas seriam direcionadas aos trabalhadores e militantes que adotaram a estratégia de transformação ocupando cargos de gestão no interior do Estado, e os movimentos sanitário e pela Reforma teriam se dividido entre a ação a partir dos cargos assumidos no Governo e a partir da sociedade civil (Fleury, 1994; Costa-Rosa, 2013).

O MNLA integra “um conjunto de novos atores sociais, articulados em torno de demandas reprimidas no campo das políticas e necessidades sociais”, que emerge no período de transição democrática (Fleury, 1994, p. 219), e assume uma crítica voltada à transformação a partir da dimensão assistencial, interferindo no ato de saúde, no contexto da relação entre profissional e usuário. A estratégia passa a ser “desinstitucionalizar/ desconstruir/ construir no cotidiano das instituições uma nova forma de lidar com a loucura e sofrimento psíquico (...) movendo-se em direção às pessoas, às comunidades” (Amarante, 1995, p. 94). Este período coincidiria, para Amarante, com a *trajetória de desinstitucionalização* em que o projeto deixaria de ser a transformação de caráter técnico-científico, mantendo o debate sobre a institucionalização da doença e do doente e a problematização da psiquiatria como instituição social, articulando a dimensão técnico-assistencial às dimensões político-jurídica, teórico-epistemológica e sociocultural (Amarante, 1995, 1997). Ele cita Rotelli como a principal referência neste período, e que teria reescrito o conceito de desinstitucionalização “enquanto o processo prático-crítico que reorienta instituições e serviços, energias e saberes, estratégias e intervenções, em torno não mais da doença mental, mas da existência-sofrimento dos sujeitos em sua relação com o corpo social” (Amarante, 1997, p. 181).

Neste período, ocorreram no Estado de São Paulo importantes experiências assistenciais extra-hospitalares, como o Centro de Atenção Psicossocial - CAPS Luiz Cerqueira, inaugurado oficialmente em 12 de março de 1987 (Yasui, 1989), na cidade de São Paulo; e o Núcleo de Atenção Psicossocial - NAPS, em 1989, na cidade de Santos (Nicácio e Campos, 2004; Amarante, 2008; Costa-Rosa, 2013). É um momento de grande entusiasmo, de novas possibilidades e inovações, de “uma geração que passou o que seriam os melhores anos da juventude, sob o cruel regime autoritário e que teve que conviver com o medo e o silêncio” (Yasui, 1989, p. 50). Como relata Cesarino (1989, p. 7): “Havia muita vontade de mudar, depois de tantos anos de escuridão, e todo mundo participava de tudo o que podia”. Fortemente influenciado por estas experiências, o MS adotará o CAPS, posteriormente, como modelo oficial para a PNSM, e referência para a formação dos profissionais da Reforma (Amarante, 1995, 1997, 2008; Costa-Rosa, 2013).

Para Devera e Costa-Rosa (2007, p. 69) as “diferenças entre os CAPS e os NAPS, que parecem tender a ser elididas nos documentos oficiais do executivo nacional, principalmente nas portarias, merecem um capítulo à parte na análise da Reforma Psiquiátrica Brasileira”. Enquanto o NAPS da experiência santista seria um “dispositivo integral e substitutivo ao Hospital” (idem), o CAPS que se torna modelo padronizador do MS, pensado não como estrutura substitutiva, mas intermediária entre o HP e a comunidade (Amarante, 1995; Amarante e Torre, 2001, apêndice 01; Devera, Costa-Rosa, 2007). O CAPS é proposto – e ainda hoje assim funciona – sem prescindir do HP, não sendo incomum a resistência das equipes em lidar com situações de crise remetendo-as ao HP, que continua integrando a rede. Corroborando esta ideia, é exemplar o posicionamento de Pitta e Dallari (1992, p. 20, apêndice 01), que defendiam uma “retaguarda hospitalar pequena” para quando a “vida em sociedade possa ser considerada contraproducente, quer em momentos de crise (por curta duração) quer em situações de profunda dependência física e/ou mental”. Em 1987, Pitta foi uma das idealizadoras dos CAPS (Amarante, 1995) e era diretora da Divisão de Ambulatórios da Dinsam, responsável pelo projeto do CAPS Luiz Cerqueira (Yasui, 2006). Ademais, entre 1998 e 2000, ela foi Coordenadora Nacional de Saúde Mental do MS (Martins, 2014).

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988 - CF/1988, as Reformas Psiquiátrica e Sanitária ganharam maior legitimidade político-jurídica (Costa-Rosa, 2013). O reconhecimento formal da saúde como direito universal e dever do Estado, a afirmação dos DH fundamentais (civis, políticos, sociais e culturais), e a dignidade da pessoa humana e a

cidadania elevadas aos *status* de fundamentos do Estado Democrático de Direito, estão entre as inovações constitucionais que impulsionam as bandeiras da Reforma. Neste sentido, a Reforma Psiquiátrica se insere e reafirma as teses da Reforma Sanitária, “introduzindo a especificidade da saúde mental no contexto de suas diretrizes e princípios”, como se percebe do relatório final da 1ª CNSM, realizada em 1987 (Costa-Rosa, Luzio e Yasui, 2001, p. 13, apêndice 01). Outra inovação destacada por Costa-Rosa (2013, p. 16) é a descentralização e municipalização de responsabilidades em saúde, que possibilitaram experiências importantes para o avanço da Reforma, como a intervenção nos municípios paulistas de Santos e Rio Claro, “inequivocamente antimanicomiais e psicossociais”, e influenciadas pela psiquiatria democrática italiana. Sobre a experiência em Santos, Amarante (2008, p. 744) afirma:

O forte impacto e a repercussão da experiência santista estão na base das condições de possibilidade do aparecimento, em outubro do mesmo ano de 1989, do projeto de lei (PL 3.657/89) de autoria do Deputado Paulo Delgado, que propunha a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros serviços de saúde mental.

Em 12/09/1989, o então deputado federal Paulo Delgado (PT) apresentou o Projeto de Lei - PL n.º 3.657, que discutia “a cidadania dos doentes mentais, os limites da reforma legal, os novos modelos de cuidado que o projeto de superação do paradigma asilar impõe” (Delgado, 1992, p. 80, apêndice 01). O PL inspirou outros projetos em nível estadual, como no Rio Grande do Sul (Quinto Neto, 1992, apêndice 01) e iniciativas de leis orgânicas municipais contemplando demandas pela Reforma Psiquiátrica, nas constituições municipais de São Paulo, Rio de Janeiro, Brasília, Santos, Santo André e São Bernardo (Padrão, 1992, apêndice 01). No plano federal, “já sob forte influência política e ideológica do Movimento, das experiências santista e paulista” (Amarante, 1997, p. 174), o discurso da Reforma foi assimilado pelo MS e institucionalizado juridicamente pelas portarias ministeriais n.º 189 de 1991 e n.º 224 de 1992 (Pitta, 2011, apêndice 01), e solidificou as bases técnicas, teóricas e políticas do Campo da Saúde Mental, buscando a constituição de uma rede extra-hospitalar de cuidado em Saúde Mental (Costa-Rosa, 2013). Ao tempo da 2ª CNSM, em 1992,

A posição oficial do aparato estatal estava alicerçada pelas diretrizes propostas e pelos conceitos do Movimento da Reforma Psiquiátrica. Utilizando-se da mesma estratégia do Movimento Sanitário, a Reforma Psiquiátrica institucionalizou-se enquanto política pública oficial (...). Na ‘guerra de posições’ no interior da construção de um processo de hegemonia, o Movimento da Reforma Psiquiátrica conquistou território no interior do aparelho estatal (Costa-Rosa, Luzio, Yasui, 2001, p. 23, apêndice 01).

Esta perspectiva [do MS] “exige uma rede articulada de serviços, na qual os Núcleos e Centros de Atenção Psicossocial têm papel central” (Tenório, 2001, p. 119), com

serviços territorializados, longitudinais e preventivos, capazes de lidar também com crises, focados na pessoa e não na doença (Brasil, 2013). No discurso institucional, o cuidado comunitário passa a ser formalmente o novo paradigma para as políticas nacionais de saúde mental. Em 2001, apesar de alterações substanciais no projeto inicial, é promulgada a Lei n.º 10.216, que “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (Brasil, 2001), para o atendimento extra-hospital e comunitário, *preferencialmente* (artigo 2º, inc. IX). Amarante (1995, 1997, 2001, 2003) defende que a Reforma não se trataria apenas de medidas organizacionais do modelo assistencial, mas de um processo social complexo que se desdobrou em diferentes dimensões simultâneas e interdependentes, que seriam um resultado *necessário e absoluto* da dimensão anterior (Amarante, 2008). Ele destaca 04 dimensões de avanços da Reforma:

(i) A dimensão epistemológico-conceitual, consistindo uma tentativa de revisão e desconstrução dos saberes e práticas do paradigma psiquiátrico, buscando mudar o foco da *doença* para o *sujeito em sofrimento*, com a revisão da ideia de cura, correção e normalidade. “O principal conceito se refere ao objeto da ciência psiquiátrica: a alienação mental”, bem como o conceito de cura, correção, normatização como “ideal teleológico, sinônimo ora de perfeição, ora de felicidade” (idem, p. 756);

(ii) A dimensão técnico-assistencial que buscaria a reorganização dos serviços, voltada para o cuidado, o acolhimento, sociabilidade e “produção de subjetividade, de vida” (idem), em oposição ao controle, vigilância e segregação do paradigma psiquiátrico-asilar. De acordo com Amarante (idem):

A dimensão técnico-assistencial, ou seja a dimensão que trata da organização e dos princípios do cuidado é absolutamente redefinida quando surge como consequência ou associada à transformação na dimensão anterior [conceitual]. (...) Se na dimensão epistemológica estes significados forem desmontados conceitualmente, como reflexo na dimensão técnico-assistencial, a organização de serviços se tornará voltada para o cuidado, para o acolhimento, para construção de espaços de escuta, de sociabilidade, de produção de subjetividade, de vida, e não de controle e vigilância, e não de punição e segregação”;

(iii) A dimensão jurídico-política, “calcada nos aspectos legais que tratam do tema loucura” (idem), é ligada ao tratamento legal (civil, penal, administrativo) da loucura e à reafirmação da cidadania como “possibilidade de construir espaços reais de produção de possibilidades de vida, tais como cooperativas de trabalho ou projetos de geração de renda para pessoas com desvantagem social (...) dentre outras estratégias, que viabilizem

efetivamente a participação cidadã de pessoas nas várias possibilidades da vida coletiva” (idem, p. 756-757). Defendem a inserção da pessoa em sofrimento no *mundo* da cidadania e dos direitos, que lhe foi negado pelo *status* da alienação (Amarante, 1996) e da periculosidade e;

(iv) A dimensão sociocultural que resultaria do sucesso das demais dimensões, pois, contribuiria “para que a sociedade possa refletir sobre a questão da loucura e transformar sua relação com a mesma e com as pessoas com ela identificadas” (Amarante, 2008, p. 757).

As propostas da Reforma foram pautadas pela desospitalização e crítica ao modelo asilar, com oferta de um conjunto de serviços territorializados extra-hospitalares, substitutivos ao manicômio, mas que não prescindem dele, necessariamente. A Reforma acompanhou um movimento mundial que propunha transformações nos cuidados ao sofrimento mental, e que levou a experiências concretas em diferentes países (Costa-Rosa, 2013, p. 12). Desviat (2015) identifica duas condições comuns a todas essas experiências: (i) condições sociais favoráveis ao questionamento do modelo asilar, respaldado em entendimentos técnico, político e social favoráveis ao modelo extra-hospitalar e (ii) o reconhecimento da responsabilidade do Estado, quanto ao processo de reforma. Como explicam Pereira e Costa-Rosa, (2012), os movimentos da Reforma foram inspirados em experiências internacionais promovidas, desde os anos 1960, destacadamente:

(i) As experiências de desinstitucionalização e do movimento da psiquiatria democrática italianas, inicialmente pautadas nas ideias de Basaglia, e então reformuladas por Rotelli;

(ii) A psicoterapia institucional francesa que questionava as instituições psiquiátricas, a verticalidade de suas relações e o poder médico;

(iii) As comunidades terapêuticas inglesa e estadunidense, que pregavam a democratização e participação dos asilados nas decisões diárias da instituição, juntamente com os funcionários;

(iv) A psiquiatria de setor francesa, pautada pela intersetorialidade e territorialidade, “experiência é bastante semelhante à Estratégia de Saúde da Família” (idem, p. 1040);

(v) A chamada antipsiquiatria, associada aos movimentos de contracultura dos anos 1960, e;

(vi) A Psiquiatria Comunitária estadunidense, que é um desdobramento da psiquiatria de setor francesa, “contudo, o território para a Psiquiatria passou a ser um objeto definido; intensificou-se a lógica da doença e cura concomitantes à prevenção e erradicação dos males da sociedade, permanecendo um padrão de normalidade” (idem, p. 1040).

Birman e Costa (1994, p. 69) distinguem a Psiquiatria Comunitária como “pretensão sistema teórico”, e “as questões assistenciais que levanta”. Ela não seria propriamente um sistema teórico, apesar de sua tentativa de inovação em torno do conceito de prevenção primária, “sem qualquer suporte em qualquer das teorias psicopatológicas existentes (...). A prevenção primária das enfermidades mentais, contrariamente aos que ocorre em alguns setores da Medicina Clínica, é nada mais do que uma palavra vazia” (idem). Quanto às questões assistenciais, destaca a necessidade de racionalização dos serviços de saúde mental, como ponto mais relevante das propostas de Psiquiatria Preventiva. Para o MS, a identidade seria constituída pelas vivências neste universo múltiplo e dinâmico estabelecido pelo sujeito em relação aos “laços que unem as pessoas no seio da comunidade e da sociedade”, o que o MS denomina de “*coesão social*” (Brasil, 2013, p. 35). Fatores como a desigualdade social e migrações, as “culturas do excesso; o aumento do individualismo e do consumismo; as mudanças nos valores tradicionais; as sociedades em situação de conflito ou pós-conflito; a urbanização rápida; o colapso do respeito à lei” (idem), ameaçariam esta constituição identitária. Nesta perspectiva, o sofrimento mental é definido pelo MS como a experiência, ou vivência, da ameaça de ruptura desta identidade, contemplando desde o sofrimento mental comum (ansiedade, desânimo, tristeza e assim por diante), aos sofrimentos graves e persistentes, como esquizofrenia e psicoses afetivas.

### 1.3.1. Movimentos Sociais, Partido e Governos

Há um elemento comum aos movimentos pela Reforma, que é a crítica ao modelo asilar-manicomial do HP e à Psiquiatria, com sua atuação biopolítica e asilar. A proposta de um cuidado comunitário, nestes movimentos, é caracterizada por um conjunto de críticas ao asilamento psiquiátrico e projetos de transformação da assistência, com propostas nas esferas *político-institucionais, jurídico-legislativas, técnico-assistenciais e artístico-cultural*. Apesar das múltiplas conformações e das transformações pelas quais passaram no decorrer dos anos, referimo-nos de forma genérica aos *movimentos pela Reforma Psiquiátrica*, caracterizados

pela bandeira comum da luta por direitos e inclusão social, acesso aos serviços e proteção social dos usuários e seus familiares, mediada pela disputa de modelos de assistência e gestão.

Com a promulgação da CF/1988, o tema dos direitos civis e sociais dos usuários entra em pauta na produção do Campo, que se volta para a “desconstrução do universo manicomial” (Bezerra Jr., 1994, p. 182), e a afirmação da loucura como diferença e singularidade, em oposição ao estigma da periculosidade e do diagnóstico psiquiátrico. Com a redemocratização, estes movimentos passam a compreender grupos organizados e de pressão, associações e redes não governamentais, com protagonismo dos profissionais que assumem posições de *liderança*, ainda que “o número de usuários e familiares [venha] crescendo efetivamente em seus encontros, tornando-se maioria absoluta dos participantes em seus eventos” (Vasconcelos, 2016-a, p. 94). São compostos também por militantes (profissionais, usuários, familiares, estudantes e militâncias de setores próximos, como os Direitos Humanos e cultura, e assim por diante) que interagem apenas eventualmente com os coletivos.

Os movimentos se caracterizam, simultaneamente, como identitários e reivindicatórios: busca por reconhecimento (da identidade louca e da singularidade da experiência de sofrimento) e redistribuição (pela implementação de políticas públicas e valorização profissional). Correspondendo ao período que Amarante (1995) designa por trajetória de desinstitucionalização, os movimentos passam a se entender como *técnico-emancipatórios*, isto é, pensam tanto o reconhecimento quanto a redistribuição em “uma dimensão mais ampla e complexa” (idem, p. 76), a partir da dimensão assistencial do cotidiano dos serviços. Os médicos e outros profissionais de saúde, usuários e familiares, estarão organizados a partir (e em função) dos serviços de assistência psiquiátrica e da loucura/ doença mental, reivindicada como elemento de formação identitária, como *singularidade* e formas diferentes de existir, ou modo de vida particular. Ecoam aqui agendas internacionais de afirmação de direitos humanos, os movimentos de 1968 (Basaglia, 1979; Amarante, 1997; Bezerra Jr., 2007) e reformas ligadas ao atendimento psiquiátrico e críticos das instituições totais, como Goffman, Castel, Foucault e Basaglia. Sobre este período, Costa-Rosa (2013) sustenta que houve uma cisão, desde o Encontro de Bauru (1987), entre a militância que buscava mudanças no interior do Estado e outra, pela mobilização popular.

Costa-Rosa – alinhado com a análise de Fleury (1994) sobre o Movimento Sanitário – não vê na carta de Bauru uma posição anti-estrutural, mas uma crítica aos rumos

da política de SM, à perda de bases populares e à dependência do Executivo federal. Para ele, trata-se de um chamado à radicalização democrática da luta política e mobilização populares, que tinha “a Reforma Psiquiátrica de cores novas absolutamente radicais” (Costa-Rosa, 2013, p. 19). Por isto, ele associa o Encontro de Bauru e a formação do MNLA à proposição da PL n.º 3.657/1989 (Lei n.º 10.216/2001), como uma estratégia de ação institucional. Filiamo-nos a esta interpretação da Carta de Bauru, contudo é a leitura de Amarante que prevalece e se torna hegemônica na produção do Campo, em consonância ao sentimento *anti-estatal* generalizado da época (Oliveira, 1995; Carvalho, 2016) e ao cenário internacional de transformações estruturais na sociedade.

Para Amarante (1995, 1997), o período da trajetória de desinstitucionalização se refere a uma ruptura ampla, de caráter político e epistemológico, promovido pelo *racha* do MTSM e a constituição do MNLA, que se opunha às estratégias institucionais de transformação meramente assistencial e aos limites do debate sobre serviços hospitalares e extra-hospitalares, em nome da superação radical do modelo psiquiátrico tradicional e da institucionalização da doença mental. Assim, a Carta de Bauru seria uma crítica à perspectiva institucional de “(...) tradição sanitarista [que] tende a induzir a uma compreensão extremamente estrutural das possibilidades de transformação” (Amarante, 1995, p. 94), e a proposição de uma nova tática de atuação no cotidiano dos serviços, de invenção, desinstitucionalização/ desconstrução e construção, centradas no ato de saúde e no cotidiano dos serviços. Há aqui um alinhamento com as ideias de Rotelli de desconstrução/ desinstitucionalização e ação cultural, para a *invenção no cotidiano* de novas formas de lidar com a loucura, buscando aproximar-se da comunidade e dos movimentos populares (Rotelli, 1994, 2000, 2001; Rotelli, De Leonardis, Mauri, 2000; De Leonardis, Mauri, Rotelli, 2000).

Se, no plano epistemológico, a crítica desloca-se de uma perspectiva institucional para o cotidiano dos serviços, a mudança não é apenas qualitativa, mas de *perspectiva*, mantendo a centralidade da questão assistencial em uma escala *micropolítica* – como teremos oportunidade de demonstrar à frente. Quanto à ação política, os movimentos pela Reforma não deixam de disputar os rumos da PNSM, tampouco de compor a base política dos Coordenadores e ocupar cargos. A *militância popular* junto à sociedade civil não se dissociou da *militância institucional* em espaços de planejamento, e gestão ou influência sobre políticas públicas, mas, pelo contrário, estabeleceu com esta uma íntima relação de interdependência. É partindo deste entendimento, que buscamos identificar como se constituíram os dois



principais movimentos nacionais da Reforma Psiquiátrica, ao redor dos quais se articulam (em menor ou maior grau) os movimentos regionais e locais, sua forma de atuação política, construção de pautas de mobilização, e sua articulação com partidos e governos. Delimitar este percurso é fundamental para a discussão sobre como se desenvolverá o CSMC, pois os movimentos pela Reforma e as práticas, saberes e políticas de SM são mutuamente construídos, notadamente a partir da *perspectiva micropolítica* e de uma interpretação e produção acadêmica que pressupõe uma falsa cisão entre a dimensão macropolítica, do Estado e das políticas públicas de um lado e, de outro, do ato cotidiano de saúde.

Neste sentido, a autoria da produção científica no Campo, objeto de análise nesta Tese, é feita por profissionais, gestores e acadêmicos, que compõe e assumem papel de liderança nos movimentos sociais. Esta produção, que discute majoritariamente modelos de gestão e práticas assistenciais, fundamentam teoricamente as políticas públicas do setor e são *consumidas* pelos profissionais, convocados a *reinventar* suas práticas. Por demanda destes mesmos profissionais, ansiosos por espaços de reflexão – ou simplesmente, descompressão –, estas lideranças frequentemente conduzem supervisões clínico-institucionais<sup>39</sup> e lotam congressos e palestras organizadas pelos movimentos. Elas são referência importante para os profissionais, à medida que avança o processo de individualização dos riscos, e a indústria de conselhos e autoajuda responde às inquietações dos imperativos de escolha e autorresponsabilização individual.

O valor referencial destas figuras *carismáticas*, no sentido weberiano (Weber, 1999), aumenta quanto mais se aprofunda a dissolução dos referências simbólicos de ação política e das instituições moderno-industriais. Este prestígio com os profissionais é fator chave para a ocupação de cargos institucionais de gestão. Desde a refundação da Dinsam como Coordenação Nacional de SM, em 1990, até antes da nomeação do psiquiatra Valencius Wurch pela ex-Presidenta Dilma Rousseff, em 2015, o cargo sempre foi ocupado por lideranças ligadas à militância que lhe dava base política (Vasconcelos, 2012, 2016-a; Martins, 2014). É por estas razões que retomar a história da Reforma e dos movimentos sociais, e sua relação com partidos e governos, é essencial para discutir o CSMC.

---

<sup>39</sup> O apoio ou supervisão clínico-institucional insere em um conjunto de estratégias de formação continuada e capacitação técnica dos profissionais, em serviços de SM. É um recurso metodológico e gerencial, que busca colocar em questão a atuação dos profissionais, enfrentando dificuldades e impasses, auxiliando com casos clínicos complexos, ou mediando conflitos da equipe (Campos, 2000; Brasil, 2008, 2015; Campos et al, 2014).

### 1.3.2. Os Movimentos pela Reforma e o PT

Durante a transição democrática, consolida-se entre os movimentos sociais o consenso em torno da necessidade de reforçar a luta no interior das instituições políticas como partidos, o parlamento e as novas gestões municipais, que orientam a retomada democrática em direção à promulgação da Constituição Federal, de outubro de 1988 (Vianna, 2011). Na sucessão presidencial de 1989, os partidos de esquerda e centro democrático perdem para um projeto com inegáveis marcas neoliberais. O campo de esquerda, sob crescente hegemonia petista, encampa uma “política de assédio permanente às instituições, a ser conduzida pelos movimentos sociais (...) obtendo o PT uma série de êxitos nas eleições para o governo de importantes municípios, inclusive de capitais de estados, além de expressivas bancadas parlamentares” (Vianna, 2006, p. 8). Scarcelli (1998, p. 18) relata a organização, em 1981, do Grupo de Saúde Mental do (recém fundado) Partido dos Trabalhadores - PT. Nos Encontros de Trabalhadores em SM do PT, buscava-se “uma resposta partidária” às necessidades em SM, com críticas à condução das políticas do setor conduzidas pelo Partido do Movimento Democrático Brasileiro - PMDB. Documento produzido pelo Grupo indicava a necessidade de “ligação estreita com os movimentos sociais (...) por atuação direta ou através das organizações de base do Partido” (idem, p. 19).

Nosso processo de democratização se dá *pele alto* (Vianna, 2006, 2011) e, quanto aos movimentos da saúde, é mediado pela entrada de técnicos em “espaços públicos de poder e de tomada de decisão como forma de introduzir mudanças no sistema de saúde, em um momento em que, com o fim da ditadura, renovam-se as lideranças da tecnoburocracia” (Amarante, 1995, p. 91). Apesar de assumirem estes cargos com um projeto democratizante e popular, a militância junto à gestão assumiu um posicionamento alinhado às elites e nitidamente conservador (Fleury, 1994). Não fugiram à tradicional formação social brasileira, em que a democracia “foi sempre um lamentável mal-entendido” (Holanda, 1995, p. 160) e o exercício real de poder político é *direito de nascença* dos setores esclarecidos (Fernandes, 2008), aqui representados pela Medicina. Forma-se, então, um Estado sob monopólio do saber médico e um setor saúde conformado por uma tecnocracia clínica.

A chega do PT ao poder e de um projeto popular-sanitário ligado aos militantes mais orgânicos do Partido, a democracia sucumbe a certa dimensão de *virtualidade*, que ressoa com o populismo neoguetulista do lulismo. Uma democracia que perde seu conteúdo de

*povo*, adaptando curiosamente a premissa de Florestan Fernandes (2008)<sup>40</sup>: as inspirações são imprescindivelmente populares, mas prescindem de participação popular nos espaços decisórios de real exercício político – para além da delegação por voto ou adesão às bases populares dos movimentos. Acreditava-se ser suficiente *democratizar para dentro*, entre os militantes *ilustrados* ocupando cargos da tecnocracia estatal – que é ampliada e reconfirmada pela “consciência crítica dos técnicos de ‘esquerda’” (Ianni, 1989, p. 175), cuja presença é ampliada, posteriormente, no Governo do Partido dos Trabalhadores, já sob novas condições históricas –, a gestão dos processos de trabalho na coordenação de CAPS e outros serviços. Já estava de bom tamanho manter as *inspirações populares* junto às gestões amigas, e a democratização para dentro mantinha a divisão entre os que pensam o Campo e a assistência, de um lado, e os que atuam de outro. Democratiza-se o poder político decisório *por cima* entre a elite médica-*psi* e os mandatários eleitos e gestores, enquanto *democratiza-se* o ônus do desempenho, da eficácia e eficiência, e da corresponsabilidade pela reabilitação entre *os de baixo*: outros profissionais de nível superior ou técnico, familiares e a comunidade.

A aproximação com gestões municipais do PT levou a algumas das experiências mais importantes de Reforma, como a intervenção em 1989 na Casa de Saúde Anchieta e a implementação dos NAPS, nas Administrações municipais de Telma de Souza (1989-1992) e depois de David Capistrano (1993-1996), em Santos-SP; e os Centros de Convivência e Cooperativas – Ceccos durante a gestão Luiza Erundina (PT-SP), que também teve uma gestão municipal alinhada às propostas técnico-assistenciais da Reforma, implementando-a (Scarcelli, 1998; Fefferman, 1999, apêndice 01; Mateus, 2013). É também durante o governo paulistano de Luiza Erundina que são *tiradas do papel* e colocadas em prática experiências de gestão e assistência – que se tornariam referência para o CSMC –, quando a partir de agosto de 1988, o CAPS Luiz Cerqueira “depois de várias mudanças na equipe, modificou-se a estrutura inicial de assistência e ampliou-se o horário de atendimento” e a “entrada em cena do usuário deu início efetivo ao que antes era apenas um conjunto de ideias, desejo de construir uma nova prática, um programa de atividades, um projeto no papel” (Yasui, 1989, p. 52). Ainda em 1989, o então deputado federal Paulo Delgado (PT) apresentou o projeto de lei – PL n.º 3.657, que seria aprovado com uma série de mudanças, como a Lei n.º 10.216/2001. O PL n.º 3.657/1989 deu força renovada aos movimentos pela Reforma e inspirou diversas

---

<sup>40</sup> De acordo com Florestan, “Os nossos principais ensaístas políticos têm demonstrado, fartamente, que os grandes movimentos da vida política nacional se fizeram sem apoio na opinião pública e sem inspirações populares profundas ou duráveis” (Fernandes, 2008, p. 98).

iniciativas legislativas municipais e estaduais pelo país (Quinto Neto, 1991, apêndice 01; Padrão, 1992, apêndice 01; Sant'Anna, 1993, apêndice 01; Costa-Rosa, Luzio, Yasui, 2001, apêndice 01). Bezerra Jr. (1994, p. 183) destaca a importância dos governos locais para sustentação destas experiências: “A trajetória santista seria inviável sem a presença, no poder municipal, de um governo de esquerda (a prefeitura atualmente [1994] está no segundo governo administrado pelo PT)”.

No Congresso de Bauru (1987), após cisão do MTST (Amarante, 1995, 1997; Costa-Rosa, 2013), é fundado o MNLA e, em 1993, em Salvador/BA, é realizado seu primeiro encontro. Nele, o Movimento retomou o lema de 1987, “por uma sociedade sem manicômios”, e declarou uma posição oficial de independência do aparelho estatal e atuação não-partidária, produzindo uma leitura sobre a situação das pessoas com sofrimento psíquico, na defesa de novas práticas assistenciais não-asilares (Barbosa, Costa e Moreno, 2012). O discurso de fundação do MNLA coincide com a retórica anti-estatal, da oposição petista ao governo, que avoca a sociedade civil como *medium* de transformação social (Vianna, 2006). É também fortemente influenciado pela experiência italiana e os escritos de Rotelli, que começam a ser discutidos no final da década de 1980 (Nicácio, 1989), por técnicos que estagiaram em Trieste (Amarante, 1997). A primeira menção na literatura específica é de Amarante (1990)<sup>41</sup>.

Animada pelas experiências municipais do final da década de 1980, e apoiando a condução da PNSM por militantes ligados ao movimento social, a militância se debruça sobre a dimensão assistencial e um *empreendedorismo* militante, que interferisse sobre o ato médico como força motriz para transformações do setor (Amarante, 1995). Ela atua nas gestões municipais e serviços ativos, pressionando pela aprovação do PL n.º 3.657/1989 apresentado pelo PT na Câmara de Deputados, e de leis municipais e estaduais (Quinto Neto, 1992, apêndice 01; Delgado, 1992, apêndice 01; Medeiros e Guimarães, 2002, apêndice 01; Hirdes, 2009, apêndice 01), que institucionalizem a transformação técnico-assistencial. A atuação política se dá nestas balizas, com o PT à vanguarda do movimento nacional, pela atuação parlamentar.

---

<sup>41</sup> Entre as lideranças que participaram de estágio formativo ou voluntariado estão Roberto Tykanori, Fernanda Nicácio, Paulo Amarante, Denise Barros, Rossana Seabra, Paulo Delgado e Pedro Delgado (Balieiro et al, 2015).

Novos encontros do MNLA foram realizados em 1995, 1997 e 1999, tendo como “linha de costura” a exclusão e como superá-la. O 5º Encontro ocorreu no município de Miguel Pereira/ RJ, entre 17 e 21/10/2001, seis meses após a promulgação da Lei n. 10.216. O encontro tinha um caráter de avaliação sobre o movimento e reflexão sobre perspectivas futuras de mobilização. De acordo com o relatório final do 5º Encontro (MNLA, 2004), a plenária nacional identificou uma crise interna ao movimento, que se iniciara em encontros anteriores, notadamente, no 4º Encontro Nacional de Usuários e Familiares, em 2000. No Encontro Nacional em Miguel Pereira, em 2001, as discordâncias internas se acirraram com “profunda *crise organizativa e política* interna” (Vasconcelos, 2016-a, p. 94) e, em 2002, na Plenária Nacional do MNLA, em São Paulo, os dissidentes entenderam que a divergência era inconciliável e se deu a cisão definitiva, com o surgimento da Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial - RENILA, que se constitui oficialmente em dezembro de 2003, em Brasília (RENILA, 2004). A divisão se deu com polarizações regionais bem definidas, “geralmente inexistindo a corrente oposta em cada um dos estados, com algumas poucas exceções” (Vasconcelos, 2016-a, p. 94). Os movimentos se organizavam em “feudos políticos” regionais, resgatando a expressão de Leal (2012, p. 45). Enquanto SP e MG, por exemplo, contam com coletivos alinhados à RENILA (como a Frente Estadual Antimanicomial de São Paulo - FEASP e o Fórum Mineiro de Saúde Mental), no “Rio de Janeiro e Santa Catarina, a maioria absoluta dos ativistas, grupos e coletivos estão polarizados pelo MNLA”, segundo Vasconcelos.

As experiências da Reforma se consolidaram, institucionalmente, como política oficial do Ministério e, apesar de uma unidade quanto ao ideário da Reforma, RENILA e MNLA passam a disputar os rumos da PNSM junto à Coordenação Nacional, com conflitos entre suas lideranças e, eventualmente, disputas no interior dos próprios movimentos. Segundo Martins (2014, p. 53), as gestões do Governo Federal são inegavelmente influenciadas pela filiação a determinado movimento: “Atualmente [2014], a gestão da ATSMAD/MS <sup>[42]</sup> é coordenada por um grupo de São Paulo que possui uma relação estreita com lideranças do Fórum Mineiro de Saúde Mental, vinculado à RENILA, que fazia oposição à gestão anterior”, de Pedro Gabriel Delgado (agosto/2000-dezembro/2010), liderança do MNLA (Vasconcelos, 2012, 2016-a).

---

<sup>42</sup> Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde.

Como destaca Vasconcelos (2010), RENILA e MNLA têm diferentes análises de conjuntura política e de estratégias de ação, diferentes formas de avaliar e de se relacionar com o Governo e a sociedade civil. Enquanto o MNLA direcionava sua prática política para uma organização de base, ligada a intelectuais e professores universitários, e associações de usuários e familiares; a RENILA atuava politicamente em estreita relação com o Conselho Federal de Psicologia - CFP e conselhos regionais, e do aparato estatal (Diaz, 2008, Martins, 2014). Em 2013, quando o grupo “Fortalecer a profissão” assume a gestão federal do Sistema Conselhos de Psicologia, a articulação entre RENILA e CFP se rompe, mas é mantida nos conselhos regionais sob gestão do grupo “Cuidar da profissão”, alinhado ao movimento. A relação com os Conselhos é fundamental para a sustentação financeira, organizacional e comunicacional disponibilizadas, sobretudo, ao RENILA. Mas, para Vasconcelos (2016-a, p. 99), esta articulação institucional levaria ao “distanciamento e deslocamento dessas lideranças das bases e da dinâmica mais real do movimento mais amplo no país”.

É amiúde destacada a atuação mais política da RENILA e suas críticas ao Governo Federal, destacando a marcha dos usuários à Brasília, em 2009, que foi fundamental para a convocação da 4ª CNSM (Luchmann e Rodrigues, 2007, apêndice 01; Diaz, 2008; Macedo, 2011; Vasconcelos, 2012 e 2106-a; Barbosa, Costa e Moreno, 2012; Marazina, 2012). Esta atuação mais aguerrida da RENILA coincide com o período em que o MNLA está mais próximo da CGMAD/MS. A ligação maior da RENILA com o Governo Federal se dá a partir de 2010, quando o grupo de São Paulo, ligado à Rede Internúcleos, assume a Coordenação Nacional (Martins, 2014). Em 2011, este grupo funda a FEASP, que pretendia aglutinar movimentos da luta antimanicomial do Estado de SP.

Vários autores interpretam a relação entre o PT e os movimentos sociais como um processo de *cooptação dos movimentos sociais identificados como de esquerda*, durante as Presidências do PT (Oliveira, 2010; Coutinho, 2010; Vianna, 2011; Martins, 2016, Vasconcelos, 2016). Esta interpretação pode ser correta, mas especificamente quanto aos movimentos pela Reforma não nos parece a melhor explicação, quando consideramos os seus laços históricos com o partido. O silenciamento e perda de autonomia dos movimentos não são resultado do fracasso do movimento cooptado pelo PT, mas consequência do bem-sucedido projeto de ampliação da influência da ação política do movimento, associada ao deslocamento epistemológico em direção à perspectiva micropolítica e consequente despolitização do pensamento em SM.

Com a aproximação do PT no início da década de 1980, muitos trabalhadores de saúde mental do Estado de São Paulo, descontentes com as políticas estaduais para o setor, organizaram-se nas estruturas do Partido. Eleito em vários municípios paulistas a partir de 1989, o PT implementou políticas alinhadas com as demandas dos movimentos e articuladas por estes trabalhadores. A militância via suas bandeiras serem implementadas na prática, enquanto lideranças – inclusive alguns dos técnicos que estagiaram em Trieste – assumiam a direção e gestão das políticas municipais. No plano federal, o sentimento anti-estatal se mantém e se reforça, conforme governos neoliberais assumidamente de direita *enxugam* o Estado e reduzem os encargos sociais públicos, ameaçando o SUS. Contudo, as relações entre o Governo Federal, os movimentos e o partido têm contextos históricos e políticos distintos, antes e depois da eleição do ex-presidente Luiz Inácio ‘Lula’ da Silva, em 2002.

Nas primeiras eleições diretas (1982-1985) e no período de transição posterior – a que se referem as críticas de Amarante (1995, 1997) e os posicionamentos iniciais do MNLA –, tratava-se de *disputar* os espaços político-decisórios de um aparelho estatal desalinhado aos movimentos pelas Reformas Sanitária e Psiquiátrica, denunciado por sabotar os projetos construídos com a sociedade civil (Paim, 2008). Os governos que antecederam o ex-Presidente Lula foram marcados pelo distanciamento dos movimentos sociais, e por sua ausência dos espaços institucionais da política: “Pode-se mesmo falar da existência de uma sociedade civil submersa, fracamente articulada, ou simplesmente inarticulada, com a sociedade política institucionalizada” (Vianna, 2006, p. 41). Um Estado marcado pelo clientelismo, fisiologismo e patrimonialismo, enquanto “as forças e partidos políticos identificados com o *projeto* da Reforma Sanitária perderam o segundo turno da eleição presidencial de 1989”, afirma Paim (2008, p. 180), demonstrando a identificação entre o PT e os movimentos sanitários, que remonta às lutas de resistência à ditadura, a partir de meados dos anos 1970.

Não havia, então, a mesma identificação com o Governo Federal e o respectivo partido político no poder, como se dará – ainda que com ressalvas de alguns grupos – a partir de 2003. A eleição de Lula era vista como cenário propício para a retomada dos ideais das Reformas, e contava com militantes históricos como Sérgio Arouca, Sarah Escorel e Eduardo Jorge Martins (Paim, 2008). Em editorial, o CEBES (2003, p. 3) declarou: “A esquerda está no poder”. A eleição de Lula representava a esperança da esquerda brasileira em um governo de transformação, que superasse a história patrimonialista nacional, sobre bases populares e

sindicais (Vianna, 2006). Apesar de ressalvas quanto à proposta de reforma da Previdência Social, a Diretoria Nacional do CEBES tecia elogios aos esforços do então Ministro da Saúde Humberto Costa (PT). Afinal (e enfim),

Era a vitória de um líder operário e sindical, fundador do Partido dos Trabalhadores (PT), e que, apesar das amplas coligações eleitorais realizadas, apresentava um programa de caráter anti-neoliberal (...) reforçando um quadro de avanços das mobilizações populares que eram retomadas em várias regiões do continente (Druck, 2006, p. 330).

No período em que Lula esteve na Presidência (2003-2010), manteve-se como titular da CGMAD/MS o psiquiatra Pedro Gabriel Delgado (2000-2010), uma das principais lideranças do MNLA (Pitta, 2011, Vasconcelos, 2012, 2016-a) e irmão do deputado estadual Paulo Delgado (PT), autor do PL n.º 3.657/1989. Após a eleição de Dilma Rousseff, de 2011 a 2015, o também médico Roberto Tykanori Kinoshita – conhecido apenas por Tykanori –, ligado à RENILA (Martins, 2014), assumiu a coordenação da CGMAD/MS. Tykanori participou, em Santos/SP, da primeira gestão municipal do PT (1989-1992), e foi assistente técnico de direção, junto ao gabinete do Secretário Municipal de Saúde até 1996, final do mandato da segunda gestão do PT, com David Capistrano. Foi ainda Coordenador de Saúde Mental da cidade de São Paulo, entre abril de 2003 e dezembro de 2004<sup>43</sup>, durante a gestão municipal petista, da ex-prefeita Martha Suplicy (2001-2004).

A vice coordenadora de Tykanori na CGMAD/MS, a terapeuta ocupacional e professora da Universidade de São Paulo - USP, Fernanda Nicácio – uma das primeiras divulgadoras das ideias de Rotelli, no Brasil – participou da Reforma em Santos, no mesmo período que ele. Assim, por 13 dos 17 anos, desde a publicação da Lei n.º 10.216/2001, a PNSM foi gerida e construída por governos petistas e militantes da Reforma ligados ao partido. Martins (2014) sustenta que a opção por gestores da PNSM estritamente técnicos (não vinculados a determinados movimentos nacionais pela Reforma) não tem sido comum, no último vintênio – **o que não significa dizer que não tivessem, também, capacitação técnica**. A isto acrescentamos a vinculação histórica destes gestores ao PT em gestões municipais e na organização dos movimentos, que só foi realmente estremecida (mas não tanto assim) quando a ex-Presidente Dilma nomeou Valencius Wurch em 2015, para a Coordenadoria Nacional.

---

<sup>43</sup> Informações extraídas do *Curriculum Lattes*, junto ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq. Disponível em: <http://lattes.cnpq.br/6843487372064578>. Acesso em 02. Dez. 2016.



Não nos interessa aqui avaliar a pertinência técnica das indicações, mas apenas indicar a organicidade entre o movimento e o partido, e como o prestígio de lideranças se vincula ao intercâmbio entre a *militância popular* e a *militância institucional* nos governos petistas. Isto pode evocar lembranças de um “funcionalismo patrimonial” que predominou, historicamente no Brasil, nos espaços de gestão política (Holanda, 1995, p. 146), contudo trata-se *menos* de uma estreita relação de confiança pessoal, do que da ocupação estratégica da máquina administrativa por lideranças sociais com base nos movimentos, e em nome de um projeto de transformação específico e *progressista*: a desinstitucionalização da doença/loucura e do louco/doente mental. Uma ação, portanto, que guarda semelhanças, contudo é distinta pois não busca atender a interesses propriamente particulares – senão colateralmente –, mas a um projeto de poder do partido, aliado a estratégias de parcela influente dos movimentos em nome da Reforma Psiquiátrica. Assim, a aproximação com o PT e a institucionalização da ação política dos movimentos não se trata de cooptação, mas do resultado de um projeto e de uma tática adotados. As consequências associadas ao fenômeno do cooptação (Oliveira, 2010, Coutinho, 2010, Vianna, 2011, Martins, 2016, Vasconcelos, 2016) são resultados colaterais das opções estratégicas dos movimentos e do processo histórico-reflexivo de formação do Campo.

É o entrelaçamento entre Governo, partido e movimentos que – pelo sucesso na experimentação, ampliação e institucionalização de políticas sociais – contribui para despolitização das bandeiras da Reforma, convertidas em questões administrativas e de gestão assistencial, contribuindo para uma *atuação dentro das regras do jogo*, na qual não estão em disputa transformações estruturais da sociedade (Beck, 2012). Apesar de Amarante (2015, p. 13) afirmar que “lutaram por uma sociedade melhor, mais justa, socialista”, não se trata de uma transformação real das relações de poder ou das relações entre sociedade e loucura/sofrimento psíquico, mas da disputa por influência sobre as políticas do setor e pela implementação ou ampliação da rede de serviços substitutivos. Não se busca, como em Basaglia (1979), a superação da estrutura social de onde emerge a exclusão, mas da reinserção pragmática dos excluídos, pela adaptação aos circuitos de consumo. É neste sentido a formulação de Rotelli: “nós gostávamos de imaginar que era melhor que essas pessoas se divertissem do que trabalhassem; em outras palavras, readquirir a capacidade de se relacionar com os outros pudesse passar muito mais através do papel de consumidor do que do papel de produtor” (Rotelli, 1994, p. 157). E Segue Rotelli (idem): “todas as festas, todos os passeios e

todo esse tipo de coisas tornavam-se um trabalho de ressocialização, e que essa socialização fosse mediada através da possibilidade de consumir em fases sucessivas”.

Mesmo nas propostas de transformação sociocultural, não há disputa por modelos-projetos societários ou mudanças nas relações de poder, desde que se garanta a “frágil ética da tolerância, que nos conduz a acolher, suportar e tolerar a diferença” (Ribeiro, 2008, p. 84, apêndice 01). É a *utopia possível* da desinstitucionalização rotelliana, assimilada no Brasil (Pitta e Dallari, 1992, apêndice 01; Amarante, 1995; Amarante e Torre, 2001, apêndice 01; Luzio e L’Abbate, 2009, apêndice 01; Costa et al, 2011, apêndice 01; Pitta, 2011, apêndice 01). Os movimentos não apenas operam dentro do sistema de regras do Estado-nação (sem alterá-las), como não disputam a organização *política do poder (politic)*, mas apenas a política pública (*policy*), “a substância dos programas políticos para determinar as circunstâncias sociais” (Beck, 2012, p. 47).

Segundo Feghali (*apud* Faleiros, 2006, p. 246), a militância associada a partidos da base do Governo “interfere nas lideranças políticas dentro do movimento social que tem que ter responsabilidade política, é claro, mas tem que ter a sua autonomia; essa é a confusão que ainda está existindo”. Seguindo uma dinâmica recorrente na história da cidadania social, no Brasil, houve uma excessiva valorização das relações com o Executivo, e uma atuação “orientada para a negociação direta com o governo, sem passar pela mediação da representação” (Carvalho, 2016, p. 221) ou da sociedade civil organizada. A “inversão da sequência dos direitos” (*idem*, p. 226), proposta na análise histórica de Marshall (1967), foi um dos fatores que contribuiu para que a Administração Pública se tornasse *locus* privilegiado de produção de direitos sociais e de disputa de interesses setoriais, reforçando sua supremacia, às custas da cidadania política dos movimentos populares.

Assim, apesar da mobilização da sociedade civil <sup>44</sup>, a quarta e última CNSM foi em 2010. A terceira foi em dezembro de 2001 ainda no governo do Partido da Social Democracia Brasileira - PSDB. Os desdobramentos jurídico-normativos das políticas do setor, a partir de 2003, deram-se sistematicamente por portarias ministeriais e decretos<sup>45</sup>, com

---

<sup>44</sup> A Associação Brasileira de Saúde Mental - ABRASME, ligada ao Movimento Nacional da Luta Antimanicomial – MNLA, lançou em 2014 uma campanha pelo chamamento da V Conferência. Disponível em [http://www.abrasme.org.br/informativo/view?ID\\_INFORMATIVO=129](http://www.abrasme.org.br/informativo/view?ID_INFORMATIVO=129). Acesso em 28 Nov. 2016.

<sup>45</sup> Para mais informações, *vide* página eletrônica do Departamento de Atenção Especializada e Temática – DAET, do Ministério da Saúde, seção “Legislação”. Disponível em <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o->

destaque para a Portaria 3.088 de 2011, que instituiu a RAPS. Exceção pode ser mencionada ao PL n.º 1.152 de 2003, proposto pelo Poder Executivo, em 29/05/2003, e que após brevíssima tramitação no Congresso Nacional, foi promulgado como a Lei n.º 10.708, em 31/07/2003, instituindo o “auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações”<sup>46</sup>.

A questão das comunidades terapêuticas cristãs e da política oficial de *combate* ao crack do Governo Dilma mereceria um capítulo à parte nesta Tese. Em 2011, por meio da Portaria n.º 3.088, as chamadas comunidades terapêuticas - CT passaram a integrar a RAPS e foram, *a posteriori*, regulamentadas pelo Conselho Nacional de Políticas de Drogas - CONAD, em 2015, sob protesto dos movimentos sociais. As CTs têm um funcionamento similar aos manicômios, com forma de instituição total (Goffman, 2010) de caráter religioso, voltadas para a internação de usuários de álcool e outras drogas, com inúmeras e consistentes denúncias de tortura e outras violações a Direitos Humanos (Conselho Federal de Psicologia, 2001, Defensoria Pública do Estado de São Paulo, 2014, Conselho Federal de Serviço Social, 2014). A Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas – SENAD<sup>47</sup> mantinha, em 2013, contratos com 252 CTs, como parte do programa “Crack, é possível vencer” do Governo Federal<sup>48</sup>. Segundo informações do CRP-SP, em 2015, o orçamento aprovado pela SENAD foi de R\$ 330 milhões, aumento de 115% em relação a 2014. “Para as ações desenvolvidas pelo Ministério da Saúde está previsto investimento de aproximadamente R\$ 63 milhões, uma diferença de 279% em relação à previsão orçamentária vinculada ao Fundo Nacional Antidrogas”<sup>49</sup>.

Estas *conciliações improváveis* são também indicações da dissolução dos espaços e atores tradicionais da política tradicional, e que no Brasil se expressa nos modos de regulação de conflitos que emergem nos governos petistas. Estão inseridas na mesma

---

[ministerio/principal/secretarias/802-sas-raiz/daet-raiz/saude-mental/11-saude-mental/12319-legislacao-saude-mental](http://www.ministerio.principal/secretarias/802-sas-raiz/daet-raiz/saude-mental/11-saude-mental/12319-legislacao-saude-mental). Acesso em 25 nov. 2016.

<sup>46</sup> Para mais informações sobre a tramitação do projeto, *vide* página eletrônica da Câmara dos Deputados, Seção “Projetos de Lei e Outras Proposições”. Disponível em <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=117944>. Acesso em 15 nov. 2016.

<sup>47</sup> Subordinada à época ao então Ministro da Justiça José Eduardo Cardoso, que integrava o círculo íntimo da Presidência. Cardoso foi Ministro da Justiça desde o primeiro ano do governo Dilma (2011) até assumir a Advocacia Geral da União (2016) e depois a defesa da Presidenta durante o processo de impeachment. De 2008 a 2010, foi secretário-geral da direção nacional do PT.

<sup>48</sup> Disponível em <http://www.justica.gov.br/noticias/comunidades-terapeuticas-atendem-5-500-usuarios-de-drogas-no-brasil>. Acesso em 08. Dez. 2016.

<sup>49</sup> Disponível em [http://www.crsp.org.br/portal/midia/fiquedeolho\\_ver.aspx?id=888](http://www.crsp.org.br/portal/midia/fiquedeolho_ver.aspx?id=888). Acesso em 08. Dez. 2016.

dinâmica de transformação reflexiva ligada à emergência da tecnocratização e consequente *despolitização* da produção científica, das práticas e do movimento social – despolitização no sentido de que não há disputa política, mas apenas disputa pelo controle e execução das políticas públicas e modelos de gestão. O político na Reforma é dissolvido não pelo seu fracasso, mas como resultado reflexivo do sucesso de projeto de participação democrática dos movimentos e de institucionalização de suas bandeiras como política pública. O CSMC parece ter optado pela ação essencialmente tecnocrática, seja no âmbito das macropolíticas assistenciais e de financiamento – que guardam uma relação estreita e determinante com o ato cotidiano de saúde –, seja quando defendem que pela gestão técnica do ato de saúde é possível promover e *gerenciar* transformações amplas nas relações sociais com a loucura. Há uma transfiguração das disputas pela organização política do poder (*politic*) em disputas de natureza técnica sobre políticas públicas (*policy*), espelhada por grupos não alinhados à Reforma que também lançam mão da atividade técnica para formular seus projetos e se contrapor ao Campo. Vemos isto nas tensões provocadas pela nova CGMAD do MS, indicada pela ABP: enquanto era *oposição* à CGMAD, a ABP fazia um empate de argumentações técnicas (e morais) contrárias à Reforma – sobre a melhor forma de atendimento, sobre o lugar dos HPs e da internação, dos CAPS e da assistência comunitária, sobre *razões ideológicas (não técnicas), gerando desassistência e abandono*. Hoje, na *situação*, ela é confrontada por argumentações igualmente técnicas (e morais) – sobre a melhor forma de atendimento, sobre o lugar dos HPs e da internação, dos CAPS e da assistência comunitária, sobre *interesses econômicos (não técnicos), gerando asilamento e segregação* – em torno das modificações propostas pela atual CGMAD/MS e pactuadas na CIT (sob protesto dos movimentos e entidades ligados à Reforma), por meio da Resolução n.º 32/2017, e também em torno daquilo que convergem políticas das antigas e da nova CGMAD: financiamento de leitos privados, desospitalização de moradores de HPs, Comunidades Terapêuticas integrando a RAPS.

Os governos petistas combinaram os interesses de lideranças médicas dos movimentos e sua intelectualidade (usualmente ligada às cátedras universitárias), sedimentando um consentimento amplo a partir do Estado que, simultaneamente, abdicou da disputa por transformações estruturais e de poder político, em nome da atuação no cotidiano dos serviços. Mas a manutenção do governo petista fez necessário não apenas a acomodação dos interesses dos aliados históricos, mas também de grupos antagônicos no interior do Governo. Esta frágil conciliação exige, notadamente dos grupos aliados, uma postura de

*guerra fria* na qual o tensionamento é constrangido e, no limite, *silenciado*. Um silenciamento que se deu, justamente, pelo sucesso da estratégia micropolítica assumida desde a década de 1980.

Neste sentido, se a entrada de militantes na gestão potencializou avanços, também “blindou” o Governo Federal contra críticas dos movimentos organizados e legitimou a defesa de interesses econômicos de setores moralmente conservadores, e grupos contrários à Reforma, mas que formavam a base das presidências petistas como condição de *governabilidade* e resultado da transposição dos conflitos sociais para o interior do Estado. Assim, apesar da contradição aparente, a proximidade dos movimentos com o partido e o Governo contribuiu para que não fossem capazes de se opor efetivamente às chamadas *ameaças de retrocesso*<sup>50</sup>, que escapavam da ação política ortodoxa destes atores. A vitória do projeto de transformação assistencial da Reforma e de influência sobre as direções da PNSM (disputada por RENILA e MNLA), levou à menor autonomia e à maior subordinação ao Estado, mais institucionalização do movimento como ator da política tradicional-ortodoxa<sup>51</sup>, e menor possibilidade de *atuação (sub)política reflexiva* (Beck, 2012) verdadeiramente transformadora.

---

<sup>50</sup> O risco de retrocesso deu a tônica dos debates em torno da nomeação de Valencius Wurch para a Coordenação Geral de SM, em 2015, como se discutirá a seguir.

<sup>51</sup> Os atores da política tradicional são aqueles que, na sociedade industrial, são identificados como protagonista *naturais* da ação política, voltada para manutenção ou substituição de representantes eleitos, no quadro do Estado democrático de direito: sindicatos, partidos, políticos eleitos etc. Desde a atuação do MTST, ao Grupo de SM do PT, passando pelo MNLA, RENILA e (mais recente) a FEASP, os movimento pela reforma ampliaram os espaços participação e a composição por sindicatos (como o SINPsi) e Conselhos profissionais (como o CRP e o CFP), que apoiavam logística e financeiramente os movimentos (Vasconcelos, 2016, 2016-a). As eleições nos conselhos confundiam-se com interesses atribuídos à Reforma, e alguns movimentos ativamente atuaram em campanhas, declarando apoio a candidaturas<sup>51</sup> que seriam mais alinhadas com suas agendas, atuando nos moldes da *política simples/ não-reflexiva* (Beck, 2012).

### 1.3.3. Coronelismo Progressista<sup>52</sup>

Para melhor explicar o *nó Górdio* entre os movimentos e os governos petistas, radicalizado a partir de 2003, recorreremos às reflexões de Leal (2012) sobre o sistema coronelista e, **por homologia**, poderemos formular nesta Tese o conceito de *coronelismo progressista*, para explicar como se dá o envolvimento das lideranças e seu trânsito entre os movimentos populares e as gestões federal, estaduais e municipais do PT, ou nos próprios serviços de Saúde Mental. Lideranças que, pelo prestígio junto à militância são alçadas à gestão e, por ocuparem estes cargos de gestão, aumentam seu prestígio aos olhos de trabalhadores, usuários e familiares que compõem os movimentos. Estes militantes entendiam que a estratégia de Reforma através do Estado e a defesa de projetos de poder nas estruturas do Executivo, seria a forma mais efetiva para atingir os fins almejados pelos movimentos, tomando o PT como espécie de partido de representação dos movimentos, não por sua *vocação revolucionária*, mas reformista: o PT não se apresentou como *partido revolucionário do proletariado*, mas um partido em que “a adaptação ao mundo venceu o impulso para mudá-lo” (Vianna, 2006, p.11). Ao contrário da ação política que busca o uso revolucionário do espaço político (Fernandes, 2012) e a “alteração fundamental do regime de propriedade” (Sartre *apud* Ianni, 1963, p. 173), ou a transformação estrutural do sistema político (Beck, 2012); a estratégia assumida pelo movimento e pelo Campo convertem o *político* em gestão, e reduzem a dimensão jurídica à produção normativa que dê respaldo legal ao cotidiano assistencial e à inovação/desinstitucionalização do ato de saúde. Consequentemente, enfraquecem as reivindicações por direitos de cidadania, que dependem de disputas (sub)políticas, ainda que não-reflexivas. O movimento, com o partido à frente, conforma-se como tecnocracia burocrática, de gestores e técnicos ligados, simbioticamente, ao Estado. Esta estratégia acabou por anular, ou ao menos, comprometer sistematicamente a força de mobilização destes mesmos movimentos.

---

<sup>52</sup> É importante fazer uma consideração a locução utilizada nesta discussão, pois o oximoro “coronelismo progressista” pode levar à impressão que recorreremos à ironia, como recurso retórico. **Não é o caso.** O recurso a esta locução antitética pretende, pelo contrário, distinguir entre as estratégias políticas dos movimentos pela Reforma e as análises tradicionais sobre coronelismo. Buscamos ressaltar nosso entendimento de que, no contexto destes movimentos, a relação entre partidos, movimentos e Governo insere-se em um projeto de transformação e defesa de ideais humanitários (direitos humanos e assistência não-violenta, não-asilar), identificados com bandeiras progressistas. Ao mesmo tempo, a locução busca evocar a contradição inerente a estas estratégias, que ganham dinâmicas muito próprias e relevantes no CSMC.

Com a eleição do ex-Presidente Lula e a consolidação da Reforma como política oficial, estabelece-se um trânsito constante de militantes atuando nos movimentos sociais e depois ocupando cargos nos governos – apesar da disputa entre MNLA e RENILA pela hegemonia nos movimentos e, simultaneamente, pelo direcionamento da PNSM. A *militância popular* pela Reforma e a *militância institucional* não se contrapõem e, pelo contrário, são mutuamente dependentes: uma é necessária para que a outra se realize com sucesso, em um mesmo projeto de transformação assistencial. Como tivemos oportunidade de ver, as ações mais ou menos críticas à Coordenação Nacional não significavam uma contraposição, polarização ou antagonismo entre estas duas estratégias. Até a nomeação de Valencius Wurch no Governo Dilma (2015) e depois a de Cordeiro Jr. no Governo Temer (2016), a disputa se dava pela influência sobre a PNSM, ora dirigida por lideranças próximas ao MNLA (2000-2010), ora à RENILA (2011-2015) (Martins, 2014). É esta relação entre movimentos, partido e gestores que denominamos *coronelismo progressista*. O sucesso desta aliança é um fator fundamental para que a Reforma se consolide como política pública nacional (*policy*) enquanto, reflexivamente, há o enfraquecimento da atuação política dos movimentos (*politic*).

Partindo da reflexão de Leal (2012, p. 63), o coronelismo não se trata de simples desmando ou “mandonismo”, mas de um *sistema de reciprocidades*, em que de um lado o Estado dispõe do erário, da força policial e militar, da indicação de cargos e empregos; de outro, os coronéis e seu controle local e imediato sobre os eleitores. Leal propõem uma leitura do poder simbiótico entre Estado e coronéis que supera as dicotomias e modelos analíticos tradicionais herdados do século XIX (Carvalho, 2012). “É claro, portanto, que os dois aspectos – o prestígio próprio dos ‘coronéis’ e o prestígio de empréstimo que o poder público lhes outorga – são mutualmente dependentes e funcionam ao mesmo tempo como determinantes e determinados” (Leal, 2012 p. 63). A influência do coronel media o poder estatal na região e, ao mesmo tempo, é reforçada pelo entendimento de que há entre coronéis e Estado uma aliança íntima.

A essência, portanto, no compromisso “coronelistas” – salvo situações especiais que não constituem a regra – consiste no seguinte: da parte dos chefes locais, incondicional apoio aos candidatos do oficialismo nas eleições estaduais e federais; da parte da situação estadual, carta branca ao chefe local governista (de preferência o líder da facção local majoritária) em todos os assuntos relativos ao município, inclusive na nomeação de funcionários estaduais do lugar (Leal, 2012, p. 67-8)

Junto à falta de autonomia legal dos municípios, o sistema coronelista lhes imprimia ampla autonomia *extralegal*, esta “carta branca” dos governos estaduais para as

lideranças locais como parte do compromisso típico do coronelismo, em troca da maioria nas eleições estaduais e federais. Há uma inversão no exercício da autonomia local, agravada pelo “amesquinamento das instituições municipais” (idem, p. 68). Se respeitada, a autonomia jurídico-formal dos municípios em relação ao Estado e à União, esta seria exercida de fato nas eleições democráticas regulares. “Mas com a autonomia legal cerceada por diversas formas, o exercício de uma autonomia extralegal fica dependendo inteiramente das concessões do governo estadual” (idem, p 69). Apesar da fragmentação do poder políticos dos coronéis, sua menor influência em regiões urbanas e aos múltiplos donos de terra em uma mesma localidade, a força aglutinadora do Estado somada ao esvaziamento da autonomia formal dos municípios promove a manutenção da *situação* no poder e do sistema de reciprocidades do coronelismo. Neste sentido, Leal (2012) conclui que o sistema coronelista não é produto da força dos coronéis, mas de sua *decadência*, no cerceamento da autonomia legal dos municípios e na cidadania precária das populações rurais.

A ideia de *coronelismo* metaforicamente adotada, neste Tese, refere-se homologamente a um *sistema de reciprocidades*, pelo qual lideranças dos movimentos, dos partidos e das gestões se articulam em nome de interesses diversos, que não se esgotam no binômio público *versus* privado. Não seria possível nem adequado inferir as motivações e benefícios pessoais deste *coronelismo*, tampouco é disto que se trata aqui. Difere ainda do “militante profissional do controle social” (Goulart *apud* Faleiros *et al*, 2006, p. 243), pois não se trata de uma disputa ideológica e partidária, em nome de “algum ganho direto ou indireto, como prestígio, afastamento do serviço público, viagens” (idem, p. 244). Importante frisar que **não** pretendemos uma crítica moral, ou de juízo de valor sobre a conduta das lideranças, mas buscar compreender como o estabelecimento deste *coronelismo progressista* impacta o Campo e os movimentos, e sua construção recíproca.

Ao pensar o *coronelismo progressista* como sistema nos referimos à relação que se estabelece entre estas lideranças, os partidos e as gestões. De um lado, os movimentos podem ser arregimentados para defender as gestões e partidos, suas políticas e popularidade, emprestando-lhes prestígio social e aparência democrática às suas deliberações. As lideranças, fortalecidas pela organização dos movimentos nacionais em “feudos políticos” regionais, em que pese muitos usuários e familiares terem grande protagonismo político, exercem forte influência sobre usuários – marcados por uma tradição de não-cidadania respaldada por lei – e seus familiares, que compõem a maioria dos que militam nos movimentos, como destacou



Vasconcelos (2016-a). O feudo político da “chefia” regional é elemento fundamental do sistema *coronelesco*, de sua influência *sobre* e importância estratégica *para* o Estado (Leal, 2012).

Por outro lado, as gestões e os partidos são entendidos como vanguarda desses movimentos organizados, defendendo seus interesses com projetos de lei e políticas públicas, financiamento de eventos científicos pela compra de cotas de inscrição para o funcionalismo, cargos públicos ou cadeiras em espaços deliberativos. Assumem lugar como “distribuidor paternalistas de emprego e a favores” (Carvalho, 2016, p. 221), em nome de ideais *progressistas* mais amplos e coletivos. Podem indicar lideranças para cargos-chave que exigem conhecimento técnico específico, convocar audiências públicas que darão visibilidade às bandeiras e ações de luta, participam de eventos produzindo “valor de exposição” (Lipovetsky e Serroy, 2015) para os convidados, e prestígio institucional para os organizadores, que se tornam mediadores entre a política instituída, de um lado, e os trabalhadores, usuários e estudantes de outro. A valorização de eventos organizados por movimentos com a participação de gestores é uma questão-chave pois também diz respeito à própria “sustentação financeira e organizacional do movimento e suas bases políticas e sociais” (Vasconcelos, 2016-a, p. 95).

A realização de eventos, além de espaço de reflexão e disseminação de conhecimentos em torno das bandeiras dos coletivos, é efetivamente pensada como estratégia para estimular a mobilização da militância e para o financiamento dos movimentos e suas ações: “quando se trata de recursos mais livres, volumosos e regulares e de alcance regional ou nacional, os dois primeiros níveis<sup>53</sup> constituem as fontes mais relevantes para a sustentação do movimento da luta antimanicomial” (idem, p. 96-7). Vasconcelos (2012, 2016-a) vê como prioritária as estratégias de sustentabilidade econômica e organizacional dos movimentos, para ações institucionais mais amplas, insistindo, entre outras “propostas concretas de estímulo” aos movimentos de usuário e familiares, e profissionais (idem, 2016-a, p. 131):

d) Criação de fundos públicos para o financiamento de pequenos projetos autônomos de associações de usuários e profissionais, com seleção pública para os melhores projetos em desenvolvimento ou a serem implementados, assim como de uma premiação periódica para os melhores projetos.

---

<sup>53</sup> Referindo-se as “coordenações dos programas da saúde mental nos âmbitos federal (Ministério da Saúde), estadual (secretarias estaduais de saúde) e municipal (secretarias municipais de saúde;/ os conselhos, sindicatos e demais organizações profissionais integrantes do campo da saúde mental” (Vasconcelos, 2016-a, p. 96)

O posicionamento do autor reforça nossa leitura, de que o *coronelismo progressista* não é apenas uma relação indevidamente íntima entre lideranças, partido e gestões públicas, mas uma cultura de atuação política que não só impacta sobre as ações de movimentos e políticas de governo, mas sobre o imaginário e as possibilidades de crítica. Então, apesar de identificar os entrelaçamentos com governo (CGMAD/MS e Secretarias de saúde) e a consequente perda de autonomia dos movimentos, a proposta de consolidação organizacional e financeira dos coletivos vem, contraditoriamente, no sentido de maior dependência da CGMAD/MS. A eleição do ex-presidente Lula fortaleceu a tendência dos movimentos e, especialmente, das lideranças ligadas ao partido de ocuparem espaços institucionais e os Conselhos de Saúde. A arquitetura institucional absorveu a combatividade dos movimentos em troca da participação no aparelho estatal, revertendo impasses do poder de mobilização das bases pelos movimentos, cindidos desde a plenária do MNLA de 2002, em São Paulo. A relação simbiótica do coronelismo, como resultado do projeto dos movimentos, é marcada pelo silenciamento e a transformação de sujeitos políticos em cogestores na formulação de políticas públicas de saúde mental. Como advertiu Bezerra Jr. (2011, p. 4598, grifo nosso), “a posição de quem governa e a de quem fiscaliza a ação do governo são fundamentalmente diversas. (...). Quem está no governo precisa ser acossado pelos movimentos sociais, ou será engolido pelo monstro da máquina política burocratizada”.

Nesta complexa relação dinâmica que tivemos até 2015, os gestores e partidos se beneficiaram da influência e prestígio das lideranças *coronelescas*, e estas por sua vez se beneficiaram não apenas pelos *favores* concedidos, mas por serem identificadas como parte fundamental da “estadania” (Carvalho, 2016, p. 221), isto é, como *medium* de acesso ao Executivo, reforçando seu prestígio e influência no movimento e, portanto, seu valor estratégico para gestão e os partidos, e assim por diante. O *coronelismo progressista* se retroalimenta e valoriza, ou nas palavras de Leal (2012), o prestígio das lideranças e o prestígio que recebem dos governos e partidos são mutuamente dependentes, determinantes e determinados. Neste sentido, Martins (2014, p. 53) aponta que o “fato de um militante estar no governo não necessariamente o desvincula de suas bases de origem, na medida em que são as articulações entre movimento social e poder público que sustentam esse lugar institucional” e, por outro lado, também reforçam sua liderança junto às bases populares.

A defesa dos partidos e gestores é também uma rede de segurança para estas lideranças que continuariam situadas em posições na gestão e em espaços de influência

decisória, mantendo em movimento as engrenagens de uma gestão supostamente *engajada* em atingir os objetivos de uma militância docilizada e, portando, neutralizada, pronta para atuar em defesa do partido e seus gestores, quando convocada. É a prática de um *favorecimento ético e altruísta*, tomado de boas intenções, utilizado como estratégia de poder e legitimado em nome de interesses sociais. Articulados em rede, se uma gestão *progressista* perde uma eleição, ou apesar de ganhar, abre mão de cargos na negociação por apoio político, estes gestores e profissionais militantes terão pouso seguro em outros entes federativos (do Ministério da Saúde para uma secretaria municipal, por exemplo), entre municípios, ou mesmo entre áreas conexas da mesma gestão municipal, como Saúde e Assistência Social. Ainda que não esgote as possíveis razões técnicas, políticas e de foro íntimo, esta dinâmica ajuda a entender a incorporação de Tykanori à gestão municipal petista em São Paulo, “feudo político” da RENILA, depois de sua exoneração da CGMAD/MS e da entrada de Wurch, em 2015.

Foi o sucesso na ocupação das gestões e consolidação da Reforma como política pública, que levou ao silêncio dos movimentos e sua incapacidade de reagir continuamente às *ameaças de retrocesso na SM*. Não é uma *crise* que se dá pela ruptura brusca promovida pelo *impeachment*, mas, pelo contrário, é o sucesso do *coronelismo progressista* como sistema e estratégia dos movimentos, em seu projeto de transformação assistencial, que torna possível chegarem à CGMAD projetos desalinhados, ou mesmo contrários, à Reforma – como vimos nas nomeações de Valencius Wurch e Quirino Cordeiro Jr. Simplificando, a estratégia do Campo foi bem-sucedida na disputa pelo controle das políticas públicas orientadas para a transformação técnico-assistencial, tendo o PT à frente, e, reflexivamente, levou à perda de controle sobre a PNSM e à incapacidade de reação continuada da militância após o *impeachment* de Dilma Rousseff e da nomeação de um representante da ABP para a CGMAD/MS. O *coronelismo progressista* leva a uma conexão tão íntima com o partido e com gestores como a ex-Presidenta Dilma, o ex-Prefeito Fernando Haddad (PT-SP) e o ex-Ministro da Saúde Arthur Chioro, que a crise do partido se traduz em crise do movimento, crise inclusive subjetiva e existencial, na medida em que o partido assume lugar das referências tradicionais de ação e identidade políticas, perdidas com a modernização reflexiva.

A sociedade brasileira passa por um momento de transição, em que estruturas e dinâmicas da Modernidades tradicional e da Contemporaneidade convivem. O Brasil tem um processo de formação social e política distinto daqueles países que passaram por “uma

individualização a todo custo” (Beck, 2012, p. 40), e a dissolução simbólica dos referenciais subjetivos de atuação política se dão de forma mais conflituosa. Não apenas em termos de “mapas políticos” de esquerda-direita, mas de uma atuação conforme aos modelos e instituições da política ortodoxa. Encontramo-nos sob a sombra de paradigmas diversos dos processos de modernização e metamorfose social: de um lado, ainda enfrentemos questões de distribuição de renda e desigualdade econômica, autoritarismo e estadania. Por outro lado, podemos afirmar que o país já se encontra em um estágio de industrialização, que não condiz mais com aquele do primeiro processo de modernização e há um desbotamento da figura do Estado como principal promotor da reprodução social (Beck, 2002).

Insistimos que é equivocado pensar o *coronelismo progressista* como um fenômeno de explicação simples, como uma troca pragmática de favores entre lideranças de movimentos, gestores e o partido no poder, crise da esquerda ou cooptação partidária. Trata-se de um processo de formação histórico-reflexivo e do sucesso de uma agenda de transformação, orientada pela crença na simbiose entre movimentos e Estado, que viabilizaria as estratégias micropolíticas e a desinstitucionalização da loucura, tendo o PT como mediador. Mas mesmo a implementação desta agenda junto ao Estado e ao partido é afetada também por disputas entre os dois grandes grupos aglutinadores dos movimentos: MNLA e RENILA. Estas disputas não vêm de um fortalecimento das ações ou do discurso dos movimentos, mas da *dissolução* reflexiva da ação política tradicional, que tentando se afirmar, divide-se sob acusações de abandono dos “princípios libertários e democráticos de sua origem” (RENILA, 2004). Enquanto o MNLA enfrentava impasses sobre o financiamento de suas ações, e como mobilizar e formar politicamente uma base popular de usuários, familiares, profissionais e estudantes (Barbosa, Costa e Moreno, 2012), a RENILA buscava ampliar sua relevância política e influência sobre a PNSM. Compartilhando o mesmo projeto, os movimentos acirraram as disputas em torno da CGMAD/MS como *locus* de transformação social e efetivação das bandeiras antimanicomiais, tomando o Estado como principal agente de transformação social. Estas disputas são intensificadas pela própria dinâmica *coronelesca*, em que a sustentação financeira dos movimentos e o poder de influência das lideranças dependem de sua proximidade com as coordenações que ditam os rumos da PNSM. Neste sentido, explica Vasconcelos (2016-a, p. 97), apoio institucional da CGMAD “depende não só do espaço político aberto nos governos na área da saúde, mas também da ocupação dele por lideranças reconhecidas do movimento, bem como da manutenção de vínculos, ações concretas e apoios recíprocos”.

Da mesma forma o apoio financeiro e logístico dos Conselhos Profissionais que, a depender das eleições internas, se direciona ora à RENILA ora ao MLNA, sem necessariamente coincidirem os níveis federal e regional (*idem*). Focados na gestão e no partido como vanguardas, as lideranças enfraquecem o potencial político dos movimentos, e acabam também se enfraquecendo à medida que se desloca o *locus* da política e muda a natureza dos conflitos fundamentais da sociedade contemporânea, com o processo de Individualização. O silenciamento dos movimentos não se dá pelo fracasso dos movimentos pela Reforma, mas pelo sucesso do projeto de ampliação do espaço das suas lideranças no Estado e da estratégia micropolítica não-reflexiva que se limita a “manter e proteger as regras do jogo democrático e econômico” (Beck, 2012, p. 64). O movimento não disputa as regras do jogo e nem mesmo que times vão jogar ou a posição dos jogadores, desde que ele possa jogar também. Sua participação, portanto, sustenta-se sobre alicerces de areia construídos na vazante da maré, que agora sobe. Isto é, uma participação frágil, não causando surpresa que em 2015, a ex-Presidenta Dilma os tenha desconsiderado completamente, nas negociações por apoio contra o *impeachment*. Os movimentos esperam “que a política governamental [esteja] encarregada de tudo, e também que todos que dela participem estejam desejando maximizar sua influência pessoal” (*idem*).

## **1.4. OBJETIVOS**

### **Objetivo Geral**

Discutir o Campo da Saúde Mental Coletiva e as novas formas sociais contemporâneas, no contexto da modernização reflexiva e do processo de Individualização.

### **Objetivos específicos**

1. Discutir o processo histórico-reflexivo da Reforma Psiquiátrica e sua institucionalização como política pública, no Brasil.
2. Caracterizar o discurso do Campo da Saúde Mental Coletiva.
3. Discutir a constituição e conformação do Campo da Saúde Mental Coletiva.
4. Repensar os modelos conceitual-explicativos do Campo contrapostos às transformações sociais contemporâneas.
5. Discutir como o Campo, reflexivamente, se relaciona com o Processo de Individualização e a dissolução das formas moderno-tradicionais.
6. Discutir as novas formas sociais e relações estabelecidas, na sociedade brasileira contemporânea entre indivíduos, a Psiquiatria e o Estado, em decorrência da modernização reflexiva e do processo de individualização.

## 1.5. ABORDAGEM METODOLÓGICA

A metodologia é muitas vezes traduzida, em sua literalidade etimológica, como o “caminho do pensamento” adequado ao tema ou objeto de estudo. Em outras palavras, metodologia enquanto a forma de articular o instrumental teórico e material levantados, de forma a responder às questões da pesquisa científica, em uma abordagem sistemática para conhecer, trilhar ou desvelar/revelar aspectos teóricos e empíricos, que interessam ao objeto e à área de conhecimento. Recorrendo à metáfora do bosque de Borges, citada por Eco (1994, p. 12), “um bosque é um jardim de caminhos que se bifurcam. Mesmo quando não existem trilhas bem definidas, todos podem traçar sua própria trilha, decidindo ir para a esquerda ou para direita de determinada árvore e, a cada árvore que encontrar, optando por esta ou aquela direção”. Assim, partindo da *literatura específica* – que corresponde ao recorte de revisão sistemática e aos *resultados* – a cada nova “bifurcação”, novas publicações se apresentaram e, decidindo entre “esta e aquela direção”, buscamos também acessá-las (dentro das limitações do doutorado) construindo nossa “trilha do pensamento”, e esta *literatura estendida* integrou o arcabouço teórico de *discussão* dos resultados. A *literatura específica* assume lugar “como ‘ponto de partida’ e ‘ponto de chegada’ do trabalho de pesquisa, pois muitos dos textos constituem, simultaneamente, subsídio e objeto de análise” (Ianni, 2008, p. 27). Com a revisão da produção bibliográfica espera-se delinear um quadro epistemológico do Campo que possibilite orientar e alicerçar a posterior crítica (Minayo, 2010).

O caminho metodológico passou pela (i) identificação, análise e agrupamento de categorias e conceitos operatórios mais frequentes, e (ii) das teorias estruturantes, considerando o contexto interno (textual) e externo (histórico, político e jurídico) da produção do Campo, elaborando um “sentido estruturador do discurso e do pensamento” (Ianni, 2008, p. 20) brasileiro em Saúde Mental, a partir do último quarto do século XX. Pretendemos, assim, caracterizar não apenas a formação do CSMC, mas sua construção ao longo destes 35 anos.

Neste sentido, importante frisar que os resultados (Cap. 2) da análise da literatura específica – circunscrita ao período de 1976-2011 – são ponto de partida para Discussão (Cap. 3) e nosso esforço de teorização sobre as novas formas sociais assumidas pelos objetos do CSMC na Contemporaneidade (Cap. 4). Esforço que, por sua vez, não se limita aos eventos, fenômenos ou publicações do período entre 1976 e 2011. O período de análise se pretende

abrangente o suficiente à caracterização do pensamento do Campo, alicerçando a discussão sobre a Contemporaneidade. Mas a discussão e teorização sintetizadas no Objetivo Geral (p. 64) não se limitam aos 35 anos da *literatura específica*, mas tem a pretensão de alicerçar análises atuais (posteriores ao período de análise) e de desenvolvimento *futuro* em relação ao CSMC e seu objeto: as relações entre o adoecimento ou sofrimento mental, a Psiquiatria e a sociedade.

Neste sentido, a revisão da *literatura específica* se consistiu na análise crítica e sistemática de 201 publicações sobre o Campo da Saúde Mental Coletiva, em 02 periódicos científicos nacionais: 105 da revista *Saúde em Debate* entre 1976 e 2011 e 96 da revista *Ciência & Saúde Coletiva* entre 1996 e 2011, consistindo em artigos, resenhas, entrevistas e editoriais sobre o Campo, nos 35 anos analisados. A partir desta, identificamos autores e obras que, por sua importância para o Campo, foram utilizados *nas discussões*, e que denominamos de *literatura estendida* – distinção pensada para quando for relevante diferenciá-las, em nome do rigor metodológico: a literatura específica corresponde, propriamente, à pesquisa bibliográfica e dela são os resultados analisados e que alicerçam a discussão da Tese. Durante a pesquisa bibliográfica, identificamos autores – como Franco Basaglia, Robert Castel, Michel Foucault, Erving Goffman, Felix Guattari, Franco Rotelli e Thomas Szasz, além de outras publicações de autores do próprio Campo, como Paulo Amarante e Silvio Yasui – e discussões que tomamos como aporte para a discussão dos resultados (Cap. 3) e que estão listados na sessão de Referências Bibliográficas. Para facilitar esta distinção, optamos por sinalizar a literatura específica, remetendo à lista anexa das publicações, organizada por ano e revista científica (Apêndice 01), no lugar de inclui-las indiferenciadamente na Bibliografia.

Tomamos como marco inicial o ano de 1976, quando o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde - CEBES é fundado em SP (Amarante, 2008), e lança a Revista *Saúde em Debate* “com o objetivo de produzir e organizar o pensamento e as práticas críticas no campo da saúde pública” (Amarante, 1997, p. 163). A *Saúde em Debate* é a primeira publicação independente do Campo, depois do Golpe de 1964, e estabelece-se como *medium* de debate crítico sobre a Saúde Pública, no Brasil (Oliveira, Padilha e Oliveira, 2011). Segundo Amarante (2015, p. 12.), o CEBES buscava dar respaldo institucional à revista *Saúde em Debate* e se tornou “*um centro de reflexão de produção de políticas, de formação de quadros e agentes políticos para o país, estabeleceu propostas de trabalho com outras entidades e movimentos sociais*” (itálico do original).



*O Cebes serviu de referência e de base institucional para a criação não apenas do movimento da reforma sanitária, mas também do movimento da reforma psiquiátrica, e não é por acaso que ainda hoje o Cebes é uma entidade viva, com atuação e presença marcantes que o faz destacar-se na conjuntura política do país (idem, p. 13).*

Por sua vez, a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - ABRASCO se organizou, entre 1979 e 1980 (ano de criação do seu estatuto), em torno da formação profissional interdisciplinar ligada a temas como universalidade, democracia e cidadania, no contexto das políticas de saúde, e de ciências e tecnologias (Lima e Santana, 2006). A Associação reúne todos os programas de pós-graduação em Saúde Coletiva, no Brasil (Minayo, 2006) e assume hoje grande protagonismo nos posicionamentos técnico-políticos do Campo<sup>54</sup>. A revista *Saúde & Ciência Coletiva*, cujo primeiro número é de 1996, gradualmente se caracteriza como “um espaço científico para discussões, debates, apresentação de pesquisas, exposição de novas ideias e de controvérsias sobre a área”, propondo discutir o estado do conhecimento de temas relevantes para o Campo, com um perfil mais acadêmico (Minayo, 2006, p. 147). Como explica Bezerra Jr. (1994, p. 185), a produção editorial do Campo da Saúde Mental, no Brasil, foi fundamental para sua consolidação, e para o desenvolvimento e difusão de bases teóricas que, apesar de inspiradas pelos marcos internacionais, promoveu uma adequação à realidade brasileira, “cuja produção não se restringe mais ao trabalho de um ou outro pesquisador isolado”. Esta produção editorial foi importante para a formação de estudantes, pesquisadores, profissionais e militantes em geral, para além do chamado *campo psi*, que “passaram a encontrar uma literatura nacional cujas análises levam em conta incluem as especificidades da realidade e da história do país” (idem, *sic.*). Em última análise, esta produção – que não se limita, mas é representada por estes periódicos científicos – foi fundamental para conformação *reflexiva* (Giddens, 2002) do Campo, de suas teorias, práticas e políticas.

O ano de 2011 marca a passagem de uma década desde a entrada da Lei n.º 10.216 no ordenamento jurídico brasileiro que, com críticas e elogios, avanços e limitações, é o marco legal e de abrangência federal, que formaliza institucionalmente as reivindicações dos movimentos pela Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial, e orienta as políticas do setor. Em 23 de dezembro de 2011, também é publicada a Portaria Ministerial n.º 3.088,

---

<sup>54</sup> Com amplo e eclético reconhecimento das mídias alternativas e da imprensa tradicional, e dos movimentos sociais. No CSMC, a ABRASCO acompanhou os movimentos pela Reforma e da Luta Antimanicomial, teve uma atuação central nas mobilizações contra a nomeação do psiquiatra Valencius Wurch, para a Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde, ao final do segundo Governo Dilma Rousseff.

que institui *juridicamente* a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com “sofrimento ou transtorno psíquico e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)” (Brasil, 2011, *Ementa*). A Lei nº 10.216/2001 e a Portaria 3.088/2011 são marcos estatais importantes, ambos atravessados por uma difícil conciliação entre avanços e conquistas institucionais, sob a perspectiva dos movimentos da Reforma e associações médicas, e duras críticas destes mesmos atores. Este recorte temporal não esgota as possibilidades de análise, considerando a continuidade da construção histórico-reflexiva da Reforma, mas buscamos abranger um período suficiente para uma pesquisa compreensiva da produção e do pensamento do Campo, considerando seus marcos e também, pragmaticamente, respeitando os limites e prazos do próprio Doutorado.

Foram excluídas as publicações sobre álcool e outras drogas, entendendo que este debate tarda a integrar o Campo e sendo, em parte, estranho a este e incorporado *a posteriori*, apesar dos claros pontos de contato. De acordo com Vasconcelos (2016, p. 220), a “saúde entrou muito tardiamente na área de álcool e drogas. O marco é a 3ª Conferência, em 2001, e vamos dizer que o financiamento e a emergência dos primeiros CAPS-AD [Álcool e Drogas] se deu a partir de 2003”. Não foi objeto deste estudo discutir o porquê disto, mas percebemos que o debate sobre o “abuso de substâncias psicoativas”, quando citado nas publicações analisadas, é visto como tema distinto a ser discutido separadamente, por conta de suas peculiaridades (Souza, Scatena, 2001, apêndice 01; Onocko-Campos, 2001, apêndice 01). Ademais, enquanto o Campo da Saúde Mental Coletiva se constitui no marco do conflito com o manicômio (e as práticas manicomialis) e a Psiquiatria, orbitando em torno deste, a discussão sobre drogas segue um caminho diverso e traz bandeiras e estratégias específicas e constitutivas que não poderiam ser negligenciadas, em uma tentativa de amalgamar a análise e discussão aqui empreendidas.

Após a identificação das publicações, realizamos 03 leituras sistemáticas da literatura específica, em uma *análise bibliográfica por decantação*, como optamos por denominar as múltiplas aproximações do material empírico. O desenvolvimento por nós, nesta Tese, desta *estratégia metodológica* foi a resposta à necessidade de análise compreensiva, sistemática e cuidadosa da produção científica, com vistas à delimitação, caracterização e crítica ao pensamento do Campo. Nos servimos da analogia química para nomear nossa estratégia metodológica, que seguiu uma espécie de processo de decantação, com (1) leituras de unidades textuais mais amplas, tendo em vista um entendimento

contextual e compreensivo das discussões realizadas, e buscando (2) identificar unidades textuais mais específicas e determinadas, (3) transcritas em nosso banco de dados com as anotações feitas durante as duas primeiras leituras, a serem por fim analisadas e discutidas, mais rigorosamente, a partir dos aportes teóricos da pesquisa e da literatura estendida. Por fim, (4) caracterizamos o núcleo de significado das principais categorias e conceitos, que estruturam o Campo. Assim, em uma primeira análise foram identificados e destacados:

1. A caracterização da autoria.
2. Referenciais teórico-bibliográficos e experiências nacionais e internacionais relevantes.
3. Trechos que caracterizavam ênfase em uma das quatro dimensões da reforma descritas por Amarante (1997), adotadas para estruturar a análise e discussão dos resultados, em uma categorização temática das discussões propostas pelas publicações.
4. Conceitos e categorias mais frequentes.

Os artigos foram fichados, e as anotações e trechos destacados foram transcritos, formando o banco de dados, ao final analisado. Identificadas as principais categorias e conceitos mais frequentes nas publicações, ficou evidente sua polissemia, relacionada a referenciais teóricos e momentos históricos diversos. Assim, na quarta etapa da análise por decantação, analisamos as categorias em seu contexto interno e externo específicos.

Esta Tese integra o Projeto de Pesquisa “Individualização no contexto das mudanças sociais contemporâneas: desafios para a saúde pública/coletiva no Brasil”, coordenado pela Prof.<sup>a</sup> Dra. Aurea Maria Zöllner Ianni, com financiamento da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo - FAPESP (processo n.º 2015/16218-0).

## 2. RESULTADOS

Para caracterizar a literatura específica e tendo em vista a construção histórico-reflexiva do Campo, identificamos a autoria das publicações, experiências e teorias referenciais, e os principais conceitos emergentes da análise bibliográfica. Ao todo foram analisadas 201 publicações, em um período de 35 anos, contabilizando uma média de aproximadamente 2 mil páginas, além de outros artigos, capítulos de livros, obras completas e publicações oficiais – legislação e documentos internacionais –, consultados a partir da literatura específica e que integram a *ulterior* discussão dos resultados. Realizamos uma análise compreensiva das condições de produção do discurso, considerando quem fala e de onde falam (autoria) como indícios de localizações e relações assumidas pelos autores do Campo e seu entendimento sobre a sociedade, na produção de saberes e práticas (assistência, direção, usuários, familiares), e em relação ao Estado (gestão, políticas públicas, direitos).

Por rigor metodológico, neste Capítulo optamos por apresentar, exclusivamente, os resultados da pesquisa bibliográfica e, no Capítulo 3, discuti-los. Assim, **todas as citações deste capítulo são extraídas da literatura específica e se encontram relacionadas no Apêndice 01** (p. 339), organizadas por ano e revista científica, em lista própria e distinta das Referências Bibliográficas, para facilitar a consulta às referências da *literatura específica*, com destaque para o ano e revista em que foi publicada. Para caracterizar a produção do Campo, colacionamos os trechos mais representativos do seu pensamento e, quando se fez necessário, listamos em notas-de-fim outras publicações que trazem a mesma referência, ideia ou formulação destacada na citação direta (referidas em numerais romanos para distingui-las das notas de rodapé). De forma a caracterizar o pensamento do CSMC, organizamos os resultados quanto à (subcapítulo 2.1) autoria das publicações, (subcapítulo 2.2) os referenciais teóricos e experiências nacionais e internacionais mais influentes para a Reforma, (subcapítulo 2.3) o entendimento sobre a Psiquiatria e o *louco*, e como atuar para transformar estas relações, considerando as bandeiras declaradas da Reforma e (subcapítulo 2.4) as principais categorias conceituais, pela sua relevância para a formulação do pensamento do Campo e/ou pela frequência com que são citadas:

Desinstitucionalização, Cidadania e Autonomia, Reabilitação, Família, Comunidade e Território.

## 2.1. AUTORIA

Quanto à autoria, consideramos 03 aspectos: (1) a formação ou atuação declarada pelos autores, (2) a atuação ou lugar de onde falavam a partir da qualificação declarada às revistas científicas – se profissionais, gestores, acadêmicos, usuários ou como familiares – e (3) a produção por Estado e instituição acadêmica, quando aplicável. O critério para cálculo das percentagens levou em consideração aquelas publicações que tinham *peelo menos 01 autor ou autora* com determinada formação acadêmica, qualificação, e identificação regional e institucional-acadêmica (quando aplicável). Esta *fórmula* foi necessária por conta das publicações interdisciplinares, em coautoria e na qual colaboraram diferentes instituições.

Considerando isto, a autoria é majoritariamente formada por médicos e psicólogos. Do total de publicações, 35% tinham formação em Medicina e esta é a mesma percentagem para formação em Psicologia (35%). Outras formações identificadas foram Enfermagem (27%), Ciências Sociais (7%), Terapia Ocupacional (6%), Serviço Social (4%), Filosofia (2%), Direito (1,5%) e Fisioterapia (1,5%). As demais formações identificadas não chegaram a 1% das publicações<sup>55</sup>. A produção de saber é estruturada majoritariamente pelos chamados *saberes-Psi* (Medicina Psiquiátrica e Psicologia).

Os autores que não declararam formação ou atuação técnico-terapêutica estão presentes em apenas 10% das publicações (aprox.). Isto equivale a dizer que, no período de 35 anos analisado, houve apenas 07 publicações desta natureza na revista *Saúde em Debate* e 14 na *Ciência & Saúde Coletiva*. Se estreitarmos ainda mais o critério de formação, considerando apenas os artigos em que não há coautoria de formação ou atuação técnico-assistencial, este número cai para 03 publicações na *Saúde em Debate* (Simões, 1992; Carvalho, 2001; Bittencourt, 2010) e 04 na *Ciência & Saúde*

---

<sup>55</sup> Foram elas: Administração, Dança, Educação Física, Engenharia, Fonoaudiologia, Geografia, História, Letras, Música e Psicanálise, identificadas em aproximadamente 0,5% das publicações.

*Coletiva* (Luchmann e Rodrigues, 2007; Ortega, 2009; Caponi, 2009; Santos, 2009), totalizando cerca de 3% das publicações.

*A produção do Campo é essencialmente acadêmica*, com 84% dos artigos de autoria acadêmica (aprox.), entre pesquisadores e professores, graduandos, pós-graduandos, mestres e doutores. Em aproximadamente 9% dos artigos pelo menos 01 dos autores se qualifica como gestor e em 7%, como profissional. As autorias não-qualificadas e publicações coletivas de autoria indeterminada, corresponderam a 5% das publicações. Do total de publicações com ao menos 01 autor ou autora identificado com a academia, 33% eram do Estado de São Paulo e 32% do Rio de Janeiro, seguidos pelos Estados do Rio Grande do Sul (14%), Ceará (8%) e Bahia e Minas Gerais, ambos com 6%. A instituição com maior número de publicações é a FIOCRUZ-RJ com 26% (aprox.), do total de publicações com ao menos 01 autor ou autora identificado com a academia, seguida pela USP (19%). Em termos regionais isto significa uma considerável concentração das publicações acadêmicas na região Sudeste (72% aprox.), em seguida a região Nordeste (26% aprox.) e Sul (19% aprox.). As regiões Norte e Centro-Oeste juntas representam aproximadamente 3,5% das publicações acadêmicas.

Entre as 201 publicações analisadas, no período de 35 anos, não houve nenhuma publicação de autoria ou coautoria identificada como de usuários ou familiares.

## 2.2. AUTORES E MARCOS DE REFERENCIAIS

Para identificação dos referenciais teóricos, consideramos os autores mais citados na bibliografia das publicações e o conteúdo, isto é, como as publicações empregam estes autores e os remetem a arcabouços teóricos e formulações específicas. Neste sentido, considerando apenas a referência aos autores na literatura específica, ao contrário de nossas expectativas iniciais, identificamos que Paulo Amarante é o autor referenciado em maior percentagem de publicações (38%), quase o dobro em relação ao segundo autor mais referenciado, Michel Foucault (20%). Franco Rotelli é o terceiro autor mais citado, em 15% das publicações, à frente de Franco Basaglia (12%), Robert Castel (10%) e Erving Goffman (6,5%), que sequer consta entre os 10 autores mais citados, quais sejam, Amarante (37%), seguido por Foucault (20%), Rotelli (15%) e,

Basaglia, Gastão Campos e Benedetto Saraceno (12%, aprox. cada), Costa-Rosa (11%), Castel (10%) e, Pedro Delgado e Onocko-Campos (9%, aprox. cada). Refletindo os resultados apresentados sobre a autoria, metade destes autores mais citados é brasileira ou produzem no Brasil e estão vinculados a instituições de ensino superior dos Estados do RJ e SP<sup>56</sup>. Dos 10 autores, 07 deles tem formação-atuação em Medicina e 01 em Psicologia<sup>57</sup>.

Quando verificamos o conteúdo das citações a Amarante<sup>i</sup>, identificamos que ele é a principal referência histórica sobre o percurso da Reforma, “a trajetória descrita por Amarante (1995), a produção sobre o debate da cidadania na sua relação com a doença mental” (Oliveira e Alessi, 2005, p. 195) e de sistematização teórica sobre as possibilidades ou horizontes de transformação do CSMC:

A importância do processo da Luta Antimanicomial e a Reforma Psiquiátrica Brasileira no enfrentamento do parque asilar, vem sendo objeto de sistemático estudo do professor Paulo Amarante (...). No seu artigo, procura desvendar o feixe de relações existentes nesse fenômeno e nos chama a atenção para a complexidade dessa luta, ao destacar quatro campos para a aproximação desse processo: teórico-conceitual, técnico assistencial, jurídico-político e sociocultural (Fefferman, 1999, p. 96)

Amarante (1995), quando reconstitui o processo histórico da trajetória da Reforma Psiquiátrica, configura todo o contexto das práticas transformadoras no âmbito da saúde mental. A luta pela extinção dos manicômios, originária da psiquiatria democrática italiana, encontra eco no Brasil na I Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1987, evento que marca o momento de discussões sobre as propostas alternativas de atendimento em Saúde Mental (Pitiá, 2005, p. 182).

É também com Amarante – pautado pela experiência italiana e, principalmente, por Franco Rotelli – que a Psiquiatria Democrática será sedimentada como principal influência da Reforma nas publicações e o conceito de Desinstitucionalização redefinirá o Campo (cf. subcapítulo 2.4). De início, a Psiquiatria Democrática Italiana é citada pontualmente nas primeiras publicações. Fleury (1977), em uma revisão ampla das propostas alternativas à Psiquiatria tradicional, identifica as

---

<sup>56</sup> Onocko-Campos é argentina, mas leciona desde 1998 na UNICAMP. Os demais são Amarante (FIOCRUZ-RJ), Gastão Campos (UNICAMP), Costa-Rosa (UNESP-Assis) e Pedro Delgado (UFRJ) - informações da *Plataforma Lattes*, disponível em <http://lattes.cnpq.br/>.

<sup>57</sup> Costa-Rosa é Professor Livre-Docente em Psicologia Clínica, com formação em Psicologia (USP, 1979) e Filosofia (USP, 1994) - informações da *Plataforma Lattes*, disponível em <http://lattes.cnpq.br/>. Os demais, à exceção do sociólogo Robert Castel e do filósofo Michel Foucault, têm formação em Medicina.

propostas do “grupo de Franco Basaglia, que embora tendo uma orientação política radical, não cai no reducionismo de desconhecer as enfermidades em sua dimensão patológica” (idem, p. 29). E afirmando expressamente ter pouco conhecimento sobre as propostas basaglianas, apoia-se em Robert Castel para afirmar que “o trabalho desenvolvido por Basaglia, em Gorizia, em nada fica a dever aos melhores estabelecimentos psiquiátricos em termos de atmosfera de liberdade e pelo índice de ‘curas’ medido pela quantidade de altas” (idem).

Birman (1981, p. 67) se refere à aprovação da Lei n.º 180 de maio de 1978 – a lei da reforma psiquiátrica italiana, chamada de *Lei Basaglia* que determinava o fechamento dos HP e o atendimento extra-hospitalar – como “uma ilha no universo de enclausuramento”. Buss (1988), em sua muita sucinta resenha da coletânea de artigos produzidas a partir do 2º Congresso de Trabalhadores de Saúde Mental, destaca as discussões de Francisco Moura Neto sobre as “propostas de transformação do sistema psiquiátrico” e de Roberto Tykanori Kinoshita sobre a reforma psiquiátrica italiana, “Ambos o fazem na qualidade de psiquiatras não psiquiatrizantes” (Buss, 1988, p. 62).

Contudo, é a partir da resenha de Amarante (1990) sobre o livro *Desinstitucionalização* organizado por Franco Rotelli, que a Psiquiatria Democrática é consistentemente apresentada como a principal influência prática e teórica do CSMC<sup>ii</sup>:

Apesar de ter experimentado um período de certo esquecimento, a Psiquiatria Democrática volta ao cenário de interesses, à medida em que, ou é inspiração maior ou bastante significativa de algumas transformações institucionais (a exemplo do que ocorre nos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, em São Paulo, no Núcleo de Atenção Psicossocial – NAPS e Clínica Anchieta, em Santos, no Instituto de Psiquiatria da UFRJ, no Rio de Janeiro, onde foi recentemente organizado o 1º Fórum Internacional de Saúde Mental e Ciências Sociais, tendo-a como um dos temas principais) (Amarante, 1990, p. 77).

Amarante apresenta Franco Basaglia como “o principal ator do movimento da Psiquiatria Democrática italiana” e como sua passagem pelo Brasil na década de 1970 “influenciou importantes setores da sociedade civil, a imprensa, e inúmeros técnicos de várias instituições psiquiátricas” (idem). Refere-se às formulações de Basaglia a partir da releitura rotelliana, presente na publicação resenhada, como a “etapa da ‘negação da instituição’” que em verdade seria “o conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos, de códigos de referência cultural e de relações de poder



estruturados em torno de um objeto bem preciso: a doença à qual se sobrepõe no manicômio o objeto periculosidade (Desinstitucionalização, p.90)” (idem, p. 78). Ele segue, citando Rotelli (*apud* idem, p. 79): “A ruptura do paradigma fundante destas instituições, o paradigma clínico, foi o verdadeiro objeto do projeto de desinstitucionalização (...). O projeto de desinstitucionalização coincidia com a reconstrução da complexidade do objeto que as antigas instituições haviam simplificado”. Ao final retoma Basaglia e a aprovação da Lei 180 – lei da reforma psiquiátrica italiana – para concluir que na Itália “está construída uma alternativa original para lidar com os loucos e com a loucura” (p. 80), mas que se apresenta um “novo momento, de necessidade de uma maior reflexão teórico-conceitual sobre as práticas oriundas da Psiquiatria Democrática, o que esperamos aconteça e que este produto chegue até nós” (idem).

Em Barros (1993), as experiências italianas assumem relevo especial, notadamente a triestina, cujo processo “conduz à discussão sobre as práticas sociais que ergueram os muros do manicômio e estabeleceram limites bem definidos para a doença mental”, tomada como princípio “sobre o qual se ergueu o saber médico-psiquiátrico. Para os autores dessa experiência, este princípio é também, o ponto de partida para a desconstrução do manicômio” (idem, p. 75), isto é, o processo triestino de desinstitucionalização – discussão que encontramos na obra resenhada por Amarante (1990). Para Amarante e Carvalho (1996, p. 79):

Um dos pressupostos teóricos que mais influenciaram e continuam influenciando estas recentes transformações no Brasil, é o da experiência italiana – iniciada por Franco Basaglia em Gorizia, nos fins da década de 60, e continuada em Trieste nos anos 70 – que têm centrado sua atenção na crítica do paradigma psiquiátrico clássico – onde a doença mental é posta entre parênteses, e o que representava antes um objeto para a psiquiatria, torna-se um sujeito visto em suas especificidades.

Os autores retomam a discussão de Barros (1993) e, sintetizam o significado da experiência italiana segundo o quê define Rotelli, com um conceito que se torna nuclear no CSMC, o conceito de *Desinstitucionalização*:

*(...) o mal obscuro da psiquiatria está em haver separado um objeto fictício, a doença, da existência global complexa e concreta dos pacientes e do corpo social. Sobre esta separação artificial se constituiu um conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos (precisamente a instituição), todos referidos à doença. Este conjunto que é preciso desmontar*

*(desinstitucionalizar) para retomar o contato com aquela existência dos pacientes, enquanto existência doente (Rotelli apud Amarante e Carvalho, 1996, p. 79).*

Jacobina (2000, p. 90) destaca, entre as experiências internacionais, a Psiquiatria Democrática como especialmente “*influyente nas propostas alternativas de atenção à saúde mental e no movimento social de defesa de direitos de cidadania do louco e por uma assistência não-manicomial no Brasil*”. Guimarães et al (2001, p. 08) relaciona à visita de Basaglia ao Brasil em 1979 e à repercussão da experiência italiana o contexto de surgimento do MTSM que, “fortalecido pela sociedade civil organizada e pelas experiências de desinstitucionalização, destacadamente a experiência santista, culmina em 1989 com o movimento de Reforma Psiquiátrica, a criação do Projeto de Lei n.º 3.657 de autoria do deputado federal Paulo Delgado (PT – MG)”. Barros e Josephson (2001, p. 59) afirmam que a reforma psiquiátrica italiana foi o “modelo privilegiado pela Reforma brasileira” e, segundo Amarante e Torre (2001, p. 29-30), a experiência santista (a intervenção na Casa de Saúde Anchieta e os NAPS):

(...) fundamenta-se em determinados autores, a começar por Basaglia, do qual é tomada a noção de utopia para pensar a ação prática de transformar a realidade, entendendo que ‘abrir o manicômio não é apenas abrir suas portas, mas ao abri-las, abrir as nossas cabeças para a realidade de vida dos pacientes’ (Basaglia *apud* Nicácio et al., 1990, 02). O NAPS tem como eixo “a desconstrução do manicômio”, produzindo um novo projeto de Saúde Mental que se constitua numa instituição que não segregue e não exclua.

A Psiquiatria Democrática italiana e, especialmente, as reflexões de Franco Rotelli recebem destaque em Costa-Rosa, Luzio e Yasui (2001, p. 19-20) – pela influência que teria exercido sobre as discussões das CNSM realizadas em 1987 e 1992 –, e afirmam:

Para mudarmos nossa atitude asilar, reformista e tecnicista diante da pessoa com transtornos psíquicos ou mentais, e considera-la a partir de sua existência-sofrimento, faz-se necessário especificar uma concepção de subjetividade e de saúde psíquica que deixem claro qual é o lugar e o estatuto das crises e dos diferentes desencadeamentos problemáticos (...).

Segundo os autores, a noção de *existência-sofrimento* – que se torna central para o CSMC<sup>iii</sup> – e a diretriz de ampliação do entendimento sobre a doença mental daí decorrente, que é assumida na 2ª CNSM,

(...) sai explicitamente do modelo italiano. Sobre isso, Rotelli et al. (1990:28), afirmam que para considerar, de fato, o indivíduo como existência-

sofrimento é ‘preciso começar a desmontar a relação problema-solução, renunciando a perseguir aquela solução racional (tendencialmente ótima) que no caso é a normalidade plenamente estabelecida (idem, p. 19-20)

Pitiá (2005, p. 182), citando Amarante, segue no mesmo sentido e afirma que o movimento italiano ecoou e direcionou as discussões da 1ª CNSM:

Amarante (1995), quando reconstitui o processo histórico da trajetória da Reforma Psiquiátrica, configura todo o contexto das práticas transformadoras no âmbito da saúde mental. A luta pela extinção dos manicômios, originária da psiquiatria democrática italiana, encontra eco no Brasil na I Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1987, evento que marca o momento de discussões sobre as propostas alternativas de atendimento em Saúde Mental.

Para Reinaldo, Wetzel e Kantorski (2005, p. 9) a “proposta contra-hegemônica ao modelo fundado na psiquiatria (...) conformou as bases da Reforma Psiquiátrica Brasileira” e esta proposta “teve como maior inspiração a Reforma Psiquiátrica Italiana, conhecida como movimento de desinstitucionalização, porque tece uma crítica radical à psiquiatria e à instituição que operacionaliza no concreto: o hospital psiquiátrico”. Aproximando de forma indistinta as formulações de Rotelli e Basaglia, afirmam os autores:

Todo o processo de Reforma Psiquiátrica Italiana partia do pressuposto de ‘que o mal obscuro da psiquiatria está em ter separado um objeto fictício, a doença, da existência complexa e concreta do paciente e do corpo social’, e sobre esta separação artificial se construiu um conjunto de aparatos legislativos, científicos, administrativos, além de códigos de referência cultural e de relações de poder, todos referidos à doença (Rotelli, 1990:27). Basaglia defende amplamente esta, que segundo ele é a instituição a ser negada; para o autor, a ação no sentido de uma dimensão negativa é, ao mesmo tempo, destruição e superação (Basaglia, 1991). O objeto da psiquiatria torna-se, então, não mais a periculosidade e a doença, mas a ‘existência-sofrimento dos pacientes e sua relação com o corpo social’ (Rotelli, 1990:27) (Reinaldo, Wetzel e Kantorski, 2005, p. 10).

Ainda, de acordo com Quintas e Amarante (2008, p. 100), o “referencial teórico fornecido pela Psiquiatria Democrática Italiana e pela experiência santista de Saúde Mental introduz serviços que atuam como substitutivos ao modelo manicomial, por promoverem rupturas em relação ao modo de funcionamento centrado do hospital psiquiátrico” e trazem o território como “palco de exercício para a transformação cultural em relação ao fenômeno da loucura. No contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) surge como promessa de composição de uma assistência articulada ao território” (idem). Neste sentido, Consoli, Hirdes e Costa (2009, p. 118) afirmam:

No Brasil, a Reforma Psiquiátrica organiza-se com base nos pressupostos da Reforma Sanitária e da Psiquiatria Democrática Italiana, que prevê a desinstitucionalização como desconstrução do modelo manicomial, modificando o *status quo* por meio de novas estratégias que oferecem novas soluções. Na proposta atual da Reforma Psiquiátrica no Brasil, tem-se como objetivo a desinstitucionalização e inclusão, integrando os sujeitos nos diferentes espaços da sociedade.

Além da Psiquiatria Democrática, enquanto experiência prático-teórica fundante, os marcos destacados pelo CSMC são a experiência Santista e a inauguração do CAPS Luiz Cerqueira na capital paulista (Amarante, 1990; Guimarães et al, 2001; Amarante e Torre, 2001; Ferreira Neto, 2008; Oliveira, Fortunato e Dantas, 2010; Oliveira, Padilha e Oliveira, 2011). Pitta (2011, p. 4584) identifica a fundação do CAPS Luiz Cerqueira em 1987 “como ‘marco inaugural’ de um modo de cuidar que considera o sujeito em sofrimento como estruturante de uma ‘clínica ampliada’ que o articula no seu território e não o enclausura para tratá-lo”. Sobre a experiência de Santos (SP), Campos (1992, p. 78) relata:

Em Santos, a autonomia dos pacientes foi ampliada por meio de vários projetos: eles foram treinados para reciclar lixo da cidade, a fazer tijolos para construir moradias para os sem-teto, coordenaram um projeto para meninos de rua e confeccionaram murais para decoração de ruas. A rádio Tam-Tam com seus programas dirigidos a escolares e adolescentes mostrou-se útil e viável economicamente.

Hirdes (2009-a, p. 298) se refere à intervenção no HP Casa de Saúde Anchieta de Santos-SP, em 1989, como “um marco na história da psiquiatria brasileira, por se tratar de uma experiência inovadora, em que ocorreu uma intervenção médico-legal num asilo. Esta pode ser considerada a primeira experiência concreta de desconstrução do aparato manicomial no Brasil, e de construção de estruturas substitutivas”. Por sua vez, para Quintas e Amarante (2008, p. 102), Santos “traduz um conjunto de relações institucionais, num movimento contínuo de questionar e eliminar a contenção concreta e simbólica das instituições asilares, pelas quais se dava o controle do paciente”.

No plano internacional, o *Kennedy Mental Health Act* (1963) e o processo de desospitalização nos EUA são citados em oposição à desinstitucionalização como ideal de retirada dos internos de HP (Quinto Neto, 1992; Barros, 1993; Amarante e Torre, 2001; Couto e Alberti, 2008;). A desospitalização estadunidense é criticada por motivações econômicas e administrativas ligadas à redução de gastos públicos (Birman,

1981; Carvalho, 2011), para distingui-la das Reformas brasileira e italiana, esta última tomada como ideal de referência.

Os marcos legislativos são, destacadamente:

(1) A propositura do PL n.º 3657/1989 – o *Projeto de Lei Paulo Delgado* – e posterior aprovação da lei n.º 10.216 em 2001, a lei da Reforma Psiquiátrica brasileira<sup>iv</sup>. Pedro Delgado (1992) discute com bastante propriedade os aspectos mais relevantes do PL e sua inspiração na Lei 180/1978 italiana, impondo “urgência ao debate sobre a natureza das mudanças que a psiquiatria real estava a exigir no Brasil” (idem, p. 80). Delgado discute a estrutura e especificidade do PL e da especial *cidadania do louco*, as poderosas resistências à tramitação no Congresso Nacional e como, no limite, “a utopia da *‘sociedade sem manicômios’* tem seus correspondentes nas diversas lutas pelos direitos civis e a liberdade” (idem, p. 84), expressas no *PL Paulo Delgado*. Quase 20 anos depois desta publicação, por ocasião do decênio de promulgação da Lei 10.216, Delgado (2011, p. 4704) avalia que o “Cuidado é o princípio que norteia essa lei. Evoluir a clínica, fazer do intratável o tratável. É essencial o apoio social e familiar que influencie comportamentos, mude hábitos, confronte preconceitos, classificações, nosologia, catálogos de interdições”. Segue considerando que a Lei promoveu a inscrição do doente mental na história da saúde pública e em seus avanços progressistas, o que significa “aumentar sua aceitação social, diminuir o estigma da periculosidade e incapacidade civil absoluta e contribui para elevar o padrão de civilidade da vida cotidiana” (idem)

Couto e Alberti (2008, p. 50) veem na Lei n.º 10.216 a consolidação da “desospitalização gradual dos pacientes psiquiátricos e a diminuição dos leitos hospitalares, bem como a invenção de dispositivos substitutivos”. Na edição da revista *Ciência & Saúde Coletiva* especial de 10 anos da Lei, Costa et al (2011, p. 4576) afirma que desde sua promulgação, “a política pública de saúde mental fez uma profunda inflexão em direção ao modelo assistencial que privilegia o indivíduo, a família e a comunidade em lugar do isolamento social. Também produziu uma expressiva redução da oferta de leitos em hospitais psiquiátricos”. Segundo Pitta (2011, p. 4704),

A lei foi o ponto culminante de um processo de normatização da assistência que vinha sendo implementada com o desenho da Reforma através das

portarias ministeriais e da indução financeira para tal fim. A substituição progressiva dos manicômios e a implementação da rede de atenção psicossocial que o tornará prescindível, está descrita na lei.

(2) A propositura do PL n.º 3657/1989 inspirou um movimento nacional de propostas de leis de reforma da assistência psiquiátrica, em âmbito estadual e municipal, a exemplo da Lei n.º 9.716/1992 do Rio Grande do Sul – também citada por Sant’Anna (1993) e Hirdes (2009-a) –, que não apenas se inspira no *PL Paulo Delgado*, mas buscou novas estratégias a partir da experiência acumulada pela *empreitada* federal:

O documento inspirador das leis gaúchas, surgido em 1989 na Câmara Federal, e desenvolvido inicialmente com estreita participação social, recebeu aprovação por um acordo de Bancadas. A escassa discussão do seu mérito, tanto ao nível da sociedade civil, quanto do plenário legislativo, parecem ter contribuído pelo menos em parte, para a existência de oposições intransponíveis até o momento, obstruindo sua aprovação no Senado Federal (...) O reconhecimento, no Rio Grande do Sul, de que a proposta federal enfrentava obstáculos decorrentes de falhas estratégicas na sua condução, alertou para o fato de que o Projeto de Lei 191/91 deveria ser amplamente divulgado e discutido (Quinto Neto, 1992, p. 6)

Segundo Medeiros (2002, p. 577):

O movimento de Reforma Psiquiátrica brasileira vem encampando propostas de desinstitucionalização reforçadas pela Luta Antimanicomial. Este projeto de mudança representado no nível federal pelo projeto de lei supracitado [lei 10216/2001], e em alguns Estados da federação por projetos similares – como, por exemplo, no Rio Grande do Sul, em 1992; no Ceará, em 1993; em Pernambuco, em 1994; no Rio Grande do Norte, em 1995; em Minas Gerais, em 1995 e no Paraná, em 1995 – é o resultado de um dos mais importantes processos de mudanças culturais para a sociedade brasileira nesse final de século, que diz respeito a uma revisão dos aparatos científicos, administrativos, jurídicos e éticos, relacionados com a doença mental.

Padrão (1992) exalta o *PL Paulo Delgado* e cita iniciativas de leis orgânicas municipais, contemplando demandas pela Reforma Psiquiátrica em São Paulo, Rio de Janeiro, Brasília, Santos, Santo André e São Bernardo. Destaca que “o projeto político mais consistente para o enfrentamento dessas necessidades parte dos avanços legislativos do processo constituinte recente, de leis e projetos de lei que promovem a cidadania das pessoas acometidas de transtorno mental” (idem, p. 11). Costa-Rosa, Luzio e Yasui (2001, p. 23) afirmam que “Muitas das propostas apresentadas nas duas Conferências se concretizaram como, por exemplo, a criação de lei federal, leis estaduais e municipais, que incorporaram as propostas apresentadas no relatório e a criação da Comissão Nacional de Reforma Psiquiátrica”. Bastos e Jorge (2011) destacam que após a promulgação da Lei n.º 10.216/2001, “167 portarias foram

publicadas, principalmente para habilitação e cadastramento dos serviços de saúde mental. Em 2003, a Lei n.º 10.078 que cria o auxílio reabilitação psicossocial é promulgada com o intuito de fortalecer o processo de desinstitucionalização no país” (idem, p. 163)

(3) No que concerne a tratados internacionais, a Convenção de Caracas (1990) é o marco legislativo internacional do Campo (Brêda e Augusto, 2003; Machado, 2004; Hirdes, 2008, 2009-a; Salles e Barros, 2009; Oliveira e Fortunato, 2010; Carvalho, 2011). Para Brêda e Augusto (2003, p. 27), a declaração “reforça a ideia de reestruturação da atenção psiquiátrica vinculada à Atenção Primária à Saúde, permitindo a promoção de modelos substitutivos concentrados na comunidade e integrados com suas redes sociais, com preponderância da manutenção do doente em seu meio social”. Segundo Hirdes (2009-a, p. 298), Caracas é um “marco histórico para o setor de saúde mental, possibilitador de mudanças ao nível do Ministério da Saúde”. No encontro de Caracas, o Brasil e outros países latino-americanos se comprometeram com a reforma da assistência psiquiátrica e a descentralização do cuidado e desconstrução do “papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico, salvaguardar os direitos civis, a dignidade pessoal, os direitos humanos dos usuários e propiciar a sua permanência em seu meio comunitário” (idem). Bastos e Jorge (2011, p. 161) destacam o PL n.º 3657/89 e a Convenção de Caracas como “divisores de águas” nas lutas pela Reforma.

### 2.3. PISQUIATRIA MANICOMIAL E MICROPOLÍTICA

O entendimento sobre os saberes e práticas ligados à Psiquiatria reflete de forma nuclear o entendimento do Campo sobre si mesmo, sobre a Reforma e suas possibilidades de transformação, sobre a sociedade em que se insere, sobre a loucura e a assistência que quer reformar, superar ou implementar. Neste subcapítulo trazemos trechos representativo do pensamento sobre a Psiquiatria nas publicações, considerando que é em torno deste entendimento sobre Psiquiatria e sociedade que se estrutura o pensamento do Campo, suas reflexões sobre os indivíduos, as instituições e suas relações, as possibilidades de autonomia individual ou de controle violento das populações pobres, a exclusão-asilamento da anormalidade e a ação *biopolítica* da medicina. Este é o quadro explicativo geral que atravessa o Campo desde as primeiras

publicações: a Psiquiatria da violência, do controle biopolítico e da exclusão do anormal.

Assim, ainda nas primeiras publicações do final da década de 1970, ao discutir a formação e atuação do psicólogo na Saúde Mental, Fleury (1977, p. 27) situa-se em posição crítica às “hierarquias de poder [que] asseguram ao médico uma posição dominante” e ao “trinômio doente, asilo, psiquiatria”, que seria colocado em *xequê* pela “revolução que transformou o objeto de intervenção da doença na saúde mental, que mudou o espaço da assistência do asilo para comunidade, e acrescentou à forma do atendimento individual as modalidades de grupos, famílias, instituições”. Ela critica, dialogando com Basaglia e Castel, o HP “tal como existe hoje [1977], a instituição, com uma função de custódia implícita na sua própria existência, e em nítida contradição com a finalidade terapêutica, passam a entrar em jogo elementos que pouco tem a ver com a enfermidade” direcionando-se ao controle e exclusão da pobreza (idem, p. 29).

No mesmo período, a Comissão da Associação Psiquiátrica da Bahia (CAPB, 1978, p. 34) destaca uma série de percalços da formação e atuação em Psiquiatria, tais quais a formação inadequada e a adoção de práticas “alienígenas” e inadequadas à realidade de saúde brasileira. Isto, de acordo com a CAPB, levaria ora a uma “prática individualizada, quase diletante, dirigida a uma estreita faixa da população de maior poder aquisitivo” ora, “no que se refere à grande maioria sem condições sócio-econômicas, os psiquiatras têm sido levados, dentro desse papel outorgado pelo sistema, a serem instrumento de ação repressora, da exploração da doença da exclusão do doente” (idem, sic.). A Psiquiatria repressora e asilar dirigida aos pobres, segundo a CAPB dissimularia

(...) interesses de ordem ideológica na reprodução da falsa imagem de que todos têm direito à saúde, ao diminuir ou atenuar as tensões sociais, ao reforçar o controle social, psiquiatrizando a vida social. No sentido econômico, mantém e reproduz a força de trabalho, deixando-se em condições de ser explorada dentro do sistema produtivo, além de ampliar o consumo de equipamentos e principalmente remédios” (CAPB, 1978 p. 35)

Nas publicações que se seguem, Lima et al (1980, 1980-a) articula suas críticas em torno da denúncia às condições de tratamento, à internação e asilamento de pacientes que poderiam ser tratados em serviços extra-hospitalares. Os autores denunciam uma Psiquiatria privatizada que estaria ligada ao “prejuízo da qualidade da



atenção médica, à uma medicalização de problemas sociais e à iatrogenia” (idem, p. 46, *sic.*). Em Lima et al, são denunciadas as condições de tratamento e o que caracterizam como um modelo assistencial psiquiátrico ineficaz e *elitista*, com índices inexpressivos de recuperação e em que a “prevalência de doença mental na população vem aumentando. Cronificador porque elege métodos que usados isoladamente, provam ser francamente nocivos, como a segregação de doentes em hospitais com internações repetidas” e, seguem os autores, “elitista, porque deliberadamente exclui o acesso das camadas mais amplas da população a técnicas mais eficazes como a psicoterapia” (idem, grifo nosso). A crítica à Psiquiatria da exclusão e ao HP é relevante, também, em Birman (1981, p. 64) ao discutir as propostas internacionais de reforma da psiquiátrica:

Assim, neste processo, criticava-se o **psiquiatra-carcereiro** e se procurava instituir o **psiquiatra-terapeuta**. Porém, a instituição deste se realizava de forma problemática, na medida em que a crítica ao processo de exclusão social da loucura não se realiza na sua radicalidade. Significa dizer que o psiquiatra-terapeuta não se estabeleceu, exatamente porque não sendo enfrentada completamente a questão da exclusão asilar, esta continuou aderida à base de sua identidade. A psiquiatria realizou uma solução de compromisso, e a questão da exclusão asilar recebeu uma solução tecnológica, quando antes de qualquer coisa ela é uma questão política.

Nestas primeiras publicações, a questão política (*politic*) é bastante destacada. No final da década de 1980, com a inflexão micropolítica da chamada *trajetória de desinstitucionalização* (Amarante, 1990, 1992), há uma maior delimitação da crítica focando na prática psiquiátrica e no “conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos, de códigos de referência cultural e de relações de poder estruturados em torno de um objeto bem preciso: a doença à qual se sobrepõe no manicômio o objeto periculosidade” (Amarante, 1990, p. 78). A emergência destas críticas coincide com as primeiras experiências com serviços substitutivos, legislações e políticas oficiais que incorporavam princípios da Reforma. Sob o lema de “*uma sociedade sem manicômio!*” do Congresso de Bauru (1987), junto às críticas ao HP somam-se as críticas às chamadas práticas e saberes manicomialis, dentro e fora do manicômio<sup>v</sup>.

É em torno disto que se dará a crítica à chamada Psiquiatria tutelar, sobre a qual se fundam os dispositivos de tutela, a inimputabilidade (penal) e a incapacidade (civil) do louco (Delgado, 1992). É a Psiquiatria da exclusão e do asilamento que legitima o estigma “do paciente psiquiátrico, em que a maior amputação se constata na

desqualificação, coisificação e conseqüente retorno ao ambiente manicomial, gerando a cronificação da vivência da doença mental” (Guimarães e Medeiros, 2001, p. 576). A Psiquiatria *do* excluído e da exclusão é aquela que, entre muros ou reproduzida nos serviços substitutivos corresponde à *lógica e práticas manicomiais* ou, para usar a expressão de Guimarães et al (2001, p. 9), a Psiquiatria hegemônica ou tradicional, entendida como “atavismo manicomial”. Na perspectiva da *Desinstitucionalização*, a negação da instituição se refere “ao conjunto de práticas sociais que marcam as diferenças, que produzem as invalidações sociais de indivíduos, que vão da discriminação e da segregação, à radicalidade extrema da exclusão concreta entre muros, autorizadas pelo poder psiquiátrico” (Amarante, 1990, p. 78). Assim, segundo Campos (1992, p. 79, *sic.*), a “Luta antimanicomial não consiste em pôr abaixo, arrasar materialmente, o manicômio; como os trabalhadores ingleses tentaram por época da Revolução Industrial, mas sim em atuar como um movimento que modifique as práticas e a cultura psiquiátrica dominante”. No mesmo sentido, Amarante e Carvalho (1996, p. 79):

Mais do que desconstruir os muros do manicômio e substituí-los por uma rede de serviços alternativos, é necessário fazer uma **rede de relações sociais** que realmente desconstrua tudo aquilo que representa a **tecnologia manicomial** e sua ética de exclusão e não-reconhecimento da diferença (...) uma rede de relações sociais, integrando o sujeito à cidade e a cidade a outras formas de viver

A esta leitura da Psiquiatria corresponde a um entendimento de sociedade biopolítica, na qual o controle sobre as populações pobres é exercido pela Psiquiatria (CAPB, 1978; Lima et al, 1980, 1980-a; Jacobina, 2000; Verthein e Gomez, 2001; Freitas, 2004; Carvalho, 2011). Esta é uma chave interpretativa sobre a qual o Campo pensa a medicalização-psiquiatrização da loucura como expansão do campo de normatividade da Psiquiatria que atingiria, especialmente, “pessoas sem trabalho, sem recurso, isoladas; pessoas que perderam seus vínculos sociais e sua identidade e que têm, como agravante, a pobreza urbana” (Jacobina, 2000, p. 107). Assim, frente ao fenômeno da estigmatização e exclusão, o Campos busca “evitar práticas que levam à ‘psiquiatrização’ e à ‘medicalização’ do sofrimento humano” (Figueiredo e Onocko-Campos, p.148). As respostas às práticas manicomiais são dadas na micropolítica cotidiana do trabalho em saúde, promovendo reflexões quanto aos “problemas na relação entre a equipe, aos preconceitos em relação à loucura, à dificuldade de entrar em

contato com o sofrimento do outro e à sobrecarga trazida pela lida diária com a pobreza e a violência” (idem).

Além de estabelecerem, amiúde, uma relação direta entre “níveis sócio-econômicos inferiores” e “saúde mental insatisfatória” (Cordeiro et al, 1978, p. 58), quando declaram o perfil da população estudada, este é invariavelmente de baixa renda-escolaridade e exposto a vulnerabilidades socioeconômicas<sup>vi</sup>. À exceção do artigo de Selaimen et al (2007, p. 1632) que cita pessoas de “média e alta renda (entre 6 e 10 salários mínimos, e superior a 11, respectivamente)”. Assim, o Campo é pensado para a mitigação da pobreza e a gestão da miséria, que pressupõem a existência de outro modelo para os não-pobres, ou seja, um fornecido pelo Estado para quem não tem condições de pagar e outro para o restante da população que de alguma forma poderia arcar com os custos de sua saúde e que não precisa ser socorrido pela Reforma.

Neste sentido, a Psiquiatria manicomial é identificada com a exclusão e o estigma, com a não-aceitação da diferença e da singularidade e o exercício da violência sobre as populações mais vulneráveis. Torre e Amarante (2001, p. 79) definem o *Modelo Manicomial* como “aquele que se funda na noção de que a experiência psíquica diversa é sinônimo de erro. O delírio não seria uma expressão do desejo, mas sim mera externalização do erro”. Para os autores, a resposta é a transformação radical do modelo manicomial com a superação do conceito de doença, sem negar as várias formas de delírio ou alucinação e “Nesse sentido Rotelli propõe, no lugar do objeto doença mental, o objeto existência-sofrimento do sujeito em sua relação com o corpo social” (idem). E seguem:

A cura cede espaço à emancipação, mudando a natureza do ato terapêutico, que agora se centra em outra finalidade: produzir autonomia, cidadania ativa, desconstruindo a relação de tutela e o lugar de objeto que captura a possibilidade de ser sujeito. Para Rotelli (1990) a emancipação terapêutica (que se torna o objetivo substituto da “cura”) só pode ser (cientemente) a mobilização de ações e de comportamentos que emancipem a estrutura inteira do campo terapêutico (idem, p. 81).

O conceito de *Desinstitucionalização* (Amarante, 1990, 1992; Barros, 1993; Amarante e Carvalho, 1996; Fefferman, 1999) é evocado como instrumento desta transformação assistencial e, no cotidiano do ato de saúde e nas relações micropolíticas, a superação das práticas manicomiais:

O ato terapêutico ganha outros sentidos. É possível perceber como os conceitos formam uma rede: a clínica encerra a atuação sobre a doença, que requer um diagnóstico que a reconheça e possibilite a escolha do tratamento ou ato terapêutico apropriado, que por sua vez objetiva a cura. A desmontagem e desnaturalização dessa rede, bem como a proposição de novos conceitos ou novos sentidos para os mesmos conceitos é o trabalho da desinstitucionalização. O ato terapêutico, se não é mais fundado sobre a doença e não provém da autoridade médica, torna-se a própria organização coletiva, convertendo-se em tomada de responsabilidade e produção de subjetividade: ao invés de fundar-se sobre uma regra imposta de cima, a organização se converte, por si mesma, num ato terapêutico (Torre e Amarante, 2001, p. 82)

Wetzel e Almeida (2001, p. 78) propõem a reformulação da assistência à saúde em “um modelo não manicomial”, situando o projeto do CSMC “na luta pela qualidade e eficácia dos serviços públicos”, contrapondo-se a “algumas críticas de governantes, donos de hospitais psiquiátricos e profissionais de saúde mental quando usam como argumento contra a Reforma sua pouca aplicabilidade prática na realidade da assistência em saúde mental”, no Brasil. Machado (2004, p. 489) fala da “preocupação com as transformações de um modelo puramente manicomial, para um outro modelo com vistas à desinstitucionalização”. Em sua discussão sobre a representação da Reforma pela mídia jornalística nacional, destaca as referências a

(...) tratamentos a partir de arsenais das artes plásticas, reportagens sobre casas para moradia de pacientes, utilização de recursos da psicanálise em favelas, baile de carnaval com pacientes das instituições psiquiátricas de uma cidade, a utilização de meios como programas de televisão elaborados e apresentados por pacientes e sua divulgação na mídia, festas e atividades criativas e de lazer diversificada, estão ancoradas no paradigma da desinstitucionalização, que sustenta as diretrizes da Reforma Psiquiátrica” (idem).

Reinaldo, Wetzel e Kantorski (2005, p. 10) vinculam historicamente à Reforma e ao questionamento do *modelo manicomial*: “o surgimento do movimento denominado Reforma Sanitária e a organização do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, iniciou-se no Brasil o questionamento do modelo manicomial, centrado no hospital psiquiátrico”. No mesmo sentido, Coelho (2008, p. 94) remete a superação do *Paradigma Manicomial* às discussões de Amarante sobre Desinstitucionalização e à busca por “transformar o imaginário social em relação à loucura, à doença mental, à anormalidade e que se referem a um conjunto de práticas sociais que possam construir solidariedade, a inclusão dos sujeitos em desvantagem social, a diferença e a diversidade (Amarante, 1999, p. 51)”. Para Jardim e Dimenstein (2008, p. 151):

Se o intuito da Reforma Psiquiátrica é questionar a lógica manicomial, a psiquiatria tradicional e o hospício, símbolo máximo da exclusão da diferença, preconizando o cuidado em liberdade, atenção integral e serviços substitutivos, devemos nos perguntar qual posicionamento adotamos diante de uma pessoa em crise. É importante mencionar que as situações de crise são um dos principais motivos de internação psiquiátrica no Brasil, atualmente.

E, em Luzio e L'Abbate (2009, p. 116),

(...) o processo de desinstitucionalização e a superação do modelo manicomial exigem transformações da sociedade para se construir uma história que privilegie a vida, portanto, inserindo-se no campo das lutas sociais. Porém, é possível construir utopias no próprio cotidiano para viabilizar a transição paradigmática exigida pelas diretrizes e propostas da reforma psiquiátrica, que estariam centradas no investimento nos trabalhadores da Saúde Mental, principalmente no que se refere à formação permanente dos profissionais dos serviços e na reformulação da formação profissional. Tais utopias deveriam também estar voltadas para os usuários e a população, para viabilizar sua organização e sua participação nesse processo.

Ainda, conforme Consoli, Hirdes e Costa (2009, p. 118):

No Brasil, a Reforma Psiquiátrica organiza-se com base nos pressupostos da Reforma Sanitária e da Psiquiatria Democrática Italiana, que prevê a desinstitucionalização como desconstrução do modelo manicomial, modificando o status quo por meio de novas estratégias que oferecem novas soluções. Na proposta atual da Reforma Psiquiátrica no Brasil, tem-se como objetivo a desinstitucionalização e inclusão, integrando os sujeitos nos diferentes espaços da sociedade (p. 118).

Aquilo que o Campo designa como *Desinstitucionalização* assume a centralidade das reflexões e estratégias de transformações das relações entre a loucura, a Psiquiatria e a sociedade. Tendo em Amarante seu principal divulgador e (re)formulador teórico à realidade brasileira, o conceito de *Desinstitucionalização* não seria “um simples e elementar processo de desospitalização (muito embora seja *uma* parte, *um* aspecto da Reforma Psiquiátrica), mas um conjunto de medidas de transformação do campo do saber e das práticas psiquiátricas e, ao mesmo tempo, um processo de transformação nos campos da ética, da cultura e da cidadania” (Amarante, 1994, p. 44). Tratar-se-ia de “um processo de superação de paradigmas e de resgate da complexidade dos fenômenos complexos, como são complexas a loucura, a doença, o sofrimento, que o saber psiquiátrico reduziu ao sintoma e obliterou a totalidade da experiência” (idem).

Analisando as publicações quanto às dimensões de transformação da Reforma pelo processo de desinstitucionalização – dimensão técnico-assistencial,

teórico-epistemológica, jurídico-política e a dimensão sociocultural –, identificamos que, para o CSMC, o mecanismo promotor destas transformações é a dimensão técnico-assistencial. Assim, mesmo entre publicações que se referem, por exemplo, às transformações na dimensão sociocultural (Aquino, Aquino e Aquino, 2008; Figueiredo e Onocko-Campos, 2009; Pitta, 2011), o mecanismo, *locus* ou natureza desta transformação é a assistência. Assim, o objeto da publicação é, em verdade, a dimensão técnico-assistencial, ainda que se fale em outras dimensões. Assumindo este critério para caracterização – do mecanismo, *locus* ou natureza da transformação discutida ou proposta pela publicação – temos: do total da literatura específica, 63% das publicações se caracterizavam pela dimensão técnico-assistencial. A dimensão epistemológica correspondeu a 19%, a jurídico-política 7% e a Sociocultural a 5,5%.

Isto se dá pela re-conformação do Campo após a *inflexão micropolítica* e o foco sobre o ato cotidiano de saúde. A desinstitucionalização se dá “pelas práticas de cuidado promovidas pelos serviços substitutivos, mas também por outras estratégias, práticas e redes de cuidado e equipamentos sociais que possam vir a ser desenvolvidas na cidade, nos espaços micropolíticos de vida” (Amorim e Dimenstein, 2009, p. 200-1) e pela “clínica constituiria uma ferramenta na invenção da saúde que se faz como cartografia dos modos de existir, ou seja, como o percorrer/acompanhar os espaços de ruptura e propagação do novo” (idem, p. 202). Na micropolítica assistencial seria possível

‘revolucionar o cotidiano’, questionar os mecanismos de dominação/exploração (micropoderes) mesmo quando não se tenha alterado o esquema mais geral de dominação a nível do Estado, da sociedade política e do mundo da produção (Campos, 1994). O que se pretende é ‘tratar o instituído como expressão de um dado processo de institucionalização, a partir das dinâmicas políticas particulares, configuradas pelos vários sujeitos sociais em suas disputas políticas’ (Merhy, 1992)” (Wetzel e Almeida, 2001, p. 79)

Conforme Costa-Rosa e Yasui (2008, p. 35), é “por meio dos encontros que ensinamos no cotidiano de nossa práxis, de produzir novos processos de subjetivação, de produzir modos mais autônomos de viver e de fazer a diferença”. Conforme Quintas e Amarante (2008, p. 104)

Apesar do tempo de Reforma Psiquiátrica empreendida no país, entende-se que a superação do manicômio não se reduz a uma modernização da assistência, mas se trata de uma luta contra os mecanismos de controle da

população, que precisa ser melhor trabalhado no cotidiano dos atores da Reforma Psiquiátrica. Essa percepção acerca da capacidade de invenção que um serviço precisa ter para substituir a lógica psiquiátrica ainda não chegou ao ponto de transformar suas práticas e construir serviços de Saúde Mental que se coloquem como substitutivos.

E ainda Jorge e Senna (2011, p. 449):

A possibilidade do cuidado em saúde mental no território é produzida a partir de agenciamentos promovidos pelo CAPS e pressupõe um espaço de interlocução para construção de projetos de vida. Esse processo é operado no cotidiano do serviço e é regido por diferentes atores, que (re)significam de forma singular o cuidado. Estas singularidades produzem diversas possibilidades de ver, sentir e conviver com as pessoas com transtorno mental. Por essa tal necessidade, urge a proposição de estratégias inovadoras no cuidado em saúde mental, sendo vislumbrado com ações que extrapolem o limite da unidade de saúde.

#### 2.4. PRINCIPAIS CATEGORIAS CONCEITUAIS

Neste subcapítulo, apresentaremos os principais conceitos do Campo da Saúde Mental Coletiva, que emergiram de nossa pesquisa bibliográfica, buscando estabelecer a forma como se relacionam e se conformam reciprocamente. Destacamos os excertos mais representativos remetendo às notas-de-fim outras publicações que trazem a mesma ideia ou formulação. Identificamos estes conceitos na literatura específica seguindo 03 critérios: a frequência com que aparecem nas publicações; a relevância estrutural para a produção do Campo e; a avaliação de serem categorias importante para pensarmos o Campo na Contemporaneidade. Isto significa que não apresentaremos apenas aquelas categorias e conceitos mais frequentes, quantitativamente, nas publicações. Assumimos um ponto de vista qualitativo, no sentido de identificar o conteúdo, contexto e repercussão dos conceitos para a produção analisada, considerada em sua totalidade. Estes conceitos são: Desinstitucionalização, Cidadania e Autonomia, Reabilitação, Família, Comunidade e Território.

Partimos do conceito de **Desinstitucionalização** por considera-lo o conceito-chave que reestrutura o Campo, a partir do que chamamos de *inflexão micropolítica*. Nas publicações da literatura específica analisada, o conceito é introduzido por Amarante (1990) em sua resenha sobre o livro *Desinstitucionalização*, cuja edição italiana foi organizada por Franco Rotelli. Amarante trabalha o conceito de Desinstitucionalização em oposição ao que chama de “a etapa de ‘negação da

instituição’, descrita e analisada numa coletânea organizada por Basaglia, denominada “A instituição negada” (Amarante, 1990, p. 78). Citando Rotelli, Amarante explica que:

“A instituição a ser negada era o conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos, de códigos de referência cultural e de relações de poder estruturados em torno de um objeto muito preciso: a doença à qual se sobrepõe no manicômio o objeto periculosidade” (Desinstitucionalização, p.90) (...). Ocorre haver uma compreensão distorcida deste projeto de desinstitucionalização, reduzindo-o, ora apenas à “desospitalização”, muito difundida nas psiquiatrias comunitária e preventiva, ora a destruição material do hospital psiquiátrico (idem).

Mais adiante, completa:

Seguindo o raciocínio de Rotelli: “Portanto, as antigas instituições a serem superadas por serem cultural e epistemologicamente incongruentes (...) A ruptura do paradigma fundante destas instituições, o paradigma clínico, foi o verdadeiro objeto do projeto de desinstitucionalização: e a ruptura do paradigma se fundamentava também na ruptura da relação mecânica causa-efeito na análise da constituição da loucura (...). O projeto de desinstitucionalização coincidia com a reconstrução da complexidade do objeto que as antigas instituições haviam simplificado (e não foi por acaso que tiveram que usar a violência para consegui-lo). Mas se o objeto muda, se as antigas instituições são demolidas, as novas instituições devem estar à altura do objeto, que não é mais um objeto em equilíbrio, mas está, por definição (a existência-sofrimento de um corpo em relação com o corpo social) em estado de não equilíbrio: esta é a base da instituição inventada (e nunca dada)” (idem, p. 79)

Depois da “etapa de negação da instituição”, o conceito de Desinstitucionalização introduz a *etapa de invenção*, trabalhada por Rotelli em sua

(...) “instituição inventada”. Descartadas as falsas compreensões da desinstitucionalização (ou como mera des-hospitalização, ou como absurdo abandono), podemos apreender o elaborado processo de invenção de uma nova concepção sobre a loucura e a sobre a organização dos serviços de saúde mental nesta contextualização (idem)

A partir desta publicação – que traz os elementos fundamentais da elaboração sobre as dimensões de transformação da Reforma já apresentadas (subcapítulo 2.3) – a Desinstitucionalização atravessará crescentemente as publicações do Campo <sup>vii</sup>. Reinterpretando os fundamentos basaglianos e as inspirações da Psiquiatria Democrática, apresentando as possibilidades de ação pela invenção de serviços e práticas não-manicomiais de assistência e, finalmente, o horizonte de transformações da Reforma; a Desinstitucionalização passa a coincidir com a própria Reforma Psiquiátrica, enquanto síntese das bandeiras das possibilidades de intervenção



sobre o objeto do CSMC: as relações entre a loucura, a Psiquiatria e a sociedade. Equiparando à Desinstitucionalização, Amarante (1994, p. 44) explica que este

(...) não é um simples e elementar processo de desospitalização (muito embora seja *uma* parte, *um* aspecto da Reforma Psiquiátrica), mas um conjunto de medidas de transformação do campo do saber e das práticas psiquiátricas e, ao mesmo tempo, um processo de transformação nos campos da ética, da cultura e da cidadania (...). É um processo de superação de paradigmas e de resgate da complexidade dos fenômenos complexos, como são complexas a loucura, a doença, o sofrimento

No mesmo sentido de equiparação entre a Reforma e o conceito de Desinstitucionalização são os excertos seguintes, alguns dos quais atribuem a Basaglia a formulação rotelliana:

Movimento da Luta Antimanicomial surge em contrapartida como uma construção ativa da utopia 'Por uma sociedade sem manicômios', na qual a desinstitucionalização do outro, do desviante aparece como possibilidade da produção de uma sociedade fundamentada no exercício pleno da cidadania, na liberdade, na justiça social, na convivência dos diferentes. Essa concepção nos permite abordar o processo de produção do sofrimento mental a partir dos processos desiguais de condições de existência (Fefferman, 1999, p. 95.)

A proposta brasileira teve como maior inspiração a Reforma Psiquiátrica Italiana, conhecida como movimento de desinstitucionalização, porque tece uma crítica radical à psiquiatria e à instituição que operacionaliza no concreto: o hospital psiquiátrico (Reinaldo, Wetzel e Kantorski, 2005, p. 9).

No Brasil, a trajetória da reforma psiquiátrica foi construída de modo particular ao longo desses anos, sendo que diversos fatos históricos (AMARANTE, 2009) abriram um novo campo de possibilidades de formulação de políticas de saúde mental, valorizando a ideia de fazer valer os direitos de cidadania dos usuários, preocupando-se com a sua saída das instituições psiquiátricas e com a viabilização dos instrumentos de suporte financeiro e social. Este trabalho se insere na temática mais ampla da desinstitucionalização basagliana, proposta pelo movimento da reforma psiquiátrica brasileira, como uma diretriz da Política Nacional de Saúde Mental no Sistema Único de Saúde (SUS) (Campos e Saeki, 2009, p. 475).

Para contextualização da desinstitucionalização de que falamos, partimos da concepção basagliana de desconstrução do saber/poder da estrutura institucional psiquiátrica e da re-construção dessa prática em saúde mental, entendendo a abordagem psiquiátrica como parte do todo que constitui a saúde mental de forma transdisciplinar, que é um recurso de ampliação da intervenção da ciência, uma vez que possibilita a intercessão e o diálogo sob óticas diversas, porém, especializadas sobre o objeto de estudo (...). Na construção participante dos saberes e práticas em saúde mental, destacamos a discussão acerca da cidadania como um dos fortes sustentáculos da desinstitucionalização, devido à sua dimensão coletiva, política, ética e social, que permite o enfoque sobre o doente mental como sujeito social (Guimarães e Medeiros, 2001, p. 98).

A Desinstitucionalização introduz, ou consolida teoricamente, duas noções fundamentais para entendermos o CSMC: as noções de *Inovação-Criatividade* e a de *Cotidiano*. É no cotidiano que se exercerá a criatividade e serão inventadas as novas formas de lidar com a loucura e a diferença com práticas que seriam capazes de superar a Psiquiatria manicomial:

É inegável que a convivência com a doença mental gera problemas e dificuldades complexas (...). A invenção e a criatividade são de grande importância para que na dinâmica do cotidiano, não transformemos nossas ações em saberes e práticas cristalizados” (Reinaldo, Wetzel e Kandorski, 2005, p. 13)

“A ‘reinvenção’ irá remetê-lo aos meios de se re-fazer, reconstruir e re-elaborar seu cotidiano, apesar da crise, com tudo que lhe pertença como características e limitações pessoais – uma possibilidade de resgate do cliente como sujeito cidadão – de volta ao seu contexto, responsabilizando-se por seus atos e reconhecendo-se de novo capaz de exercer, da forma mais consciente possível, ações subjetivas sobre o seu espaço e lugar na sociedade (Pitiá, 2005, p. 181-2).

Este imperativo de *criatividade* e *invenção* está na perspectiva de “corresponsabilidade e coparticipação da atenção” (Wunsch e Luchese, 2010 p. 580) e da possibilidade do “controle do sujeito sobre sua existência por meio da restauração de sua capacidade de escolha e de autorresponsabilização é o foco central das intervenções terapêuticas que não estão focadas exclusivamente em uma determinada disciplina ou profissão” (Jorge e Sena, 2011, p. 446, *sic.*). A expectativa de um sujeito do autocontrole é colocada sobre trabalhadores <sup>viii</sup> que, na *trajetória da Desinstitucionalização*, devem ser criativos e positivos, capazes de reinventar suas práticas assumindo “um ‘ato de criatividade necessário e jamais dominado para agir, produzir e realizar’ (Andrade, 2007, p. 85)” (Remminger, 2008, p. 66), para implementação de serviços não-manicomiais e de *produção de vida* são necessários trabalhadores que lidem com “problemas complexos de forma criativa e entusiasmada” (idem), um trabalhador engajado e **alegre**, sob risco de reproduzir práticas manicomiais: “Uma equipe de trabalhadores dos CAPS que não possa usufruir de alívios produtivos e de estados de alegria de forma implicada, não tem muito a oferecer a não ser exaurir para gerar alívio nos outros como o manicômio já fazia e faz” (Merhy apud Remminger, 2008, p. 66).

Para realização do projeto de Desinstitucionalização, entende-se que a “invenção e a criatividade são de grande importância para que na dinâmica do cotidiano, não transformemos nossas ações em saberes e práticas cristalizados” (Reinaldo, Wetzel e Kantorski, 2005, p. 13). Os trabalhadores devem ter

A capacidade de responder de forma diversa às situações de crise se insere nas práticas dos serviços substitutivos como capacidade cotidiana de sustentar a atenção à crise, pelo exercício do trabalho em equipe, e ao articular tutela, direitos e responsabilidade (Nicácio, 2003). A complexidade envolvida nas situações de crise demanda a criação de estratégias de contato pautados na possibilidade de transformação da intervenção violenta, ressignificando os conflitos em direção à invenção de saúde (Quintas e Amarante, 2008, p. 103).

O cotidiano se apresenta como o *real* em que se desenrola a “*existência global complexa e concreta dos pacientes e do corpo social*” (Rotelli *apud* Amarante e Carvalho, 1996, p. 79), que a Psiquiatria separou artificialmente do seu “*objeto fictício, a doença*” (idem). Assim, afirmam os autores, a Desinstitucionalização aponta para a necessidade de não intervir somente sobre o modelo assistencial, mas de intervir na “forma de lidar não o objeto transcendente que a psiquiatria criou, mas as vidas singulares dos sujeitos, suas vidas cotidianas e suas diferentes experiências” (idem).

Segundo Costa-Rosa, Luzio e Yasui (2001, p. 16), é necessário transformar as “relações cotidianas entre trabalhadores de saúde mental, usuários e famílias, comunidade e serviços, em busca da desinstitucionalização, bem como da humanização das relações no campo da saúde mental”. Para Almeida e Escorel (2001, p. 41), a reinserção social e a reabilitação dos usuários precisam ter em vista que o “tratamento proporciona também a aquisição de habilidades de ordem pragmática, como capacidade de gerir dinheiro, de ir e vir, cuidados com a higiene entre outras habilidades necessárias à gestão do cotidiano, aumentando com isso a ‘qualidade de vida’ (Santos e Almeida, 2000)”. Citando Gastão Campos e Emerson Merhy, Wetzel e Almeida (2001, p. 79) afirmam que a implementação de políticas de SM no *processo de constituição de sujeitos sociais*, “implica a hipótese de que é possível ‘revolucionar o cotidiano’, questionar os mecanismos de dominação/exploração (micropoderes) mesmo quando não se tenha alterado o esquema mais geral de dominação a nível do Estado, da sociedade política e do mundo da produção”. Da mesma forma, Oliveira (2008, p. 39) sobre as possibilidades de transformação a partir das práticas cotidianas:

Coloca-se, então, uma questão crucial: como desenvolver ações de Saúde Mental na perspectiva da responsabilidade sanitária exercida efetivamente em serviços territorializados e promotores de saúde? A questão ressalta a necessidade de se continuar com questionamentos, reflexões, problematizações sobre a busca pela operacionalização de novos conceitos e paradigmas na prática cotidiana do cuidado sanitário.

Segundo Salles e Barros (2009, p. 310)

Para Heller é na vida cotidiana que se produzem as relações sociais entre os homens, é na comunidade que o indivíduo se insere na sociedade, reproduzindo as atividades e cultura existentes. (...) também é no cotidiano que a sociedade se transforma: uma mudança que se inicia com pequenas alterações na vida de cada indivíduo até alcançar o âmbito da coletividade. Pautado na vida cotidiana, o indivíduo se insere na sociedade, assimilando e participando do cotidiano da comunidade. As atividades do dia-a-dia de cada pessoa estão relacionadas às atividades cotidianas de sua família, amigos, colegas de trabalho, o que constitui uma trama de relações sociais vinculadas às diferentes atividades da vida. Nessa trama, o indivíduo pode se apropriar da realidade a seu modo, colocando a marca de sua personalidade, mantendo sua particularidade e construindo uma vida socialmente ativa.

Neste quadro, a atuação cotidiana na micropolítica do ato de saúde comportaria as possibilidades de ação *presente* e de transformação *futura*, para a realização final da Reforma Psiquiátrica. Assim, Oliveira e Alessi (2005, p. 195) afirmam que “cidadania se conquista no cotidiano, nas relações diárias, micro e macrosociais” e contrapõem a centralidade das práticas cotidianas às estratégias importantes, mas datadas da *trajetória sanitarista* da Reforma: “As macro-mudanças legislativas, jurídicas e administrativas eram, portanto, nesse período institucionalizante da Reforma Psiquiátrica, consideradas necessárias e, até mesmo, a garantia de operacionalização de novas práticas terapêuticas” (idem). As autoras destacam que

Num terceiro momento da Reforma Psiquiátrica (o da desinstitucionalização), ao compreender a cidadania não mais como um atributo formal, mas um projeto aberto a ser construído cotidianamente e, após reconhecer que no Brasil, nos anos 80 (e ainda hoje), o mais importante não era reivindicar os direitos de cidadania, mas construir essa cidadania, admitia-se mais livremente a necessidade de desconstrução do manicômio em todas as suas estruturas – internas e externas. A Reforma Psiquiátrica passou a ser compreendida como um interlocutor indispensável no processo de construção da cidadania brasileira (Bezerra Jr., 1994). Sinalizando para diferenças significativas, tanto no que se refere à necessidade de se buscar no cotidiano e nas micro-relações a possibilidade de construção de cidadania para os doentes mentais, tanto para o fato de que instituições e técnicas não asseguram direitos de cidadania para doentes mentais, Saraceno (2001) afirma a possibilidade de sua construção como meta e instrumento de reabilitação psicossocial, compreendendo que os seres humanos, os doentes mentais inclusive, atuam em três cenários: habitat, rede social e trabalho com valor social. A habilidade ou “desabilidade” para os exercícios contratuais

nessas três esferas de relações é o que deve ser analisado quando se tem em mente a reabilitação (idem, p. 196, grifos nossos).

A noção de *Cotidiano* reestrutura, assim, o entendimento do Campo sobre a busca por **Cidadania**. Nas publicações que coincidem com a *trajetória sanitária* (vide subcapítulo 1.3), a cidadania é equiparada a um conjunto de direitos (civis, sociais, políticos), a serem alargados pelo Estado ou conquistados e resgatados pelos movimentos sociais: “A Reforma Psiquiátrica, o que quer que seja que entendamos por esta expressão, será mais que a extensão igualitária de serviços qualificados a doentes mentais pobres; ela – a ‘Reforma’ – tem que se emaranhar obrigatoriamente em sua especificidade irrecurrível: que tipo de cidadão é o louco” (Delgado, 1992, p. 80).

Contudo, amiúde este conceito jurídico-político de cidadania, como direito a ter direitos, é combinado ou superado por uma perspectiva de cidadania transfigurada pela noção de *cotidiano* e pela noção de *singularidade* que se espera reconhecer, afirmar e defender no ato cotidiano de saúde. É aquilo que Amarante e Carvalho (1996) se referiram como as diferentes experiências das vidas singulares e cotidianas dos sujeitos, no trecho supracitado. Para o CSMC, é a partir do reconhecimento, no cotidiano, da singularidade das vidas particulares que se promoverão as maiores transformações e a superação do paradigma manicomial. Em outras palavras, é o que encontramos em Salles e Barros (2009, p. 310, grifos nossos):

(...) também é no cotidiano que a sociedade se transforma: uma mudança que se inicia com pequenas alterações na vida de cada indivíduo até alcançar o âmbito da coletividade. Pautado na vida cotidiana, o indivíduo se insere na sociedade, assimilando e participando do cotidiano da comunidade. As atividades do dia-a-dia de cada pessoa estão relacionadas às atividades cotidianas de sua família, amigos, colegas de trabalho, o que constitui uma trama de relações sociais vinculadas às diferentes atividades da vida. Nessa trama, o indivíduo pode se apropriar da realidade a seu modo, colocando a marca de sua personalidade, mantendo sua particularidade e construindo uma vida socialmente ativa (Salles e Barros, 2009, p. 310)

Assim também, Jorge e Senna (2011, p. 446 ) discutem a Reforma Psiquiátrica e os CAPS enquanto “lugares de reconstrução de projetos de vida [onde] encontra-se uma diversidade de singularidades dos trabalhadores, usuários e familiares”, propõem que novas formas de assistência não-manicomiais devem deslocar o foco de tratamento do sintoma “para a singularidade de cada indivíduo, apontando para um processo que favorece a produção de autonomia e o estabelecimento de novas

possibilidades na interação com os outros e com o modo de produção da sociedade, assimilando e participando do cotidiano da comunidade”.

Nesta *Singularidade* do cotidiano, a Cidadania como conceito é repensada para contemplar a peculiaridade da loucura, para reconhecer a necessidade de se pensar uma cidadania específica do louco, promovida no ato cotidiano de saúde:

Serviços substitutivos pautados numa nova cidadania e numa nova ética, que superam a cidadania social e a ética política da responsabilidade liberal voltada apenas para a reciprocidade entre direitos e deveres, buscando uma cidadania que, somada à subjetividade emancipatória, seja nova e esteja atenta às novas formas de exclusão social” (Guimarães *et al*, 2001, p. 10).

(...) o mais importante é especificar quais são as condições das próprias práticas em saúde mental, capazes de criar os meios de exercício de cidadania nas relações das instituições e dos trabalhadores com os usuários e a população, mostrar como as condições podem estar em sintonia com a ética da cidadania singularizada e da produção de subjetividade singularizada, explicitadas no Modo Psicossocial (Costa-Rosa, Luzio e Yasui, 2011, p. 19)

Os profissionais apontaram, como finalidade do tratamento, a promoção de uma reinserção social capaz de garantir o direito ao trabalho, à cidadania e ao reposicionamento singular do usuário na sociedade: Criar uma nova singularidade, de uma nova subjetividade social, isso ainda não (...). No município de Assis, as oficinas terapêuticas estavam mais consolidadas, mas eram coordenadas por estagiários de psicologia e tinham como objetivo propiciar ao usuário o exercício de sua singularidade e de cidadania (Luzzio e L’Abbate, 2009, p. 109).

Pode-se dizer que, assim como no advento da psiquiatria e do asilo, as relações entre instâncias e atores sociais no sentido de encarregar-se do louco se agudizam: entretanto, em vez da medicina tomar para si o mandato social de controle e legitimar uma atuação técnica sobre o doente mental, procura-se a todo custo compartilhar responsabilidades com a família e a comunidade, em direção a um estatuto de cidadania e um grau de autonomia possíveis ao louco (Silva, 2009, p. 150).

Cidadania e Autonomia são aproximadas em uma dimensão particular ou individual da assistência e autocuidado cotidianos:

No que tange à cidadania, a presente exposição deixa vislumbrar por trás da constatação da amputação da dignidade humana, perda progressiva da autoestima e da autonomia individual e coletiva, a consequência central do alijamento dos direitos de cidadania dos doentes mentais. O direito de cidadania do doente mental deve ser o direito de receber assistência adequada, a garantia de participar da sociedade e de não ser pura e simplesmente jogado em depósitos, como ainda é uma realidade brasileira, na sua forma mais brutal, nos grandes hospícios públicos ou, nas formas mais sutis, em clínicas privadas e conveniadas (Medeiros, Guimarães, 2002, p. 577).

A vida do doente mental é marcada por sofrimentos que são, frequentemente, ligados à própria doença e/ou a evolução do seu cuidado, caracterizados por relações de poder e de subordinação de tal modo que o sujeito é ‘transformado em doente-objeto, não gente, não homem’ (Ornellas, 1997: 196). (...) Embora a tendência atual contemple a mudança dessa situação e o exercício pleno da cidadania dos doentes mentais, percebemos em nosso cotidiano profissional, uma insuficiência de práticas capazes de promover tal socialização já que não propiciam a criação de espaços positivos dos quais possam emergir relações capazes de transformar suas experiências de vida” (Souza e Scatena, 2001, p. 89)

A Autonomia reconfigurada pela noção de *Cotidiano* acaba também conformada enquanto *autonomia cotidiana*, isto é, reduzida à capacidade dos pacientes “para que saiam à luz do dia, para que se mostrem como sendo socialmente úteis” (Campos, 1992, p. 78). É considerando este conteúdo da Autonomia que Figueiredo e Onocko-Campos (2006, p. 134) se referem a um *contexto social singularizado* pela “forma com que as pessoas lidam com a vida [que] são fatores que influenciam em sua saúde mental”, e citam a fala de profissionais, para os quais a autonomia é também *autonomia cotidiana*: “Saúde mental acho que tá relacionado com a autonomia, né, de lidar com os problemas da vida, de se sustentar, de trabalhar, se relacionar com as pessoas” (idem). Nesta perspectiva a *autonomia cotidiana* é pensada em termos de maior ou menor dependência do serviço, na esfera do autocuidado e de tarefas domésticas básicas (Amarante e Carvalhos, 1996) e, neste sentido, tomada como indicador da efetividade dos serviços substitutivos. Almeida e Escorel (2001, p. 41) colocam esta concepção de *autonomia cotidiana* de forma clara:

A questão da autonomia na pesquisa citada, considerou os critérios pragmáticos de autonomia para higiene, alimentação, medicação, ir e vir, trabalho e relações pessoais (família, amigos, grupos sociais). Também considerando a produção de autonomia como uma das vidas possíveis para pensar a avaliação da qualidade de serviços em Saúde Mental, um dos estudos realizados em um CAPS no estado de Minas Gerais viabilizou a percepção de que, para os técnicos, autonomia relaciona-se à melhoria da ‘qualidade de vida’. Neste sentido, os usuários passariam a estabelecer “laços sociais” não verificados antes do início do tratamento (...) Esse conceito [autonomia] traduz-se pela idéia de que o sujeito possa falar alguma coisa e ser entendido naquilo que está dizendo (...) o tratamento proporciona também a aquisição de habilidades de ordem pragmática, como capacidade de gerir dinheiro, de ir e vir, cuidados com a higiene entre outras habilidades necessárias à gestão do cotidiano, aumentando com isso a “qualidade de vida”.

No mesmo sentido, a *autonomia cotidiana* é expressa neste excerto de Guimarães et al (2011, p. 112): “Entre os problemas a serem enfrentados na tentativa de reinserir pacientes graves na vida social, a questão da autonomia aparece como um fator

primordial em situações como: gerenciar dinheiro, cuidados com a aparência e a casa, fazer compras”<sup>ix</sup>. A promoção desta *autonomia cotidiana* está consistentemente ligada ao conceito de *Reabilitação e Contratualidade* para o Campo. Gonçalves et al (2001, p. 106, grifos nossos), tratando da desospitalização de pacientes considerados graves e a eficácia das estratégias de intervenção e tratamento em comunidade, afirma:

Para esses pacientes é fundamental um processo de reabilitação psicossocial que inclua um planejamento terapêutico individualizado de acordo com o nível de dependência e dificuldade no convívio social, priorizando questões como lazer, trabalho, renda e relações afetivas, que são aspectos essenciais para uma qualidade de vida satisfatória. A utilização de instrumentos padronizados permite uma avaliação objetiva desses parâmetros, que são fundamentais na vida cotidiana dos pacientes. Isso contribuirá não só na definição das intervenções adequadas e necessárias no momento, mas também na avaliação da eficácia dessas intervenções através da comparação com novas medidas em um segundo momento.

De acordo com Pegoraro e Ogata (2001, p. 92): “Para Saraceno (1998, p. 30), a reabilitação é a recuperação da capacidade de o indivíduo produzir, de gerar sentido em sua vida ou, dito de outro modo, é a recuperação da contratualidade do cidadão” (p. 92). Oliveira e Alessi (2005, p. 196), também citando Saraceno, afirmam:

A habilidade ou ‘desabilidade’ para os exercícios contratuais nessas três esferas de relações [habitat, rede social e trabalho] é o que deve ser analisado quando se tem em mente a reabilitação. A habilidade do indivíduo em efetuar plenamente suas trocas nesses três cenários é a medida de exercício de sua cidadania.

Pitiá (2005, p.181) explica que a concepção de reabilitação psicossocial “implica numa ética de solidariedade que facilite os sujeitos com limitações a realizar os afazeres cotidianos, aumentando seu poder de contratualidade afetiva, social e econômica que viabilize sua autonomia para a vida na comunidade”. Por sua vez, Garcia e Jorge (2006, p. 766): “a reabilitação psicossocial é um processo que aumenta a capacidade do usuário de estabelecer trocas sociais e afetivas nos diversos cenários (...) é um percurso que possibilita o resgate da autonomia por meio do aumento do poder de contratualidade psicológica e social”. A autonomia que se busca construir é uma “autonomia para realização de suas atividades diárias e para administração do seu próprio dinheiro. A realização de tarefas cotidianas, a negociação constante entre necessidades, vontade expressa e disponibilidade fazem parte do processo de reabilitação psicossocial” (Oliveira, Fortunato e Dantas, 2010, p. 571). A relação entre



Reabilitação, contratualidade e autonomia é assim explicada por Jorge e Sena (2011, p. 466-7):

A atenção à saúde mental deve incorporar estratégias direcionadas ao exercício da cidadania, criando vínculos do usuário com o serviço e com a comunidade, possibilitando a produção de autonomia. Assim, caberia à instituição funcionar como um espaço intermediário, um local de passagem, na medida em que possibilitaria aos usuários um aumento de seu poder contratual, emprestando-lhes, segundo Tykanori (1996), sua própria contratualidade, não podendo confundir-se autonomia com autossuficiência nem com independência.

Para a reabilitação e construção de autonomia cotidiana, a família assume um lugar de destaque (Wetzel e Almeida, 2001). De acordo com Frazão e Arcoverde (2009, p. 291).

A participação de pessoas com transtorno mental em atividades produtivas não é algo que possa ser analisado unilateralmente. Captar vagas no mercado sem garantir estabilidade dos sintomas clínicos inviabiliza adesão. Por outro lado, ignorar o papel e as condições concretas da família ou, ainda, a representação do trabalho no contexto sociocultural da pessoa adoecida por comprometer qualquer programa de reabilitação.

Para Campos e Saeki (2009, p. 480), a reabilitação “deve ser entendida como um conjunto de estratégias orientadas a aumentar oportunidades de trocas de recursos e afetos (...) abertura de espaços de negociação para a pessoa, sua família e comunidade circundante, e para os serviços que oferecem cuidados em saúde mental”. Esta associação entre Reabilitação e família se reforça pela percepção, posta por Tomasi et al (2010, p. 160), de que é “no âmbito familiar que se dá o embate com a realidade cotidiana do cuidado ao PSP [portador de sofrimento psíquico]” e de que geralmente

(...) a família não possui as condições necessárias para apoiar as propostas de ressocialização/reabilitação que esse novo modelo de atenção preconiza (...). A sobrecarga do(s) cuidador(es) está relacionada à presença de problemas, dificuldades ou eventos adversos que afetam a vida cotidiana dos familiares.

Partindo desta leitura sobre o impacto e reação (apoiando ou não) à desospitalização e às estratégias de atenção em comunidade, a família e a comunidade são amplamente identificadas como objeto de interesse estratégico do CSMC e de intervenção assistencial<sup>x</sup>. Para Onocko-Campos (2001, p. 106-7), “no caso dos serviços substitutivos, o objetivo declarado de evitar as perdas de laços sociais e familiares coloca o imperativo de tratar também as famílias” e segue: “ao se pensar na população

alvo de um dado serviço, talvez seja necessário redimensionar a oferta de atendimento incrementando aos usuários potenciais, reservando porcentagem para as famílias”.

A retomada de laços familiares e comunitários é entendida como uma estratégia terapêutica no contexto da Desinstitucionalização, tanto do ponto de vista da desospitalização e a inserção social dos pacientes, quanto do reconhecimento de sua singularidade e vidas cotidianas. A família e a comunidade são identificadas, assim, como *agentes* da Reforma, ou *parceiras* dos serviços <sup>xi</sup>:

Na área da saúde mental, com adensamento da perspectiva de desconstrução da estrutura tradicional – hospitalocêntrica – no movimento da reforma psiquiátrica brasileira e a reinserção do ptm [paciente com transtorno mental] na comunidade, a família é requisitada como parceira dos novos serviços e reafirmada como um dos possíveis espaços do provimento do cuidado” (Rosa, 2004, p. 30).

A participação da família na assistência em saúde mental tem sido preocupação de diversos estudiosos que tentam entender um pouco mais esse universo complexo evidenciado como *locus* de atenção para os trabalhadores da saúde mental (...) a inserção da família na assistência, enquanto outros tratam de tecnologias de assistência à família, principalmente a visita domiciliar (Reinaldo, Wetzel e Kantorski, 2005, p. 6).

Tendo em vista o processo paulatino de responsabilização de atores e instâncias sociais pelo cuidado no contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira, percebe-se que familiares e vizinhos de pacientes psiquiátricos têm sido instigados a ‘participar’ da política pública, principalmente no lugar de ‘suporte social’, embora oficialmente considerados ‘parceiros’ (Silva, 2009, p. 149).

Atualmente, é consenso de que as famílias, quando recebem apoio e orientação adequados, têm condições de compartilhar seus problemas e tornam-se aliadas na desinstitucionalização e na reabilitação social do usuário. É necessário oferecer atenção e apoio a estas famílias, pois a reinserção do usuário na comunidade e a retomada de suas atividades diárias se tornam mais fáceis e rápidas quando os familiares acreditam que a melhora na condição de saúde do usuário é possível (Mielke et al, 2009, p. 162)

(...) diante da necessidade de Reforma Psiquiátrica, a família é ‘convidada’ a assumir um novo papel, já que no tradicional modelo ela acaba desautorizada, em função de um projeto que não previa suporte terapêutico às famílias para lidarem com a situação de adoecimento e com as suas implicações na vida familiar e social (Silva e Dalolin, 2010, p. 550).

(...) existem pesquisas que apontam a família como parceira indispensável às práticas dos profissionais de saúde mental, sobretudo para solidificação das políticas públicas da área (...) o interesse pela família e suas necessidades aproxima a equipe da realidade em que vive o doente mental, de seu contexto e do âmbito de suas relações. A relação com a família é uma prática a ser exercida cotidianamente na atenção psicossocial e, quando associada às atividades coletivas, visa, dentre outras coisas, à socialização e ao enriquecimento da relação interpessoal (Wunsch e Luchese, 2010, p. 580).

A **Comunidade** também aparece como elemento privilegiado para o pensamento do Campo, que considera os recursos terapêuticos da comunidade determinantes para a melhor qualidade de vida e reabilitação psicossocial na *trajetória de desinstitucionalização* da Reforma. Neste quadro, a comunidade emerge como “parceira” dos serviços <sup>xii</sup> e os recursos comunitários são evocados para solucionar a “irresolutividade dos tratamentos [que] levou-os à busca de outras soluções na sua comunidade” (Danese e Furegata, 2001, p. 74). O reconhecimento da comunidade atende ao conceito de Desinstitucionalização e ao ideal de recolocar, na dimensão assistencial, a “*existência global complexa e concreta dos pacientes e do corpo social*” (Rotelli *apud* Amarante e Carvalho, 1996, p. 79).

Para Vianna e Barros (2005), a efetividade dos serviços substitutivos ao HP depende de se saber aproveitar os recursos assistenciais presentes na comunidade, além da alocação de recursos públicos na rede substitutiva e melhores condições para as famílias lidarem com os doentes mentais. De acordo com as autoras, “Ninguém melhor que as pessoas que habitam em um determinado local para detectar os problemas e criar estratégias que visem a melhor qualidade de vida e assistência para sua comunidade” (idem, p. 33). Como exemplo de recursos comunitários, citam as organizações não governamentais:

As organizações não governamentais são valiosas como recursos comunitários para a saúde mental, trazendo soluções inovadoras no nível local. Elas se mostram, muitas vezes, mais sensíveis às realidades dos municípios do que programas de governo (OMS). A assistência ao doente mental, portanto, não é apenas uma questão de consciência social e de conhecimento profissional. Trata-se, também, de uma questão política de escolha de prioridades

O conceito de comunidade também é definido de forma negativa em relação ao HP, isto é, a comunidade é o *não-hospitalar*, o serviço extramuros e espaço central de intervenção da SM, equivalendo àquilo que não é manicomial ou asilar. Nas publicações, os significantes *comunidade* e *comunitário* é também adotado no sentido da assistência alternativa ou substitutiva ao HP <sup>xiii</sup>. Amorim e Dimenstein (2009, p. 196) discutem os serviços residenciais terapêuticos (SRT) como estratégia do processo de desinstitucionalização e desospitalização pacientes de longas internações e que perderam vínculos sociais e familiares. As autoras colocam seu objetivo nos seguintes termos

(...) esse trabalho visa a problematizar as práticas de cuidado produzidas no seu cotidiano [dos SRT] de modo a construir novas possibilidades de vida para usuários e técnicos e como estas práticas de cuidado, em alguma medida, podem também ser capturadas pela lógica manicomial, reproduzindo-a e impedindo a construção de vida para além do hospital, dos muros institucionais e dos serviços de saúde em geral (p. 196)

Mais à frente, então, as autoras (idem, p. 202-3, grifos nossos) consideram que entre os desafios para implementação dos SRT,

Num nível macropolítico, está a necessidade de políticas públicas que exijam e possibilitem aos serviços a articulação com a vida ‘lá fora’, na construção de redes de conexão e diálogo nos diferentes espaços onde cada usuário circula e constrói sua vida de modo a garantir a (des) construção permanente das práticas de cuidado de acordo com as necessidades específicas de saúde de cada usuário.

Num nível micropolítico, estaria a articulação entre os próprios técnicos, moradores e comunidade mais ampla, na produção/invenção do cuidado destes moradores. Aqui estaria talvez a própria condição de se pensar que este tipo de serviço trabalha para não ser mais necessário ao morador que, como uma pessoa qualquer na cidade, poderia buscar um “serviço de saúde” quando necessitasse. E, para isso, devem ir se desenvolvendo redes sociais de apoio e cuidado, construídas no cotidiano da cidade, com vizinhos, amigos ex-internos, namorados, técnicos que viraram amigos acolhe dores, comerciantes, motoristas de ônibus, entre outros, multiplicando o cuidado na vida de todos e cada um (p.202-3).

Para superação da Psiquiatria manicomial e em nome da Desinstitucionalização contra o “mal obscuro da psiquiatria” (Amarante e Carvalho, 1996, p. 78; Reinaldo, Wetzel e Kantorski, 2005, p. 76), a ideia é “compor com as forças do território em favor da autonomia, afim de que se encontrem soluções ao sofrimento psíquico” (Quintas e Amarante, 2008, p. 100). Este território onde se localiza a comunidade ganha dois contornos bastante claros. De um lado, a Comunidade é identificada com o *bairro* ou *localidade* na qual se insere o usuário-paciente do serviço assistencial <sup>xiv</sup>, é o *lá fora singular* “onde cada usuário circula e constrói sua vida” de forma específica e particular (Amorim e Dimenstein, 2009, p. 202). Esta é a *comunidade* das “redes sociais de apoio e cuidado, construídas no cotidiano da cidade, com vizinhos, amigos ex-internos, namorados, técnicos que viraram amigos acolhe dores, comerciantes, motoristas de ônibus” (idem, p. 202-3). Em Barros e Josephson (2001, p. 65), a comunidade é apresentada na figura dos vizinhos que visitam ou frequentam o lar abrigado e em Jorge e Sena (2011, p. 446-7), a comunidade aparece enquanto o “entorno social mais próximo (familiares, vizinho, amigos e assim por

diante), mantendo-se numa rede de relações sociais que possibilita viver em comunidade”.

De forma complementar, temos o território enquanto abrangência geográfica ou fronteiras de atuação assistencial em torno de determinado serviço ou rede. O território é pensado em função da dimensão técnico-assistencial: como área de abrangência da assistência, ou *outro* sobre o qual se intervém, do qual se extraem recursos ou com o qual se estabelece parcerias assistenciais. Danese e Furegata (2001, p. 71) referem-se à SM inserida na Atenção Básica, associando as “bases territoriais para atuação” dos serviços e os espaços em que os usuários residem (moradia/residência). As autoras declaram como pré-requisito de pesquisa ou condição ideal para reflexão, considerar o bairro onde se encontra o PSF: “As condições ideais para desenvolver esta pesquisa estavam nas cláusulas de contrato de trabalho que exigia a residência no bairro como forma de participação do processo social. A família, a vizinhança, os grupos de lazer e religiosos”. Couto e Alberti (2008, p. 51-2, grifo nosso), relacionando a Psiquiatria Anti-institucional, a Psiquiatria Democrática italiana e a Reforma brasileira, destacam que

A Psicoterapia Institucional e a Política de Setor na França, formaram um conjunto de reformas que influenciaram várias regiões da Europa, mas também a América Latina, como o Brasil. A Psicoterapia Institucional foi o braço teórico-clínico da política de setor francesa, aquela que orientava o atendimento aos doentes mentais de forma setorizada. Tal forma de serviço pôde ser verificada depois em outros movimentos de Reforma Psiquiátrica que estabeleceram sempre a divisão em zonas para os serviços de atendimento (...). A estruturação dos serviços, a partir do planejamento em regiões, com a ênfase nos programas de atendimento parcial e nos serviços residenciais completos nas comunidades, logo foi elogiada por órgãos internacionais como a Organização Mundial da Saúde

Quintas e Amarante (2008, p. 100, *sic.*) investigam, no cotidiano de um CAPS no RJ, a relação entre o território e a capacidade de “operar uma revolução na forma como que se lida com a loucura na atualidade” e para tanto recorrem à Portaria n.º 366/2002, na qual a noção de território é definida como a área de abrangência do serviço. Os autores pensam território a partir da dimensão assistencial de atuação do CAPS: território como espaço em que se insere o serviço e o *lá fora onde o serviço atuará, o território aonde o serviço deve ir*. O território pode ser objeto de intervenção ou de cooperação com o serviço, mas é sempre distinto do serviço. Para Keusen e Carvalho (2008, p. 163) em seu relato sobre a trajetória do Centro Psiquiátrico Rio de

Janeiro, também pensam o território em função do serviço e sua abrangência em que a “clientela alvo, prioritária para acompanhamento no ambulatório e hospital-dia, é o residente na área do centro do município do Rio de Janeiro e adjacências (área programática 1.0)”. Relatam que

A partir das políticas estaduais e municipais de Saúde Mental, que orientam a substituição de hospitais psiquiátricos por uma rede de serviços de saúde mental de base comunitária, o CPRJ vem se transformando em um serviço territorial, cada vez mais voltado a atender às necessidades da clientela em seu território (idem, p. 161).

Ainda, de acordo com Calixto, Perez e Paravidini (2009, p. 265, supressão do original) “o CAPSI, segundo o Ministério da Saúde (MS), define-se como sendo: um serviço comunitário ambulatorial que toma para si a responsabilidade de cuidar de pessoas que sofrem com transtornos mentais [...] no seu território de abrangência”. Assim, sobre bases de uma perspectiva gerencial, o território é pensado em função da efetividade da dimensão técnico-assistencial.

---

<sup>i</sup> Amarante é referência para diversas publicações, objetivamente é referido em 37% das 201 publicações analisadas. Destas, destacamos publicações em que o autor é citado para discutir a história da Reforma, seus conceitos e marcos teóricos: Amarante e Carvalho (1996); Fefferman (1999); Jacobina (2000); Guimarães et al (2001); Almeida e Escorel (2001); Onocko-Campos (2001); Pegaroro e Ogata (2001); Beakline e Escorel (2002); Reinaldo, Wetzek e Kantorski (2005); Pitiá (2005); Oliveira e Alessi (2005); Luchmann e Rodrigues (2007); Ferreira Neto (2008); Oliveira (2008); Couto e Alberti (2008); Coelho (2008); Figueiredo e Onocko-Campos (2008); Keusen e Carvalho (2008); Campos e Saeki (2009); Quinderé (2009); Amorim e Dimenstein (2009); Hirdes (2009-a); Cirilo e Oliveira Filho (2010); Wunsch e Luchese (2010); Azevedo e Traverso-Yépes (2010); Oliveira, Padilha e Oliveira (2011).

<sup>ii</sup> A experiência italiana é destacada também por: Campos (1992); Pitta e Dallari (1992); Quinto Neto (1992); Padrão (1992); Amarante e Torre (2001); Pegaroro e Ogata, (2001); Beaklini e Escorel (2002); Oliveira e Alessi (2005); Couto e Alberti (2008); Campos e Saeki (2009); Liberato e Dimenstein (2009); Amorim e Dimenstein (2009); Hirdes (2009-a); Figueiredo e Onocko-Campos (2009); Morais et al (2009); Quinderé (2010); Bittencourt (2010); Wunsch e Luchese (2010); Carvalho (2011); Oliveira, Padilha e Oliveira (2011); Tesser e Teixeira (2011); Pitta (2011).

<sup>iii</sup> Este é um conceito presente em diversas publicações e que é tratado com mais vagar na apresentação das categorias conceituais no subcapítulo 2.5. Entre os autores que trabalham com este conceito rotelliano destacamos: Amarante e Carvalho (1996); Costa-Rosa, Luzio e Yasui (2001); Wetzek e Almeida (2001); Torre e Amarante (2001); Freitas (2004); Reinaldo, Wetzek e Kantorski (2005); Pitiá (2005); Hirdes (2009, 2009-a); Amorim e Dimenstein (2009); Tanaka e Ribeiro (2009); Silva e Dalolin (2010); Tesser e Teixeira (2011) e; Oliveira, Padilha e Oliveira (2011).

<sup>iv</sup> Assim também: Pitta e Dallari (1992); Delgado (1992); Padrão (1992); Sant’Anna (1993); Guimarães et al (2001); Costa-Rosa, Luzio e Yasui (2001); Beaklini e Escorel, (2002); Freitas (2004); Oliveira e Alessi (2005); Ferreira Neto (2008); Hirdes (2008); Tavares e Souza (2009); Consoli, Hirdes e Costa (2009); Oliveira, Fortunato e Dantas (2010); Quinderé (2010); Tomasi et al (2010); Bastos e Jorge (2011); Delgado (2011); Costa (2011).

---

v Assim também podemos citar: Pitta e Dallari (1992); Barros, (1993, 2001); Amarante (1994); Coutinho, Silva e Amarante (2001); Torre e Amarante (2001); Guimarães e Medeiros (2001); Jacobina (2001); Carvalho (2001); Souza e Scatena (2001); Beaklini e Escorel (2002); Brêda e Augusto (2003); Vianna e Barros (2005); Pitiá (2005); Couto e Alberti (2008); Aquino, Aquino e Aquino (2008); Quintas e Amarante (2008); Keusen e Carvalho (2008); Rabelo e Tavares (2008); Hirdes (2009; 2009-a); Kantorski et al (2009); Campos e Saeki (2009); Salles e Barros (2009); Capini (2009) Oliveira e Conciani (2009); Wunsch Luchese (2010); e Cirilo e Oliveira Filho (2010); Oliveira, Fortunato e Dantas (2010); Barros, Pinto e Jorge (2010); Tesser e Teixeira (2011); Bastos e Jorge (2011); Jorge e Sena (2011); Oliveira, Padilha e Oliveira (2011); Pitta (2011).

<sup>vi</sup> Publicações que fazem referência expressa ao perfil da população estudada ou à relação entre pobreza e adoecimento mental/psiquiatrização: CAPB, 1978; Almeida Filho (1918); Cordeiro et al, 1978; Lima et al (1980-a); Pitta e Dallari (1992); Simões, 1992; Fefferman, 1999; Jacobina (2000); Almeida Filho (2000); Amarante e Torre (2001); Danese e Furegata (2001); Onocko-Campos (2001); Beaklini e Escorel (2002); Brêda e Augusto (2003; 2006); Rosa (2004); Carneiro, Queiroz e Jorge (2005); Cardoso e Seminotti (2006); Rebelo e Tavares (2008); Figueiredo e Onocko-Campos (2008); Frazão e Arcoverde (2009); Pinheiro, Santos e Santos (2009); Campos e Saeki (2009); Bastos e Deslandes (2009); Avanci et al (2009); Tomasi et al (2010); Oliveira, Fortunato e Dantas (2010).

<sup>vii</sup> Dentre os quais, merecem destaque: Barros (1993); Amarante (1994); Amarante e Carvalho (1996); Fefferman (1999); CEBES (2001); Guimarães et al (2001); Costa-Rosa, Luzio e Yasui (2001); Amarante e Torre (2001); Torre e Amarante (2001); Guimarães e Medeiros (2001); Gonçalves et al (2001); Barros e Josephson (2001); Onocko-Campos (2001); Barros (2001); Pegoraro e Ogata (2001); Beaklini e Escorel (2002); Medeiros e Guimarães (2002); Brêda e Augusto (2002, 2003); Campos e Soares (2003); Freitas (2004); Machado (2004); Reinaldo, Wetzel e Kantorski (2005); Oliveira e Alessi (2005); Pitiá (2005); Hirdes (2008, 2009, 2009-a); Ferreira Neto (2008); Couto e Alberti (2008); Luzio e L'Abbate (2009); Consoli, Hirdes e Costa (2009); Silva (2009); Mielki et al (2009); Amorim e Dimenstein (2009); Santos (2009); Morais et al (2009); Tavares e Souza (2009); Liberato e Dimenstein (2009); Campos e Saeki (2009); Quinderé (2010); Oliveira, Fortunato e Dantas (2010); Wunsch e Luchese (2010); Azevedo e Traverso-Yépes (2010); Barros, Pinto e Jorge (2010); Tesser e Teixeira (2011); Carvalho (2011); Bastos e Jorge (2011); Silva e Rodrigues (2011); Oliveira, Padilha e Oliveira (2011); Pande e Amarante (2011); Pitta (2011); Onocko-Campos et al (2011, 2011-a).

<sup>viii</sup> Sobre a perspectiva da criatividade dos trabalhadores para Desinstitucionalização do cotidiano, destacamos: Amarante (1990); Onocko-Campos (2001); Torre e Amarante (2001); Brêda e Augusto (2003); Rosa (2004); Machado (2004); Reinaldo, Wetzel e Kantorski (2005); Pitiá (2005); Quintas e Amarante (2008); Remminger (2008); Santos Filho (2008); Campos e Saeki (2009); Luzio e L'Abbate (2009); Amorim e Dimenstein (2009); Figueiredo e Onocko-Campos (2009); Menezes e Yasui (2009); Azevedo (2010); Jorge et al (2011).

<sup>ix</sup> Esta é a mesma perspectiva que encontramos em Barros e Josephson (2001, p. 62): independência para gerir por si (ou com o mínimo de interferência técnica possível) o funcionamento de suas casas (SRT), “para que os moradores assumam sua vida, o que significa assumir as ações diárias e os técnicos serem cada vez mais apenas apoiadores destas tarefas”. Há uma tônica sobre a ideia de pragmatismo, em oposição ao que estas autoras chamam de “definições universalistas e abstratas” (idem, p. 60). Mesma perspectiva também em Danese e Furegata (2001): autonomia como independência. Também Souza e Scatena (2001), se referindo à autonomia para “vida diária” com relação à medicação. Beaklini e Escorel (2002, p. 106), citando Amarante (1997) sobre a “autonomia pessoal”. Rosa (2004, p. 33) definirá autonomia exatamente ligada à “independência da pessoa enferma”: autonomia como condições de domínio físico e social, preservando ao máximo dignidade e privacidade, isto é, autonomia reduzida à esfera íntima da vida privada. Independência, como capacidade de decidir de forma autônoma em Amarante e Quintas (2008). Autonomia na perspectiva individual em (Silva e Dalolin, 2010, p. 550). Furtado (2006, p. 792) vai se referir à “Incompatibilidade entre a burocracia das Secretarias e a busca de autonomia dos usuários na gestão das casas”.

---

<sup>x</sup> Assim, também, podemos destacar: Fleury (1977); Almeida Filho (1978); Cordeiro (1978); Costa (1980); Campos (1992); Quinto Neto (1992); Almeida e Escorel (2001); Barros e Josephson (2001); Wetzel e Almeida (2001); Cavalcante (2001); Almeida Filho (2000); Amarante e Torre (2001); Danese e Furegata (2001); Costa-Rosa, Luzio e Yasui (2001); Barros e Josephson (2001); Onocko-Campos (2001); Beaklini, Escorel (2002); Brêda e Augusto (2003); Campos e Soares (2003); Rosa (2004); Schneider *et al* (2004); Garcia e Jorge (2006); Rebelo e Tavares (2008); Figueiredo e Onocko-Campos (2008); Keusen e Carvalho (2008); Morais *et al* (2009); Calixto, Perez e Paravidini (2009); Luzio e L'Abbate (2009); Consoli, Hirdes e Costa (2009); Vecchia e Martins (2009); Santos (2009); Sales e Barros (2009); Quinderé *et al* (2010); Silva e Dalolin (2010); Wunch e Luchese (2010); Cavalcante e Silva (2011); Jorge e Sena (2011).

<sup>xi</sup> Amarante (1992, 1994); Fefferman (1999); Meneghel *et al* (2000); Pegoraro e Ogata (2001); Breda e Augusto (2001); Miranda (2001); Rosa (2004); Reinaldo, Wetzel, Kantorski (2005); Luchmann e Rodrigues (2007); Tavares e Sousa (2009); Consoli, Hirdes e Costa (2009); Silva (2009); Luzio e L'Abbate (2009); Mielke *et al* (2009); Consoli, Hirdes e Costa (2009); Silva (2009); Mielke *et al* (2009); Silva e Dalolin (2010); Wunch e Luchese, (2010); Oliveira, Padilha e Oliveira (2011); Pitta (2011).

<sup>xii</sup> Fleury (1977); Quinto Neto (1992); Amarante (1996); Meneghel *et al* (2000); Gonçalves *et al* (2001); Amarante e Torre (2001); Danese e Furegata (2001); Beaklini e Escorel (2001); Breda e Augusto (2001); Rosa (2004); Reinaldo, Wetezel e Kantorsli (2005); Vianna e Barros (2005); Amarante e Quintas (2008); Rebelo e Tavares (2008); Campos (2009); Silva (2009); Pinheiro, Santos e Santos (2009); Consoli, Hirdes e Costa, (2009)

<sup>xiii</sup> Fleury (1977); Delgado (1992); Peduzzi (1992); Quinto Neto (1992); Barros (1993); Jacobina (2000); Gonçalves *et al* (2001); Amarante e Torre (2001); Wetzel e Almeida (2001); Barros (2001); Wunsch e Luchese (2010); Carvalho (2011); Pitta (2011).

<sup>xiv</sup> Campos (1992); Pitta e Dallari (1992); Quinto Neto (1992); Costa-Rosa, Luzio e Yasui (2001); Amarante e Torre (2001); Wetzel e Almeida (2001); Vianna e Barros (2005); Pitiá (2005); Pinheiro, Santos e Santos (2009); Campos (2009); Quinderé (2010).



### 3. DISCUSSÃO

Há uma relação entre a produção do CSMC e o percurso dos movimentos pela Reforma em seu projeto de institucionalização como PNSM. Em que pese discordâncias já sinalizadas com a análise cronológica de Amarante (1995, 1997), há certo paralelismo entre a produção do Campo e sua síntese das *trajetórias* da Reforma. A *trajetória de desinstitucionalização* e suas escolhas estratégicas voltadas para a micropolítica são um ponto de inflexão, que marcará não apenas a atuação dos movimentos, mas consequentemente a produção de saberes, práticas e políticas públicas.

Uma análise compreensiva da literatura específica exige o reconhecimento contextual da produção, considerando a complexa rede de imbricações, referências e determinações recíprocas. De forma mais simples, não se trata apenas de realizar uma análise de texto ou do confronto de ideias e referenciais teóricos, mas de reconhecer que há uma produção acadêmica que é a síntese de múltiplas determinações. Não se deve pensar o CSMC por uma dialética hegeliana idealista e metafísica, em que o pensamento *atua* como agente autônomo e *demiurgo* de mudança (Marx, 2013) – ainda que haja uma perspectiva idealista nas suas discussões. Caracterizá-lo apenas pela influência de determinado autor ou determinada formulação teórica seria personalista e, portanto, insuficiente. A formação do CSMC se dá como *história em processo*, em que os atores e movimentos sociais que o constituem – Governos e gestores, acadêmicos e profissionais, usuários e outros militantes – ligam-se ou opõem-se uns aos outros, “de acordo com sua posição nas relações de produção, na sociedade e no Estado” (Fernandes, 2012, p. 74). Devemos tomá-lo, assim, como um processo histórico e dialético: determinado pelo movimento histórico e dinamismo inerentes à sociedade, sendo desta indissociável. A produção e pensamento hegemônico do Campo, enquanto “representação científica”, conformam-se pelo “movimento histórico real” da sociedade (idem, p. 186) e, portanto, para caracterizar a *representação* é preciso considerar a sociedade.

Há, porém, uma distinção entre a dialética em Marx (e em Hegel) e como se dá a constituição dialética do CSMC, desde o último quarto do século XX. Como explica Mendes (2012, p. 39), “Marx se refere à realidade social, econômica e política

como processos em mutação, conduzidos por dinâmica específica, sendo orientada por contradições intrínsecas”, as contradições imanentes aos fenômenos. Indo diretamente a Marx (2013, p. 91), encontramos a ideia da “intelecção positiva do existente” *dando à luz* “a intelecção de sua negação, de seu necessário perecimento”. Em Marx (como em Hegel), trata-se de uma *dialética da negatividade*, um movimento dialético que leva à síntese dos opostos, ou contrários: a *tese* “gesta” sua *antítese* e o movimento inerente à sociedade leva ao ponto culminante de crise e posterior *síntese* (a nova *tese*). A negatividade é a *destruição criadora*, um “momento necessário do desenvolvimento histórico. Todo movimento histórico deve chegar a sua degeneração para que se desenvolvam as forças necessárias a eliminá-lo e a criar a partir dele um novo” (Bobbio, 2006, p. 141). Na dialética *negativa*, em determinado momento histórico, a sociedade gera as contradições que dão origem a antagonismos e lutas que, ao atingirem o ponto culminante de inflexão, levam à dissolução da antiga sociedade e à criação da nova.

A concepção negativa de dialética é o ponto divergente entre o movimento histórico analisado por Marx e a dinâmica de conformação do CSMC. Ao afirmarmos isto, não temos absolutamente nenhuma pretensão de negar ou ir de encontro a Marx, mas partindo dele, delimitar a especificidade do processo histórico de formação do Campo e seu percurso de institucionalização como política pública. A modernização reflexiva e o processo de Individualização mais do que uma teoria social ou modelo interpretativo, ou uma utopia (distopia), é a realidade histórica de nossa formação social contemporânea (Beck, 2017). Se é verdade que o primeiro processo de modernização se dá nos moldes desta *dialética negativa*, com a sociedade feudal produzindo as condições de emergência de seu contrário, a sociedade industrial; a Contemporaneidade não é resultado da crise, mas do sucesso e radicalização da modernidade. E “isto significa que não é a luta de classe, mas a modernização normal e a modernização adicional que estão dissolvendo os contornos da sociedade industrial” (Beck, 2012, p. 13). A modernização reflexiva não emerge como negação da Modernidade, mas pela *modernização da Modernidade*, por uma Modernidade adicional, uma metamorfose *reflexiva* que não se dá de forma abrupta e violenta, em grandes votações, tampouco pela tomada de ruas ou do Congresso, por revoluções e grandes utopias ou projetos ideológicos, e nisto está sua novidade.

A ideia de que a transição de uma época social para outra poderia ocorrer não intencionalmente e sem influência política, extrapolando todos os fóruns das decisões políticas, as linhas de conflito e as controvérsias partidárias, contradiz o autoconhecimento democrático desta sociedade, da mesma forma que contradiz as convicções fundamentais de sua sociologia (idem, p. 14).

O processo de desincorporação das formas da sociedade industrial e reincorporação daquelas formas próprias da sociedade contemporânea emerge como resultado não-planejado dos efeitos cumulativos da Modernidade, por vezes se desenvolvendo de forma sub-reptícia e despercebida (Beck, 2012). É também desta forma, que o CSMC se constitui, *homologamente*: como resultado *colateral* e *não-planejado* do sucesso do seu projeto político-assistencial e do dinamismo próprio da sociedade moderna e as transformações em seu objeto, bem como os efeitos reflexivos de seu percurso histórico, “ocorre de forma indesejada, despercebida e compulsiva no despertar do dinamismo autônomo da modernização, seguindo o padrão de efeitos colaterais latentes” (idem, p. 18).

A produção teórica do Campo, as políticas públicas e (*in*)ação dos movimentos sociais não resultam da crise, do insucesso ou cooptação de lideranças. Não são explicados *plenamente* por uma intencionalidade ou pela determinação político-ideológica neoliberal, ou pelos interesses econômicos da Psiquiatria em torno da *indústria da loucura*. Antes, pelo *processo histórico-reflexivo* de construção do Campo, como resultado colateral e imprevisível das escolhas estratégicas e do bem-sucedido projeto de institucionalização da Reforma como PNSM, no quadro das transformações globais da estrutura social promovidas pela modernização reflexiva. Considerando estas questões, o presente Capítulo discutirá os resultados da análise da *literatura específica*, apresentados no Capítulo 2, estabelecendo um diálogo com autores e obras identificadas a partir da análise e com nossos referenciais teóricos. Se os resultados da análise desses 35 anos de publicações são a base desta Tese, seu pilar é a reflexão crítica sobre esta produção em face de questões atuais que atravessam a Contemporaneidade. A discussão e reflexão propostas extrapolam, portanto, o período das publicações analisadas. É nesta *arquitetura metodológica* que buscaremos dar nossa contribuição teórica para pensar o Campo e as relações entre a loucura, a Psiquiatria e a sociedade. Para tanto, a Discussão *espelha* a Apresentação dos Resultados e, assim, discutiremos a autoria das publicações, seu principal referencial teórico e a perspectiva e propostas assumidas em relação à Psiquiatria manicomial, e (3.4) os conceitos

operatórios estruturantes do Campo: *Desinstitucionalização* e as noções de *Cotidiano e Singularidade, Comunidade e Território, e Cidadania e Autonomia*.

### 3.1. BREVES OBSERVAÇÕES SOBRE A AUTORIA

Os dados sobre a autoria das publicações nos permitem inferir que a produção do CSMC é pouco permeada por saberes não-assistenciais, isto é, há pouca contribuição de autores cuja formação ou atuação não interfere diretamente no ato de saúde e na relação imediata entre profissional e usuário. A prática técnica, segundo Donnangelo (1979), caracteriza-se pela manipulação de instrumentos técnico-científicos empregados na transformação de determinado objeto que, neste contexto, refere-se genericamente ao sofrimento ou adoecimento mental, seja este tomado como demanda natural ou produto social. A prática técnico-assistencial em SM se estrutura em torno da relação entre o profissional e o usuário, e ao conjunto de procedimentos que compõem o ato terapêutico, em suas mais diversas formas<sup>58</sup>: a identificação, prevenção, ação terapêutica e reabilitação do sofrimento ou adoecimento mental.

A identificação de um perfil, majoritariamente, de formação técnica ligada ao ato de saúde não significa, necessariamente, a exclusão de outros saberes, mas implica nestes saberes passarem pelo *filtro e chancela* de saberes técnico-terapêuticos que, ao final, conformam a reflexão teórica e as práticas do Campo. É uma primeira indicação de que o Campo é conformado a partir da dimensão técnico-assistencial e que tende a privilegiar uma produção orientada por esta dimensão. A produção do Campo é essencialmente acadêmica e de orientação técnico-assistencial e médica (Medicina-psiquiatria e Psicologia), já que a autoria é majoritariamente qualificada não apenas pelo vínculo acadêmico, mas pela formação voltada para o ato terapêutico em SM, ou ato de saúde como relação cotidiana entre profissional e usuário nos serviços, na conceituação

---

<sup>58</sup> “(...) é possível adotar esta ou aquela concepção do psiquismo e da doença mental e por conseguinte propor técnicas as mais diversas; é possível enfatizar com maior ou menor empenho o alcance das terapêuticas medicamentosas; é possível privilegiar a atenção psicológica integrada às demais modalidades clínicas ou fazer o inverso recortando ao máximo o atendimento especializado; é ainda possível pretender ultrapassar os limites das instituições de saúde e atuar de forma mais precoce na escola, na fábrica, na empresa, na família, com o objetivo de prevenir transtornos mentais; há enfim um leque amplíssimo de opções técnicas e operacionais que, entretanto, têm algo em comum (...) a demanda psiquiátrica como fato natural cuja origem está em distúrbios somáticos ou psicológicos” (Bezerra Jr., 1987, p. 137) .

de Amarante (1995). Isto caracteriza uma contradição com o ideal do Campo, que se quer (ou pensa) construído pela troca de saberes e práticas multidisciplinares, de forma a superar os saberes médico-institucionalizantes. O que se percebe, contudo, é uma multidisciplinaridade e troca de saberes pensadas em função do ato terapêutico, uma multidisciplinaridade condicionada pela dimensão técnico-assistencial e gestão e organização do processo de trabalho, nos serviços de SM.

Esta produção acadêmica e técnico-assistencial corrobora e qualifica, ainda, a relação recíproca entre a construção de saberes no CSMC, o percurso dos movimentos sociais e o *coronelismo progressista* (Subcapítulo 1.3). Os resultados ilustram a dicotomia estabelecida entre as lideranças que *pensam* o Campo e os profissionais que *atuam* no cotidiano dos serviços, convocados a *reinventar* suas práticas e transformar as relações com a loucura e o sofrimento, institucionalizadas pelo saber psiquiátrico. Esta cisão entre planejamento e crítica, de um lado, e atuação técnica, de outro, traz implicações imediatas: Com relação aos que *pensam*, tem-se uma concepção de Campo que é elitizada, externa e verticalizada, pois pensada majoritariamente por uma minoria acadêmica e repassada aos profissionais que *consomem* estas ideias sem contribuir ou refletir, coletivamente, para sua produção. Neste ponto, a Reforma seguiu certa tradição nacional: “os movimentos aparentemente reformadores, no Brasil, partiram quase sempre de cima para baixo: foram de inspiração intelectual, se assim se pode dizer, tanto quanto sentimental” (Holanda, 1995, p. 160). Na auto-qualificação da autoria nas publicações, esta elite pensante não se identifica com o lugar do trabalhador donde se infere que, ao pensar a organização e gestão do trabalho assistencial, fazem-no de outro lugar e considerando outras prioridades, outros objetivos, outras concepções do que (não) é possível e/ou desejável.

Do ponto de vista dos que *atuam*, ao contrário do ideal do Campo, tem-se trabalhadores que podem ser engajados, mas são pouco (auto)críticos e pouco implicados: produz-se alienação social. O perfil acadêmico da autoria indica trabalhadores que são *consumidores* de uma reflexão externa sobre suas práticas, desobrigados a colocar em questão os serviços ou seu papel neles, tampouco aspectos estruturais e macropolíticos que interferem e limitam sua atuação – e que poderiam desconstruir criticamente a perspectiva micropolítica como referência simbólica de

atuação e autocompreensão. Pelo contrário, são orientados a reproduzir as concepções que consomem e a atuarem segundo o ideal do trabalhador autárquico e criativo. O consumo de aconselhamentos coloca o trabalhador em um lugar *contraditoriamente seguro*, em que é reafirmada sua *competência*<sup>59</sup> para lidar com os riscos biográficos e ocupacionais, ao tempo em que as *guidelines* para ação cotidiana são construídas *de fora para dentro* e trazem condições ideais “para evitar o enfrentamento com suas questões subjetivas” (Kehl, 2009, p. 16)<sup>60</sup> e, simultaneamente, rementem os desafios da assistência de volta aos profissionais que devem avaliar, decidir e atuar em nome das transformações propostas pela Reforma. O resultado é um trabalhador alienado, estranho ao objeto-saúde que produz, estranho a si mesmo e à sua liberdade (Marx, 2010). Então, sua liberdade para trabalhar e inventar no cotidiano se transforma em trabalho alienado, “um *ser estranho*, como um *poder independente do produtor*” (idem, p. 80) e, portanto, dependente e ameaçador. A atuação, nestes termos, tende a se mostrar incapaz de produzir *transformação e desalienação social*, mas apenas adaptabilidade e reabilitação à norma social. O trabalho alienado reproduz uma terapêutica alienante, que exerce poder e dominação (Basaglia, 1979).

Reflexivamente, a desoneração do trabalhador das *estratégias institucionalizantes da tradição sanitária* (Amarante, 1995) leva a uma atuação profissional mais *livre*, porém *precária e dependente*, e quanto mais ele é convocado para ser livre e reinventar suas práticas, mas ele busca referências externas que orientem sua atuação técnica e política. Estas referências externas são tão mais necessárias, quanto mais se individualizam os riscos, aumenta a expectativa sobre os indivíduos, e o trabalho perde suas garantias e função estabilizadora de “*experiências sociais fundamentais*” (Beck, 2010, p. 204), tornando-se *subemprego flexível*. A “generalização

---

<sup>59</sup> *Competência* assume um caráter propositalmente ambíguo: do significado popular de *competência* como capacidade, aptidão e potência, mas também do significado jurídico de responsabilidade, identificar a competência é identificar a quem compete fazer algo, que é o responsável.

<sup>60</sup> A citação de Kehl (2009, p. 16) merece um esclarecimento. A autora está discutindo a depressão no indivíduo de estrutura neurótica, em uma perspectiva psicanalítica lacaniana (escola psicanalítica a que se filia) e “a busca de salvação em tratamentos medicamentosos”, apoiada na “ideologia de nossa sociedade científico-mercado”. A citação nos pareceu pertinente pois expressa bem o impasse subjetivo entre a individualização do risco e o imperativo de escolhas e responsabilidade individual e o consumo de aconselhamentos e *expertise* (Beck-Gernsheim, 1995, 2002; Beck, 2010; Salecl, 2012). Isto não significa que estejamos avocando a leitura lacaniana, nem mesmo há coincidência com o conceito de subjetividade em Kehl e aquele que trabalhamos e cuja discussão aprofundamos no Capítulo 5, no contexto da sociedade de risco individualizada.

do *subemprego* segue de mãos dadas com uma redistribuição, *de cima para baixo*, de renda, de garantias sociais, das oportunidades” gerando “novas incertezas e desigualdades sociais” (Beck, 2010, p. 208). O trecho de Beck foi publicado originalmente em 1986, mas dialoga com – e insere sob a chave explicativa da Individualização e da Modernidade Reflexiva – o debate corrente sobre “terceirização”, “precarização” e “desmonte” do emprego nos serviços de saúde, processo continuado pelas presidências Lula-Dilma apesar de, e graças à inação dos movimentos sociais que integravam o Governo e *quedaram paralisados* à espera de um comandante que lhes dissesse “Mudei de ideia”<sup>61</sup>.

Em artigo recentemente publicado, Souza e Mendes (2016) relatam uma tendência generalizada de *desmonte* do emprego estável e flexibilização dos contratos de trabalho dos profissionais de saúde. Esta flexibilização se estende aos serviços de saúde mental, com a contratação e administração de serviços por Organizações Sociais – OSs, prática que se generaliza no SUS. Contreiras e Matta (2015) demonstram que entre 2004 e 2012 o número de profissionais contratados por OSs e entidades conveniadas símiles, no município de SP, aumentou 375%, correspondendo a 48% do total de servidores em 2012. Em 2010, aproximadamente 60% dos estabelecimentos e serviços municipais de SM de São Paulo estavam sob gestão de OSs, ou entidades privadas conveniadas à Administração Municipal (*idem*, p. 289).

A CAPB (1978, apêndice 01) faz duras críticas à privatização, aos poucos recursos, condições de trabalho e relações de emprego precarizadas. Lima et al (1980-a, apêndice 01), denuncia as condições desumanas de tratamento, relacionando-as com a privatização/terceirização e a precarização das relações de trabalho. A privatização era, então, tomada como uma das condições promotoras das más condições de trabalho e cuidado, com internações e procedimentos desnecessários e orientados pelo lucro, não pelas necessidades de saúde (CAPB, 1978, apêndice 01; Lima et al 1980, 1980-a, apêndice 01; Birman, 1981, apêndice 01). O tema era a contradição insanável entre “necessidade de saúde da população *versus* necessidade de lucro das empresas” (Bezerra Jr., 1987).

---

<sup>61</sup> Referência à música de Chico Buarque, “Geni e o Zepelim”, parte do musical “Ópera do Malandro”, de 1978.

Desde o que nós chamamos de *inflexão micropolítica* (Subcapítulo 2.3), houve uma marginalização do tema da privatização e precarização do trabalho, concomitante a uma crescente coincidência entre as estratégias de implementação da reforma e a ideologia do sujeito neoliberal, que ressoa na Contemporaneidade da individualização de riscos. Há uma (auto)expectativa de que o profissional seja criativo, inventivo e capaz de promover, no cotidiano da assistência, as transformações que não se realizaram, ou não se realizariam, com estratégias macropolíticas “estruturantes demais”, como as caracteriza Amarante (1995, p. 94). Os profissionais assumem lugar de *cavaleiros cruzados da Reforma Psiquiátrica, conclamados romanticamente* para “a dura guerra contra as instituições descontaminadas, inúteis ou nocivas, fruto do higienismo médico tradicional” e, para isso, devem ser “artistas, homens de cultura, poetas, pintores, homens de cinema, jornalistas, (...) inventores de vida” (Rotelli, 2001, p. 98). Este *imaginário subjetivo* promovido pelo Campo, no qual ecoa a individualização dos riscos e a generalização de incertezas e inseguranças do mundo do trabalho, faz com que a produção orientada para a assistência assuma lugar como *guideline* ou referência de posicionamento e atuação individuais, e que projeta os autores do CSMC como lideranças detentoras da verdade sobre as práticas que responderá aos impasses do trabalhador livre e criativo, em direção à *utopia* de uma sociedade sem manicômios.

Com a complexidade da assistência em SM – o grau de institucionalização e cronificação de usuários e suas experiências de violência, vulnerabilidade e pauperização destes e de suas famílias – e a perda de referências e seguranças para atuação profissional; a produção do CSMC ingressa no circuito de consumo de conselhos e especialistas que ajudem o indivíduo a se posicionar diante dos riscos e imperativos de escolha, responsabilidade e invenção de si (Beck-Gernsheim, 1995, 2002; Beck e Beck-Gernsheim, 2002; Beck, 2008, 2010; Salecl, 2012). Em uma *espiral individualizatória*, a conformação da *Perspectiva Micropolítica* pelo CSMC (Subcapítulo 3.3) é tanto produto como promotor da radicalização do processo de Individualização, no Brasil.

Um último aspecto que precisa ser discutido sobre a autoria da literatura específica é *a ausência absoluta de usuários e familiares*. Esta constatação foi de



encontro à ideia *apriorística* que fazíamos do Campo, pautados apenas em textos de referência sobre os movimentos e a própria implementação da Reforma. Está em desacordo inclusive com a literatura específica, que se refere à Reforma como uma construção com protagonismo de usuários e voltada para a “construção coletiva do protagonismo (...) um usuário-ator, sujeito político” (Torres e Amarante, 2001, p. 84, apêndice 01), e à

(...) necessidade de constituirmos uma forte aliança entre usuários e academia para nos fortalecermos para o combate contra o estigma, a participação dos portadores de sofrimento psíquico como cidadãos, a formulação de consensos básicos sobre o que sejam boas práticas na área, a denúncia e o basta à crescente hipermedicalização da vida (Onocko-Campos, 2011, p. 2032, apêndice 01).

Apesar desta *expectativa* do Campo, percebemos que há uma falsa democratização “por cima”, em que se mantém o monopólio tecnocrático *Psi*. Como se a mera presença destes profissionais em espaços de participação democrática por si só significasse democratização ampla pela ocupação dos cargos tecnocráticos pelas lideranças dos movimentos sociais, por uma *tecnocracia antimanicomial*. Assim, não se abdica do monopólio do saber técnico e do lugar na burocracia estatal. A ideia de participação dos usuários e dos familiares como protagonistas ou parceiros e corresponsáveis pelo cuidado permeia o CSMC. Mas desde o início do percurso dos movimentos, era pontuada a contradição entre a crescente presença de usuários e familiares, e a liderança e protagonismo assumidos por profissionais e acadêmicos (Vasconcelos, 2016-a). O movimento que se mobilizou pela democracia popular, repete a cartilha da dominação patriarcal, em que “o exercício do poder político fazia parte dos privilégios inalienáveis dos setores ‘esclarecidos’ ou ‘responsáveis’ da nação” (Fernandes, 2008, p. 99).

Este é um ponto fundamental: Amarante (1997), lista uma série de experiências culturais e de constituição de coletivos de usuários, considerando que o empoderamento destes é uma das principais conquistas e bandeiras dos movimentos e da própria Reforma. Vasconcelos (2012, p. 59) destaca que, apesar de suas limitações econômicas, usuários e familiares mostram “enorme garra e mérito de sustentar a militância nas duas últimas décadas” e que sua “participação efetiva e massiva (...) depende também da tendência do movimento, constituindo uma clara prioridade para o

MNLA”. Para o autor, a cisão entre RENILA e MNLA (Subcapítulo 1.3) foi centralmente motivada por uma disputa quanto à organização dos movimentos e a maior ou menor participação e protagonismo dos usuários.

Sem dúvida, são os usuários que sustentam e dão volume à militância junto à sociedade civil, ou mesmo nos Conselhos de Saúde e suas Comissões específicas. Em associações, manifestações públicas, conferências e congressos, audiências públicas, grupos de pressão, cooperativas de renda e projetos culturais e assim por diante, são usuários e familiares que sustentam concretamente a militância social, como afirma Vasconcelos. No entanto, esta participação não se traduz em possibilidade de pensar e conformar o Campo, reproduzindo com os usuários uma lógica de alienação e de tutela ainda mais perversa do que aquela dos profissionais *livres e criativos*, quando consideramos o histórico de violência e silenciamento daqueles indivíduos. Silenciamento que, institucionalmente, expressa-se por aquilo que Basaglia (1985) chamou *morte civil*, a constatação de que a realidade primeira do *louco* no manicômio era a de um indivíduo sem direitos.

O reconhecimento dos direitos desses indivíduos, desde a CF/1988 à Lei n.º 10.216/2001, não significou uma cidadania plena, com exercício político, autonomia e liberdade individuais. Mas uma “cidadania tutelada” (Tenório, 2002), noção que não foi disputada pelo Campo. A ausência de usuários e familiares entre os autores do Campo aponta para um silenciamento que está na base da *cidadania de cabresto* do que nós chamamos de *coronelismo progressista* (tópico 1.3.3). Corrobora com nossa experiência de usuários “atropelados” nos espaços de deliberação coletivos, ou convidados a compor mesas em eventos para lhes dar prestígio e aspecto mais democrático-inclusivo. Os usuários ingressam em espaços institucionais como os Conselhos de Saúde, ou são convocados para legitimar espaços de poder decisório, participando na escolha de lideranças que ocuparão estas cadeiras mais relevantes. Esta *cidadania de cabresto* equivale, no limite, à não-cidadania.

Antecipando a discussão sobre o olhar limitado do Campo (Subcapítulo 3.3) importa, finalmente, colocar em questão a expressão *usuário*, que se liga à centralidade da dimensão técnico-assistencial e ao gerencialismo, nas publicações. O termo *usuário* é pensando para a população que acessa-utiliza os serviços, notadamente, os comunitários

ou substitutivos ao HP, fazendo um recorte orientado pela dimensão técnico-assistencial. Isto reflete a redução do olhar do Campo que, como as leituras demonstram, só pensa o sofrimento ou adoecimento mental daqueles que frequentam o CAPS e outros pontos de atenção da RAPS<sup>62</sup>, com perfil de baixa renda e escolaridade, e inseridos no paradigma exclusão-marginalidade. *Isto desenha um quadro enganoso, uma profecia auto-realizada*: uma vez que o Campo reflete apenas sobre a população pobre, constrói-se o imaginário que apenas esta sofre-adoece, confirmando que o sofrimento-adoecimento está ligado, essencialmente, aos conflitos de distribuição de bens e justificando, portanto, que se continue a falar apenas do sofrimento ligado à exclusão. Ou no limite, que a reflexão do Campo se limite apenas àqueles em situação de vulnerabilidade socioeconômica.

Recusa-se a noção de que o sofrimento é uma dimensão constitutiva e indissociável da vida em sociedade, e que com esta se transforma. Somos “seres da fragilidade” (Lacan, 1992, p. 14), sensíveis à perda de referências sociossimbólicas, à ansiedade e insegurança, à sobrecarga e ao *bourne out*, que se colocam entre as especificidades do sofrimento contemporâneo no marco da inclusão, no marco da sociedade do excesso e da positividade. Isto, porém, escapa às discussões e ações do Campo. Um fenômeno que denuncia esta lacuna e incapacidade interpretativa do recorte sobre a exclusão é o *suicídio*. De acordo com Žižek (2015) a Coreia do Sul tem a mais alta Taxa de Suicídios - TS do mundo, tendo dobrado na última década, a despeito da crescente melhoria de renda, nutrição, liberdade e mobilidade internacional. “Mas o preço dessa melhoria tem sido a desertificação da vida cotidiana, a hiperaceleração dos

---

<sup>62</sup> Os componentes da RAPS estão listados no artigo 5º, da Portaria GM-SM n.º 3.088/2011: (1) atenção básica; (2) atenção psicossocial especializada, em que se encontra o CAPS, em suas várias modalidades; (3) atenção de urgência e emergência; (4) atenção residencial de caráter transitório; (5) atenção hospitalar em que se contra o Hospital Geral e o “serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas” (art. 5º, V, ‘b’); (6) estratégias de desinstitucionalização, com os Serviços Residenciais Terapêuticos – SRT e; (7) reabilitação psicossocial. Na Portaria de 2011 constam, ainda, as *Comunidades Terapêuticas* como ponto de atenção residencial de caráter transitório (componente 4). Esta é uma inclusão bastante *polêmica* e alvo de muitas e justificadas críticas por parte dos movimentos sociais. A Resolução CIT n.º 32/2017, em seu artigo 6º, introduz as “Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental, com objetivo de prestar atenção multiprofissional no nível secundário, apoiando de forma articulada a atenção básica e demais serviços das redes de atenção à saúde” e, entre os pontos de atenção da RAPS, os “Hospitais Psiquiátricos Especializados” (art. 1º). A Portaria Ministerial n.º 3.588/2017 altera a Portaria n.º 3.088/2011, introduzindo o “CAPS AD IV”, “destinado a proporcionar a atenção integral e contínua a pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool, crack e outras drogas, com funcionamento 24 (vinte e quatro) horas” (art. 50-A), também alvo de muitas críticas do Campo.

ritmos, a individualização extrema das biografias e a precariedade do trabalho, que também significa uma competição agressiva” (Berardi *apud* Žižek, 2015, p. 12). O que provoca isso não é a exclusão social ou o fracasso do Estado de Bem-Estar, do pouco a acesso à educação, tecnologias ou trabalho, mas a dissolução das seguranças ocupacionais, a aceleração do ritmo de vida, a sobrecarga individual, a alta competitividade e exigências de desempenho profissional: é o sucesso do projeto moderno ocidental que contextualiza o aumento da taxa de suicídios na República da Coreia do Sul.

O sofrimento e adoecimento na Sociedade de Risco individualizada não é explicada pelo marco da exclusão, além de negligenciado pelo recorte dos usuários. De agora em diante utilizaremos a expressão *usuários* apenas para quando nos referirmos, especificamente, àquela pessoa que acessa o SUS e, no Capítulo 4, buscaremos ampliar o olhar e superar os limites da leitura do Campo.

### 3.2. SOBRE OS REFERENCIAIS DE FORMAÇÃO DO CAMPO

O objeto do Campo é a reformulação das práticas psiquiátricas e em SM, considerando o adoecimento mental na perspectiva da existência-sofrimento do indivíduo e sua vivência individual no bairro, na comunidade, junto à família. Faz-se uma relação entre esta reformulação das práticas e transformações amplas nas relações estabelecidas, em comunidade, com a loucura ou a doença mental. A transformação das premissas teóricas e das políticas públicas e legislação gira também em torno disto. O Campo é permeado por (i) ideais humanitários, (ii) uma ética de tolerância à diferença e adaptabilidade, (iii) assistencialismo financeiro aos usuários contrabalanceado por estratégias técnico-assistenciais comunitárias menos custosas e mais eficientes (racionalização dos custos) e, portanto, (iv) uma racionalidade técnico-gerencialista que se entende capaz de alterar os níveis epistemológico, sociocultural e jurídico-político ligados à doença mental e à psiquiatria.

(...) a desmontagem do manicômio se processou através da diferente utilização e da reconversão dos recursos existentes; as novas possibilidades nascem com o deslocamento material de pessoas, pacientes e verbas do hospital para comunidade. Muda portanto a gestão financeira e administrativa dos recursos públicos, com êxito seja de eficácia seja de eficiência (...). O novo sistema, considerado globalmente, não é mais caro, e este é um dado

importante em tempos de redução de despesas públicas (Rotelli, De Leonardis e Mauri, [1985] 2001, p. 43-4).

É um Campo estruturado em torno da prática, com produção de saberes orientada pela dimensão clínico-terapêutica e pelo monopólio do *saber-Psi* que povoa a assistência e a gestão. Inicialmente, o CSMC se constitui sob o referencial teórico basagliano, passando ao que poderíamos caracterizar como um pensamento pós-moderno, no sentido que lhe confere Lyotard (2009), com abandono dos grandes relatos e leituras estruturais da sociedade e do Estado, em nome da “atomização do social” (idem, p. 31), na qual os indivíduos autônomos podem recusar as determinações estruturais, cuja normatividade “não tem outra legitimidade final senão a de servir os fins visados pelo sujeito prático” (idem, p. 64-5). Promovendo uma aproximação das formulações de Lyotard, o Campo assume a perspectiva micropolítica à medida que há uma dissolução das esperanças de grandes transformações estruturais, e se reconhece nas experiências assistenciais e no referencial trazido de Trieste, em 1987, o novo *locus* de disputa das dimensões da reforma e na psiquiatria o novo *mal* a ser combatido. Um *mal* mais próximo, mais acessível, *aparentemente* mais maleável e controlável pela gestão cotidiana.

À medida que os metarrelatos perdem credibilidade e poder unificador, desfazem-se as análises relacionais entre sistema social e indivíduo – ou melhor seria dizer que a relação se inverte e é o indivíduo quem, no cotidiano muda a estrutura – emergindo o fetiche do indivíduo autárquico ou do indivíduo autopoietico, que, independente dos *esquemas totalizantes* (Lyotard, 2009), age sobre uma esfera social atomizada. No CSMC, esta “atomização do social” se expressa como ação cotidiana e micropolítica, que encontra em Rotelli sua principal influência teórica e em Amarante (1995, 1997) seu principal formulador nacional.

O Campo se repensa, com uma aparente “perda de fé no futuro revolucionário” (Lipovetsky, 2004, p. 52), típica do que Lyotard chama de cultura pós-moderna. O sentimento revolucionário presente em Basaglia sede lugar à adaptabilidade social em Rotelli. As chamadas estratégias da trajetória sanitária são preteridas em nome da transformação que viria pelo ato individual de cuidado, pela invenção no

cotidiano da assistência. Parafraseando Lipovetsky (idem)<sup>63</sup>, há 20 anos, esta perspectiva do Campo talvez oxigenasse e renovasse o olhar sobre a loucura, a psiquiatria e a sociedade. Contudo a perspectiva micropolítica “já ganhou rugas, tendo esgotado sua capacidade de exprimir o mundo que se anuncia”, ou mesmo aquele em que se insere.

Para efeito desta análise, divergimos da síntese proposta por Amarante (1995, 1997) que está preocupado em produzir uma cronologia da “transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria” (1995, p. 87). Ele se debruça sobre as diferentes linhas de tradição “prático-discursiva” (idem, p. 88) da política de saúde – “uma política médica que se apóia em uma estrutura de poder e que visa à saúde de uma coletividade” (Foucault, 1979, p. 193, *sic.*) –, e a correspondente clínica mental. Refere-se, por isto, à medicina mental higienista, de meados do século XIX à primeira metade do século XX, e suas práticas asilares; e à psiquiatria preventiva da “trajetória da saúde mental”, com as comunidades terapêuticas, e a psicoterapia institucional e de setor (Giovannella e Amarante, 1994; Amarante, 1995).

Nossa crítica volta-se à produção de conhecimento e suas *verdades* naturalizadas, o modo de (não) apreender as transformações sociais contemporâneas e seus desdobramentos no Campo. Tendo clareza de nosso objeto, discernimos 02 momentos, com diferentes matrizes teórico-epistemológicas: o primeiro é caracterizado por um entendimento mais estruturante das relações entre loucura, Psiquiatria e sociedade, e pela centralidade da dimensão macropolítica das possibilidades de transformação. É um momento em que o pensamento crítico está alinhado às análises de determinações histórico-social, jurídico-políticas e estruturais, que podemos identificar, mais consistentemente, nas publicações entre 1976 e 1990 (apêndice 01).

Menos do que discutir o acerto ou descompasso das análises, importa-nos evidenciar uma mesma leitura estrutural dos fenômenos, que tende à compreensão de suas determinações sociais, conjunturas, críticas e possibilidades de transformação macropolítica. Há, como indica Amarante (1995, 1997), uma sintonia com a produção

---

<sup>63</sup> “(...) há vinte anos, o conceito de *pós-moderno* dava oxigênio, sugeria o novo, uma bifurcação maior; hoje, entretanto, está em desuso (...) o rótulo *pós-moderno* já ganhou rugas, tendo esgotado sua capacidade de exprimir o mundo que se anuncia”.

do Movimento Sanitário, mas sem prejuízo da defesa de uma clínica que reconheça a especificidade do sofrimento individual, em um contexto social e histórico ampliado. Neste momento do Campo, não se descarta a dimensão singular do sujeito, mas ela é colocada em relação dialética com o todo social. Assim, Bezerra Jr. (1987, p. 140) alerta para a *ilusão da universalidade* tanto do ponto de vista de um “sujeito psicológico universal” descolado de sua construção social e histórica, como de um “fixismo mecânico de classe” em que o psiquismo é subproduto direto e determinado da classe social (idem, p. 144-5). Já se percebe em Bezerra Jr. a preocupação com certa tensão entre interpretações mais sociais ou mais *agenciais*, no que concerne à medicalização social e a ampliação da demanda ambulatorial.

O segundo momento do Campo coincide com o segundo polo desta tensão, e o início do que Amarante (1995, 1997) denomina como *trajetória de desinstitucionalização* e a mudança de caráter político e epistemológico que teria ocorrido, entre o final da década de 1980 e início dos anos 1990, cujo marco na literatura específica é a resenha de Amarante (1990, apêndice 01) publicada na revista *Saúde em Debate*. Ela repercute a 1ª CNSM de 1987, que marca a inflexão da perspectiva basagliana para uma *perspectiva micropolítica* em que a ação individual teria supremacia sobre a estrutura, o micropolítico sobre o macro e o indivíduo teria império sobre o social. Esta perspectiva torna-se hegemônica e permanece, ainda hoje, como referência para atuação política, para interpretação, crítica teórica e formulações em SM. Este é o período histórico das intensas transformações globais sobre as quais, desde 1986, nos fala Beck (2010): a crescentemente generalizada destradicionalização das estruturas sociais modernas e dissolução dos referenciais sociossimbólicos.

Eventos como a queda do muro de Berlim, a perda do *norte* de posicionamento político esquerda-direita e o processo de individualização levaram à “decadência simbólica das grandes narrativas e suas agências nômicas – fenômeno que, aliado à explosão das tecnologias e biotecnologias contribuiu para que o discurso científico” se convertesse em médium de significação dos fatos humanos (Bezerra Jr., 2007, p. 133). No âmbito das práticas psiquiátricas, especificamente, o DSM-III é lançado em 1980 com seu sistema de classificação sindrômico “que se restringia a descrever os sinais e sintomas, sem se interrogar pelo que pudesse haver ‘atrás dele’ –

daí a introdução de termos como ‘transtorno no lugar de ‘doença, e de ‘portador de transtorno’ no lugar de ‘doente’” (idem, p. 141) – designação que será assumida pela Lei n.º 10.216/2001, a *lei da Reforma Psiquiátrica*, que trata da “proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”.

As décadas de 1980 e 1990 são também marcadas, no Brasil, pela redemocratização, as experiências municipais com serviços substitutivos ou intermediários entre a sociedade e o HP, e o descrédito dos governos democraticamente eleitos, frente aos movimentos sanitários. A revolução psicofarmacológica, iniciada internacionalmente nos anos 1950 – mais precisamente em 1954 com o lançamento comercial do antipsicótico Thorazine, ou *clorpomazina* (Whitaker, 2010) vendido no Brasil como Amplictil – contribui para viabilizar a saída dos manicômios, aliada à mobilização dos movimentos sociais. E não há originalidade alguma em reconhecer isto (Bezerra Jr., 1987). Se por um lado se criticava a interferência da indústria farmacêutica nas políticas de SM (Amarante, 1994, apêndice 01; Carneiro, Queiroz e Jorge, 2005, apêndice 01; Costa-Rosa e Yasui, 2008, apêndice 01), foi reconhecido o papel dos *recursos psicofarmacológicos* e a *psicofarmacoterapia* para as estratégias *extramuros* e o tratamento sintomático das psicoses (Jacobina, 2000, p. 100, apêndice 01):

(...) tornando-se o instrumento privilegiado de contenção e controle do paciente, subjugando a ‘agitação psicótica’ – que se constituía no grande desafio a uma prática fundamentalmente repressiva e disciplinar – e, com os antidepressivos e tranquilizantes (ansiolíticos), entre os mais usados, possibilitou massiva atuação fora do asilo.

Apoiadas nestas inovações tecnológicas, as experiências do final da década de 1980 reafirmavam o potencial transformador da prática assistencial e da *invenção cotidiana*, junto ao anticlímax pós-1988 e o sentimento anti-estatal da política nacional (Carvalho, 2016). Em oposição ao Estado promotor das transformações, a construção de tecnologias assistenciais, inovações cotidianas no ato de saúde que desoneram o Estado e sobrecarregam o profissional, em uma espécie de *neoliberalismo antimanicomial*. Junto com a necessária superação do HP como espaço de não-tratamento, exclusão e violação de DH, a busca pela ampliação de serviços comunitários mais baratos, que reduzam gastos estatais, coincide com os *reclamos antissociais* que se ampliam na década de 1990. A sobrecarga do trabalhador de SM, a exploração de recursos



comunitários e a família convocada como “parceira” do serviço, ressoam as orientações de “guardiães dos ideais e das práticas neoliberais” (Ianni, 2014, p. 218), como a Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS e o Banco Mundial - BM, para países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento, e a despolitização da pobreza.

(...) o Banco Mundial, com a queda do Muro de Berlim, em 1989, e o fim da guerra fria, pode admitir, sem o temor do contraponto socialista, que a pobreza é parte constituinte deste mundo. Assumindo esta condição como algo natural, caberia àqueles que se preocupam com a harmonia do sistema, o papel de propor políticas e estratégias que buscassem “aliviar” o sofrimento dos que vivem na condição de pobre ou abaixo desta condição. A saúde começaria, então, a ganhar espaço nos discursos do Banco, passando a se constituir em importante instrumento para o alívio da pobreza. Segundo esta instituição, “investimentos públicos para os pobres, na área da saúde, reduzem a pobreza ou mitigam suas consequências” (Banco Mundial, 1993, p.56). (Rizzotto, 2012, p. 110).

O 3º Encontro Latino-Americano da Rede de Alternativas à Psiquiatria, em Buenos Aires, foi realizado em 1986 – 01 ano antes da CNSM – e em 1990 foi realizada a Conferência para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica, que resultou na Declaração de Caracas de 1990 (OPAS/OMS), a principal legislação internacional citada pelo CSMC. Este ideário que congrega redução de gastos sociais com ampliação dos DH, aliado às exigências para o financiamento internacional, ajudam a construção de políticas do setor em parceria com o BM, e a consolidação da ideologia e políticas neoliberais (Navarro, 1984; Rizzotto, 2012; Ianni, 2014), sob a pecha humanitária e progressista da ampliação e humanização do acesso, e da assistência comunitária extra-hospitalar. **Isto não diminui a legitimidade das bandeiras pela superação do HP e promoção dos direitos civis e sociais das pessoas com diagnósticos psiquiátricos.** Mas coloca em contexto a construção das políticas e desconstrói certo idealismo romântico nos relatos sobre a formulação das políticas de SM, trazendo elementos para tentarmos caracterizar a constituição e atual conformação do Campo, considerando o quadro macropolítico e macroeconômico de uma sociedade global em movimento. Há uma multicausalidade histórica, um contexto global específico no qual o manicômio pôde ser desconstruído, no Brasil.

Esta conjuntura ampla, nacional e global, favoreceu uma tendência crescente à prevalência da perspectiva micropolítica, ainda que atravessada por leituras não-hegemônicas e minoritárias. Ao mesmo tempo, há continuidade das críticas às instituições totais – que remontam à década de 1950 (CAPB, 1978, apêndice 01; Lima

et al, 1980-a, apêndice 01; Birman, 2006) –, com a busca pela transformação dos modelos de assistência e a necessidade de ampliação do acesso. Mantém-se o marco da sociedade industrial, da sociedade de controle e escassez, que exerce seu poder disciplinar através da Psiquiatria da exclusão e asilamento. Mantém-se o entendimento de que o sofrimento e adoecimento estão ligados à exclusão e à falta, que há uma relação direta entre “níveis sócio-econômicos inferiores” e “saúde mental insatisfatória” (Cordeiro et al, 1978, p. 58, apêndice 01) e que promoção de melhores níveis de saúde mental se dá pela inclusão social.

Estas são dimensões transversais do Campo, em vista do caráter ambíguo da modernização reflexiva em que tudo continua como está e tudo está diferente, simultaneamente (Beck, 2010). O novo é interpretado pela lente da sociedade industrial, e as instituições estão organizadas e agem pelas balizas da modernidade tradicional (Beck, 2012). As transformações na Psiquiatria e na sua relação com indivíduo e a sociedade, apontadas por Costa-Rosa (2013), Bezerra Jr. (1994, 2007; 2011, apêndice 01) ou Ortega (2009, apêndice 01) parecem passar despercebidas. Neste sentido, o Campo vai se caracterizar não apenas pelo que (sempre) vê e diz – a Psiquiatria do controle sobre a sociedade e da exclusão da loucura, o sofrimento ligado à miséria e à marginalização, os conflitos de distribuição de bens e a necessidade de acesso –, mas também pelo que ignora e sobre o que silencia: a psiquiatria do aprimoramento que contribui para a dissolução do estigma sobre diagnósticos psiquiátricos e a sociedade neuropsiquiátrica, a Contemporaneidade e os malefícios do excesso de tecnologia e de acesso, o sofrimento pela inclusão e o conflito de distribuição de riscos.

Aquilo que Amarante (1995) chama de *ruptura* epistemológica e estratégica é, em verdade, um aprofundamento das bandeiras de transformação assistenciais e resultado do sucesso de experiências pautadas pelas críticas anteriores. Esta radicalização se manifesta como maior independência dos movimentos pela Reforma, em relação ao Movimento Sanitário. Não se abdica da ação junto ao Estado, mas o olhar se volta para as possibilidades de ação individual. A balança que pendia para a estrutura, rompe-se sob o peso do indivíduo. Há uma oposição declarada ao momento anterior, visto como “vigorosamente institucionalizante” e centrado na ação estatal (Amarante, 1995, p. 91). Em seu lugar, a desconstrução das instituições a partir da invenção

cotidiana das formas de lidar com o sofrimento e superação de sua institucionalização médica.

Temos em Bezerra Jr. (1987, pp. 145-7) uma leitura similar que nos ajuda a sintetizar, por aproximação, a análise dos dois momentos do CSMC. O autor fala em “dois pontos de vista” no estudo sobre a demanda ambulatorial por cuidados psiquiátrico e psicológico. O primeiro, o “*ponto de vista do espectador*”, dando primazia às “determinações históricas, sociais e ideológicas dos fenômenos” determinantes para a conduta dos pacientes. De outro lado, no “*ponto de vista do agente*”, o indivíduo “não percebe a sua busca de tratamento como resultado de um processo de medicalização de sua existência ou de despolitização pela psiquiatria dos conflitos em que está imerso. É o sofrimento que lhe move, é a superação desta experiência dolorosa que ele almeja”. Bezerra Jr. propõe a superação desta dicotomia analítica entre demanda social ou pessoal, pois toda demanda é determinada socialmente e vivida individualmente, como experiência idiossincrática. A abertura de “um espaço para questões que procurem detectar no idiossincrático a marca do social”.

Esta distinção entre demanda pessoal e demanda social ajuda a ilustrar um certo olhar do Campo quanto ao sofrimento e à busca pelos serviços e terapias. *Por aproximação*, o primeiro momento do Campo se caracteriza por uma predominância da perspectiva da determinação social (ainda presente a dimensão singular do sofrimento), e o segundo momento pelo império do *agente*. Mas não é apenas às razões da demanda que se refere a distinção que nós estabelecemos, mas sobre olhares diferentes para as possibilidades de transformação da Reforma, sobre a atuação de militantes e profissionais e, também, o olhar sobre o usuário ou indivíduo em sofrimento-adoecimento mental. Implica menos em afastar a dimensão social e mais em um certo olhar sobre a sociedade em que a ação individual tem predomínio determinante sobre a estrutura, e a dimensão técnica promove a despolitização e medicalização, em nome do combate à medicalização e institucionalização do sofrimento pela psiquiatria sob a bandeira da afirmação da singularidade da “existência-sofrimento”. Um social *virtualizado*, como “um produto esvaziado de sua substância” (Žižek, 2003, p. 25), que corresponde à leitura e memória do Campo de que não seria pela tradição sanitária excessivamente estrutural, mas no cotidiano, que se promoveriam as mudanças

defendidas pela Reforma. Sendo este o entendimento que prevalece, passamos a analisar pormenorizadamente os elementos da perspectiva micropolítica, no subcapítulo 3.3.

### 3.2.1. Basagliano *ma non troppo*<sup>64</sup>: Referenciais do Campo

Neste tópico, discutiremos os resultados apresentados sobre as principais referenciais, buscando caracterizar os pressupostos epistemológicos que, por uma leitura superficial das publicações, tende a certa ambiguidade e homogeneização, em relação à Psiquiatria Democrática. Apesar da influência da experiência italiana, o Campo pensa seu contexto histórico de forma endógena e no quadro do Estado-nação. Endógena no sentido em que elege eventos e circunstâncias que interferem diretamente com o processo de institucionalização da Reforma, uma *endogenia disciplinar*; e nacionalmente endógena porque ao tentar contextualizar historicamente os movimentos e a implementação de políticas, limita-se aos eventos da história recente nacional. Refere-se às experiências ligadas diretamente à Saúde Mental, sejam as experiências assistenciais que influenciaram as propostas da Reforma, ou Tratados e Convenções internacionais pertinentes ao setor, centralmente a Declaração de Caracas.

Este quadro indica a insistência em um esquema causal endógeno que desconsidera como os processos sociais integram movimentos globais, seja para mimetiza-los tardiamente, seja pelo impacto inevitável de processos internacionais que não podem ser pensados exclusivamente no contêiner do Estado-nação, como se o isolamento linguístico do Brasil na América Latina, converte-se o também em uma ilha política e social que se comunica apenas, e intencionalmente, com as teorias europeias. Esta crítica contribui e corroborara para as considerações feitas sobre a autoria, no sentido de um Campo pouco permeável à saberes *estranhos* aos saberes-Psi, que parece pensado como sistema fechado, que realiza trocas com outros sistemas, eventualmente.

---

<sup>64</sup> “*Allegro ma non troppo*” é uma expressão italiana usada entre músicos para sinalizar que o compasso da execução deve ser mais lento. O *allegro* é um compasso ligeiro e animado, daí a ideia de *allegro* mas nem tanto. Tiramos a expressão, em verdade, da música *Com açúcar com afeto*, de Chico Buarque, em que o compositor faz um trocadilho entre o *allegro* (compasso musical) e a gíria popular *alegre* usado como sinônimo de leve embriaguez. Diz o eu-lírico feminino, sobre seu companheiro: “Vem a noite e mais um copo, sei que alegre *ma non troppo*, você vai querer cantar/ Na caixinha, um novo amigo, vai tocar um samba antigo pra você lembrar”.

A experiência italiana é, sem dúvidas, a mais referida e tem destaque desde as primeiras publicações. Genericamente chamada de Psiquiatria Democrática italiana, ela é identificada como a principal influência para a Reforma brasileira, tanto do ponto de vista teórico, quanto da reformulação do modelo assistencial. O movimento italiano da Psiquiatria Democrática é apontado entre as principais influências históricas das primeiras experiências do período de transição democrática, com o CAPS em São Paulo e o NAPS, em Santos. Basaglia é tido como o principal idealizador e liderança do movimento da Psiquiatria democrática, desde que assumiu o HP de Gorizia (1961) e depois o Hospital Provincial de Trieste (1971), até sua morte precoce em 1980 (Fleming, 1976; Castel, 1987; Amarante, 1994, 1995, 1996, 1997, 2008; Passos, 2009; Costa-Rosa, 2013). Quando assume o HP de Gorizia, Basaglia reformula a instituição aos moldes de uma comunidade terapêutica e, em torno dele, “começa a se agregar um grupo de jovens profissionais, que constituirá, em seguida, o núcleo do movimento militante autodeterminado Psiquiatria Democrática” (Passos, 2009, p. 126). Internacionalmente conhecido por seu trabalho (Amarante, 1990, apêndice 01, 1995, 1997), era considerado um herói para os jovens italianos na década de 1960 e 1970 (informação verbal)<sup>65</sup>. Desta experiência intra-institucional, seguem-se ações cada vez mais radicais de democratização e ruptura com o modelo psiquiátrico tradicional, de questionamento do mandato social da psiquiatria e da sociedade burguesa de classes (Basaglia, 1985), que se desdobram no fechamento do manicômio e constituição de serviços de atendimento extra-hospitalar (Nicácio, 1989).

Passos (2009) cita a influência maior da antipsiquiatria inglesa, na figura de David Cooper e Ronald Laing. Basaglia (1985, p. 10) refere-se, nominalmente, ao psiquiatra sul-africano Maxwell Jones – idealizador das comunidades terapêuticas (Corrêa et al, 1970) – e descreve a ação de contestação da condição manicomial em Gorizia como uma experiência em que “(...) procedeu-se, por meio de críticas sucessivas, à negação da instituição psiquiátrica, pondo em evidência a posição ambígua de uma comunidade como microssociedade que quer constituir suas premissas práticas e teóricas em oposição aos valores dominantes”. Segundo Fleming (1976, p. 99), “embora

---

<sup>65</sup> Informação fornecida pelo Professor José Cosma, italiano radicado no Brasil e professor aposentado de Filosofia da Universidade Federal da Bahia, durante encontro com militantes em Salvador-BA, em 13 de maio de 2017.

partindo de uma mesma crítica e de uma mesma denúncia da psiquiatria tradicional (...) os psiquiatras italianos fazem uma análise diferente da realidade social e propõem modos de luta Anti-institucional originais”.

A antipsiquiatria inglesa se inspirava na ideologia dos movimentos de contracultura (Pitiá, 2005, apêndice 01). Ronson (2014, p. 73) conta em tom anedótico sobre a correspondência trocada com Adrian Laing, filho de Ronald Laing, sobre “Kingsley Hall, a comunidade terapêutica para esquizofrênicos deles [Ronald Laing e David Cooper]”, em que Laing relata: “Meu pai acreditava que se você deixasse a loucura seguir seu curso natural sem intervenções (...) ela desapareceria sozinha, como uma viagem de LSD cumprindo seu caminho através do sistema”. Para além do tom pouco criterioso e intimista, Cooper (1973, p. 139) relata: “Testemunhamos como pessoas, numa situação de não-interferência, avançaram numa progressiva desintegração durante semanas ou meses para depois gradualmente se reconstituírem”.

Por sua vez, “a equipe de Gorizia, cujo principal animador e ideólogo foi sem dúvida o psiquiatra Franco Basaglia, de formação marxista, tem desde o início da sua acção uma orientação política clara” (Fleming, 1976, p. 99), ligada às instituições e outros movimentos políticos. Basaglia (1975, 1975-a, 1979, 1985, 2010) entendia o adoecimento mental como manifestação individual das insustentáveis contradições da exploração capitalista e, portanto, um produto social. A loucura seria uma denúncia das contradições estruturais da sociedade, *marcada pela divisão entre os que têm e os que não têm*. A resposta da sociedade viria na forma de *instituições da violência* como os manicômios (e os presídios, fábricas, escolas e assim por diante), onde exercendo seu mandato social “que remete à violência global do nosso sistema social” (Basaglia, 1985, p. 11), a Psiquiatria pode isolar e dissimular as contradições do mundo capitalista sob o véu da doença mental.

Nas décadas de 1970 e 1980, Basaglia já era internacionalmente famoso por seu trabalho no HP de Gorizia e na década de 1960 e, depois, nos trabalhos no “*Ospedale Psichiatrico Provinciale di Trieste*”<sup>66</sup> (Basaglia, 1979). Entre os meses de junho e julho de 1979, Basaglia vem pela primeira vez ao Brasil, convidado pela

---

<sup>66</sup> Hospital Psiquiátrico da Província de Trieste, em livre tradução.

Associação Mineira de Psiquiatria (Basaglia, 1979, Nicácio, 1989). Em novembro do mesmo ano, ele se muda para Roma, convidado para dirigir os serviços psiquiátricos na região de Lazio (DSMT, 2004). Com a publicação da Lei 180 de 1978, o HP de Trieste é oficialmente fechado em 1980 (Nicácio, 1989), ano da morte de Basaglia. Sua obra promove um embate com o “*establishment* psiquiátrico” (Basaglia, 1985, p. 11), sendo central em sua construção a negação do “mandato social da medicina”, da necessidade de colocar isto em questão. É refratário à excessiva centralidade da clínica e da captura terapêutica das ações realizadas, refutando que as assembleias realizadas no HP de Gorizia sejam um recurso *terapêutico*:

Nossas reuniões não podem ser consideradas psicoterapia de grupo: elas não têm uma base psicodinâmica (...). A psicoterapia de grupo, ao contrário, comporta habitualmente um certo compromisso com a participação: os grupos são estimulados por uma inteligência médica. Aqui tendemos a agir de maneira a que a vida em comunidade, sua vida quotidiana, não seja dirigida por uma inteligência médica, mas sim o resultado da atividade espontânea de todos aqueles que participam – a qualquer título – da jornada do hospital. (idem, p. 26)

Este posicionamento “despsiquiatrizante” de Basaglia (seu *leitmotiv*, cf. Basaglia, 1985, p. 28) se estende inclusive para a recorrente referência a “colocar a doença entre parênteses”, que traz um duplo sentido: primeiro, libertar-dissociar o indivíduo do rótulo médico e negando, portanto, a nomeação médico-psiquiátrica do indivíduo e o próprio saber psiquiátrico. Basaglia aplica a *redução fenomenológica* e a suspensão da *tese natural do mundo* de Husserl (2000), ao diagnóstico médico-psiquiátrico, atacando a crença naturalizada na doença, colocando-a entre parênteses, para questionar sobre a natureza política e social do “doente”, como sua exclusão e estigma são essencialmente sociais. Sua crítica vai à própria linguagem médica: “a definição da síndrome já assumiu o peso de um juízo de valor, de um rótulo que vai além do significado real da própria enfermidade” (Basaglia, 1985, p. 28). A Psiquiatria Democrática italiana, sob a direção de Basaglia, assumia uma posição radical com relação não apenas ao manicômio e à Psiquiatria, mas à sociedade organizada sobre bases da exploração da classe proletária. Recusava-se a ser um movimento de soluções *positivas* de novas técnicas, para adotar uma ação política de viés dialético-revolucionário

(...) em uma *dimensão negativa* que é, em si mesmo, destruição e ao mesmo tempo superação. Destruição e superação que vão além do sistema

coercitivo-carcerário das instituições psiquiátricas e do sistema ideológico da psiquiatria enquanto ciência para entrar no terreno da violência e da exclusão do sistema sócio-político (idem, p. 131).

No Documento Programático da Psiquiatria Democrática, lançado em outubro de 1973 (*apud* Fleming, 1976, pp. 136-8), sem negar a dimensão psicopatológica da loucura, o movimento renega o caráter terapêutico da readaptação e reintegração social do doente mental, que justificariam o internamento baseado na ideia de que há cidadãos que precisam ser reabilitados. Para a Psiquiatria Democrática, o trabalhador “psiquiátrico” deve tomar consciência e lutar contra o mandato social de violência e poder que exerce sobre o paciente, e conscientizar este do caráter político do diagnóstico que o *reifica* como mercadoria (Basaglia, 1979). Contra a psiquiatrização ideológica da psicopatologia, Basaglia propunha a politização da dimensão técnica e denúncia dos elementos da luta de classes, dissimulados pelas *instituições da violência*. De acordo com Passos (2009, p. 129), citando Rotelli, De Leonardis e Mauri:

Já no início da desinstitucionalização, em Gorizia, o debate nas grandes assembleias e discussões, que reunia técnicos, pacientes e familiares, girava em torno de três eixos principais, que permanecerão como fundamentais até hoje: “a ligação de dependência entre psiquiatria, justiça e ordem pública; a característica de classe social das pessoas internadas [em manicômios]; e, derivando das duas anteriores, a não-neutralidade da ciência”.

Alinhado às lutas operárias, propunha continuar a luta nos manicômios, mas em uma perspectiva mais ampla e estrutural “a luta contra a exclusão, analisando e denunciando as matrizes nos seus aspectos estruturais (relações sociais de produção) e super-estruturais (normas e valores) da nossa sociedade” alinhado aos demais movimentos de luta pela transformação da ordem social” (Documento Programático da Psiquiatria Democrática, *apud* Fleming, 1976, p. 138).

É essencial pensar Basaglia a partir de seu contexto histórico e político. Ele fala, inteiramente, no marco moderno da sociedade industrial, quando “as esperanças utópicas ainda estavam fortemente presentes, mas já se alimentava dúvidas quanto à plausibilidade de revoluções macroestruturais” (Bezerra Jr., 1994, p. 172). Tem no horizonte, portanto, uma transformação estrutural da sociedade pela luta do proletariado – agente revolucionário – em direção ao comunismo, ainda que já nutrisse críticas às formas assumidas na União Soviética (Basaglia, 1979). Não seria possível mudar, realmente, a institucionalização do paciente sem superar o sistema social de privilégios,



exploração e desigualdade. Citando Sartre, assim como “para lutar contra a fome é preciso mudar o sistema político e econômico’, no nosso campo, para lutar contra os resultados de uma ciência ideológica, é preciso também lutar para mudar o sistema que a sustenta” (Basaglia, 2010, p. 69).

Com um pragmatismo profundo, ele se propõe a pensar e agir sobre a sociedade na qual se encontra, partindo de uma concepção marxiana de *práxis* revolucionária. Durante as conferências e debates no Brasil, em 1979, ele insistia em não conjecturar, em não tratar de situações hipotéticas, mas em *atacar* de forma muito precisa os desafios que então se apresentavam (Basaglia, 1979, p. 32). Em instigante ensaio de 1974, convidado a responder um questionário sobre o tema “Utopia e realidade da organização psiquiátrica futura”<sup>67</sup>, Basaglia (2010, p. 2226) diz que formular uma hipótese utópica em que se limitam e são dadas, simultaneamente, as fronteiras da realidade, “significa propor e aceitar um discurso puramente ideológico no qual a utopia, a hipótese, em vez de servir para transformar a realidade, é por esta determinada e neutralizada”. Toda hipótese *técnica*, continua ele, deve partir da identificação das necessidades da população a ser assistida, sendo seu objetivo dar-lhes resposta.

Basaglia (1979, p. 23) mostra uma preocupação constante em entender a sociedade sobre a qual atua, buscando responder “aos problemas de crise que emergem de uma sociedade em transformação”, compreendendo que é uma sociedade em constante mudança e que, apenas atuando sobre a realidade social, pode-se pensar em uma nova estrutura social, em que aliada à perspectiva socialista – na qual acredita – seja respeitada a liberdade e suprimida a repressão manicomial (idem, p. 24). Na medida em que a Psiquiatria só é possível, para Basaglia (1979, 1985), como manifestação da violência original da sociedade, a questão da doença mental (psiquiatrização da loucura) é condicionada pelas transformações na sociedade, nos modos de produção material e novas tecnologias, nas formas como o indivíduo se relaciona com a sociedade e com o ciclo produtivo.

---

<sup>67</sup> A premissa do questionário era a organização de um serviço psiquiátrico para uma população abstrata de 100 mil habitantes, em um país ocidental (europeu ou estadunidense), com total liberdade para gerir recursos de um orçamento proporcional à renda da população, “segundo suas idéias e concepções políticas” (p. 225)

Isto não significa – como muitas vezes foi erroneamente entendido – que a doença mental não exista (...). Mas significa que a própria doença, como sinal de contradições humanas, pode ser usada dentro da lógica da exploração e do privilégio, vindo assim a assumir uma outra face – a face social – que a converte, ocasionalmente, em algo diferente daquilo que era inicialmente (Basaglia, 2010, p. 232).

As transformações na prática psiquiátrica e em como a sociedade lida com a loucura são determinadas pelas leis econômicas (Basaglia, 1975, 1979, 1985, 2010), a transformação é sempre uma resposta técnica a uma demanda econômica, pois “em cada nível de desenvolvimento se necessita de formas diferentes e controle – e é, portanto, uma vez mais, a lei econômica que determina a nova racionalização técnica que proporciona” (Basaglia, 1975, p. 168).

Sua leitura sobre a ação da psiquiatria tradicional e dos movimentos de reforma são historicamente situadas e intensamente influenciadas pelos acontecimentos da época: as revoluções de outubro de 1917 e, depois, na China, as mudanças na estrutura social em Cuba, as “rebeliões” de 1968 e os movimentos internacionais revolucionários, apesar de “muitas desilusões, porém, naqueles países existiam pessoas que morriam de fome e agora não morrem mais” (Basaglia, 1975, p. 168). Basaglia (1979, 1985, 2010) insere a Psiquiatria Democrática italiana nas lutas internacionalistas, em uma unidade internacional de ação libertadora que conheça “as necessidades da classe operária brasileira, italiana etc.” (1979, p. 72). Com críticas à repressão manicomial dos *gulags* aos dissidentes políticos e a falta de liberdade de crítica, Basaglia se apresenta como um revolucionário lutando para mudar o mundo, inserindo a questão da loucura no contexto da organização do trabalho e na luta socialista: “sou pelo mundo socialista, naturalmente, mas preservando sempre a possibilidade de crítica (...). Eu sou um comunista, mas um comunista que faz autocrítica – há muitos que não o fazem” (idem, p. 72-3).

Neste quadro teórico e ideológico, ele coloca em segundo plano a dimensão assistencial, para pensar a ação da Psiquiatria (e dos profissionais de saúde mental) a partir da crítica à divisão social do trabalho, nas sociedades capitalistas, das lutas internacionais e da conscientização da classe operária sobre a violência que sofre da classe dominante, violência delegada a medicina: “(...) o médico faz parte da organização social e de sua classe, desempenha um papel específico que é o papel de

opressor, o papel da classe dominante. É necessário mudar a situação da relação através da luta de classes” (Basaglia, 1979, p. 122). O papel do técnico é permitir que o paciente tome consciência de seu lugar de classe oprimida e de “todos os mecanismos pelos quais passa a opressão” estrutural do modo de produção capitalista (Basaglia, 2010, p. 236). Não é partindo do “ato de saúde no contexto da relação entre profissional e usuário” (Amarante, 1995, p. 94) que se mudará as relações da sociedade com a loucura. Assumindo a crítica de Amarante à *trajetória sanitária* da Reforma, Basaglia teria, de fato, “uma compreensão extremamente estrutural das possibilidades de transformação” (idem).

Na perspectiva basagliana, é transformando a sociedade que se combaterá as desigualdades e a opressão essencial da sociedade capitalista, e dando voz *consciente* à classe oprimida, encontrar uma lógica terapêutica adequada. Mais correto seria dizer que Basaglia busca a **revolução** promovida pela luta de classes, pois apenas a revolução proletária pode libertar o louco da violência social delegada à Psiquiatria, só pelo proletariado e o lupem-proletariado que se poderá transformar a medicina (Basaglia, 1979), pois seriam estes os agentes históricos reais da dissolução e superação da sociedade burguesa. A transformação social, colocada por Amarante como consequência e fim maior das transformações técnico-assistenciais, em Basaglia (1979, p. 32), é o epicentro de transformações reais das dimensões assistencial e epistemológica:

Eu acho que a lógica terapêutica e a lógica das lutas de classes são duas coisas muito próximas, e só com um avanço da luta de classes se pode criar um novo código para uma nova ciência. Uma ciência que esteja a serviço do doente. Sob esse ponto de vista, eu acho que a consciência das pessoas criará técnicas que serão funcionais para uma nova estrutura da sociedade. Não se pode pensar que as técnicas terapêuticas do início do século sejam válidas hoje, para esta sociedade que está mudando.

Para Basaglia, a “luta deve mover-se simultaneamente nos níveis científico e político” (2010, p. 70), a ação política se direciona à transformação social, à luta contra as desigualdades, à formação de consciência de classe: “As pessoas devem tomar consciência política da alienação e da violência em que vivem”, competindo ao médico estimular a consciência política nos doentes e em suas famílias (Basaglia, 1979, p. 105).

Sobre aquilo que no CSMC seria identificado com a dimensão técnico-assistencial como ação terapêutica, reabilitação social ou *empréstimo de contratualidade* (Pegoraro e Ogata, 2001, apêndice 01; Beaklini e Escorel, 2002; Oliveira e Alessi, 2005; Silva, 2009; Muramoto e Mangia, 2011, apêndice 01; Pitta, 2011; Garcia, Kinoshita e Maximiano, 2014; Lancetti, 2015; Kinhosita, 2016; Saraceno, 2016), Basaglia (1979, p. 34) afirma: “no momento em que eu levo uma pessoa a tomar consciência das contradições nas quais ela vive, eu não estou fazendo uma ação técnica e sim política”. Se há no conceito e nas práticas de reabilitação social uma ideia de adaptabilidade ao sistema, de terapia de retomada de normalidade, para Basaglia (1985, p. 116) a reabilitação do institucionalizado é fundamental despertar seu “sentimento de oposição ao poder (...) o vazio emocional em que o doente vem vivendo há anos voltará a ser tomado pelas forças pessoais de reação e de conflito, ou seja, o único ponto de apoio possível para sua reabilitação: *sua agressividade*”

Combater o manicômio é uma questão de atacar a miséria e a exploração de classe, que seriam o fundamento da psiquiatria tradicional, da exclusão e alienação social. Apesar de não afirmar categoricamente e manter certo ceticismo sobre a manutenção da Psiquiatria que transforma a *loucura normal* em doença, afirma: “nós devemos primeiramente abolir a miséria para depois ver o que acontece (...). Creio que uma das principais prevenções da loucura e da doença mental é a luta contra miséria” (1979, p. 29-33). Assim, toda ciência médica seria orientada, exclusivamente, para o controle e repressão do doente, e a própria noção de cura médica é, em si, um instrumento de controle e anulação subjetiva do doente.

Politizando o debate sobre a cura, como um mecanismo econômico-político de controle social e reprodução do Capital, Basaglia (1979, p. 93) se propõe a “uma análise do materialismo dialético, uma análise marxista [que] tem como consequência prática o fato de examinarmos qual o conteúdo da ciência que determina essa cura”. Mas ele não nega que há o sofrimento, mesmo em uma sociedade sem classes, posto que é “uma condição do homem” (idem), mas o problema está na “contradição entre o que é a organização social e a dor que se expressa em cada um de nós” (idem, pp. 37-8), e na desigualdade entre aquele que “pode sobreviver economicamente” e mantém o poder de expressar seu sofrimento existencial e o pobre que, por não poder expressar

sua individualidade, não pode estabelecer uma relação psicoterapêutica (Basaglia, 1979, p. 38) Enquanto o paciente com poder econômico pode contrapor-se ao poder técnico do médico, o pobre e sem consciência de classe (de sua posição social e de seus direitos) assume a posição de “uma figura social sem qualquer peso ou valor”, em uma relação institucionalizada “na qual aumenta vertiginosamente o poder puro do médico (...) justamente porque diminui vertiginosamente o do doente” (Basaglia, 1985, p. 106-7).

Ele percebe a necessidade de uma resposta teórica, conjugada à ação política – ligada à luta de classes, no horizonte da emancipação contra alienação provocada pela divisão social do trabalho (Basaglia, 1979), nas sociedades sob o modo de produção capitalista, nas quais há “diferença qualitativa dos trabalhos úteis executados separadamente” (Marx, 2013, p. 120). Contudo, como afirma, “A ciência é produto da classe dominante e no momento em que há mudança na ciência ela acontece de acordo com os códigos dominantes” (Basaglia, 1979, p. 87). A transformação epistemológico-conceitual basagliana não se tratava centralmente da tentativa de rever os conceitos e saberes médico-psiquiátricos mudando o foco da doença para o indivíduo em sofrimento, mas de *mudar o código* (dominante) no qual se funda o manicômio. A única resposta possível é encontrar o código da classe oprimida, aquela que povoava os manicômios: o proletariado e o lupem-proletariado a “transformação da medicina como transformação da luta do proletariado” (1979, p. 78). Nesta perspectiva, a conquista de liberdade deve vir sempre do dominado (na relação dominado-dominador), ainda que, para ele, “No caso do doente mental é diferente porque, dado o grau de repressão, ele não tem a possibilidade de exprimir sua própria agressividade” (p. 97), razão pela qual o processo de libertação parte dos técnicos até que as condições de opressão mudem e o “desviante liberte-se como um agente de mudança” (p. 98)

É esta perspectiva marxista que orienta Basaglia, e é nessa chave que ele pensa a superação do manicômio. Assim, como em Marx e Engels (2010, p. 49), para Basaglia apenas o proletariado (e o lupem-proletariado levado pela revolução proletária) é a classe verdadeiramente revolucionária, que “traz nas mãos o futuro”, apenas o proletariado pode destruir o manicômio e tudo que ele representa, e superar o código dominante, a ciência por trás da instituição. No *Manifesto Comunista* (idem, p. 49-50), para a classe proletária não cair no mesmo erro das demais classes que, ao

“conquistarem o poder trataram de consolidar a situação adquirida submetendo toda a sociedade às suas condições de apropriação”, ela deve abolir os modos de apropriação, destruir as garantias e seguranças da propriedade privada e “liquidar a sua própria burguesia”. Neste sentido específico, a proposta de Basaglia (1985, p. 131) é também *revolucionária* e radical: é preciso *destruir* o manicômio para superá-lo, e não apenas o manicômio e a Psiquiatria (como no conceito de desinstitucionalização de Rotelli, 2000, p. 301-2), mas a violência e a exclusão promovidas pelo sistema social e político, e delegadas à Psiquiatria, ou ser “*concessionários da do poder e da violência* (ou...) enfrentar o problema de modo radical”, é a resposta de Basaglia (*idem*). Para ele, portanto, não é possível encontrar uma nova ciência (e prática) com o mesmo código da classe dominante, na mesma ideologia burguesa, sob pena de cair nas contradições das demais experiências europeias (como para o proletariado, se perdesse seu caráter revolucionário e repetisse o erro das demais classes que chegaram ao poder, para Marx e Engels).

Basaglia morreu na Itália, em agosto de 1980, pouco mais de 01 anos depois de seu ciclo de palestras em São Paulo, Rio de Janeiro e Belo Horizonte (Basaglia, 1979). Amarante (1997, p. 180) relata um período de certo esquecimento quanto à Psiquiatria Democrática e um distanciamento do MTSM das “idéias mais fundamentais” de Basaglia. Segundo Amarante (*idem*), é Franco Rotelli quem redescreve o conceito de desinstitucionalização como “processo prático-crítico que reorienta instituições e serviços, energias e saberes, estratégias e intervenções, em torno não mais da doença mental, mas da existência-sofrimento dos sujeitos em sua relação com o corpo social”. É sobre estas *reinterpretações teórico-conceituais das práticas* da psiquiatria democrática que Amarante (1990, apêndice 01) se referia em sua resenha de 1990 (*vide* p. 83 *supra*). Denotando um tensionamento interno, à época, Saraceno (*apud* Passos, 2009, p. 130) caracteriza o grupo de Basaglia, que lançou o Programa de 1973, como um “clube jacobino” com atuação centralista e verticalizada. A morte de Basaglia também parece fazer aflorar disputas, crises e reformulações em torno da Lei 180 e em nome da continuidade do processo de desinstitucionalização italiano, levando a Psiquiatria Democrática a flexibilizar

(...) suas táticas de luta, ficando mais prospectiva e programática. Assim, visando a atender a interesses de usuários, atualmente tem enfatizando a

prestação de serviços, de modo a assegurar a criação efetiva de serviços na comunidade em uma perspectiva que pode parecer administrativa, nos moldes das reformas estrangeiras que tanto condenam” (idem, p. 131).

Esta inflexão *administrativa*, que Passos reputa a Rotelli, é fundamental. Seu conceito de desinstitucionalização fundamenta (e nomeia) a *trajetória de desinstitucionalização*, na qual ainda hoje encontrar-se-ia a Reforma. Esta reformulação rotelliana também é fundamental pois atravessa e conforma amplamente o atual momento do Campo. O pragmatismo pós-basagliano influencia sobremaneira o processo internacional e, notadamente, o brasileiro sob influência das reflexões de Amarante. A “substancial radicalização” do movimento italiano, no final da década de 1980 e a renovada relevância no cenário internacional (Amarante, 1997, p. 181) coincidem com o fim das esperanças revolucionárias de transformação estrutural, com a hegemonização neoliberal, a ascensão da tecnocracia e da racionalidade administrativa do discurso de eficiência, avaliação e gestão de riscos. No Brasil, o pragmatismo administrativo ressoa entre os movimentos sanitários, que condicionam as demandas sociais à responsabilidade fiscal, e firmam parcerias internacionais para formulação e financiamento de políticas públicas (Navarro, 1984; Rizzotto, 2012; Ianni, 2014).

Quando Basaglia se muda para Roma, em 1979, para assumir a coordenação dos serviços psiquiátricos, Franco Rotelli é quem assume a direção do HP de Trieste até seu fechamento oficial em 1980, por força da Lei Basaglia. Ele, então, assume o Departamento de Saúde Mental de Trieste (*Dipartimento di Salute Mentale di Trieste - DSMT*), instituído oficialmente em 1981, e que deu “forma organizativa à nova rede de serviços psiquiátricos, a maioria existente desde 1978” (Passos, 2009, p. 162). Rotelli trabalhou com Basaglia de 1970 a 1980, na Região Emília-Romana e assumiu a direção dos serviços psiquiátricos de Trieste, de 1981 a 1995<sup>68</sup>. Rotelli assumiu a difícil tarefa de fechar definitivamente o HP triestino, sofrendo ataques e denúncias constantes das forças que resistiam ao fechamento. Ao tempo em que teve que fortalecer e instituir administrativamente o sistema de serviços comunitários, conciliando-o com o Serviço Nacional de Saúde e suas novas competências administrativas (DSMT, 2004). Neste período, a Reforma italiana focava na implementação da rede comunitária de assistência, em uma perspectiva crescentemente tecnocrática e gerencialista, que não

---

<sup>68</sup> Informações disponíveis em <http://www.confbasaglia.org/chi-siamo/>. Acesso em 26. Fev. 2017.

mais disputava um modelo revolucionário, mas uma dupla *adaptação*: uma sociedade mais tolerante à loucura e uma loucura adaptada à sociedade capitalista (Rotelli, 1994, 2000, 2001).

O papel que a agressividade e a reação violenta à violência social assumem em Basaglia, a adaptabilidade e tolerância desempenham nas formulações de Rotelli. Rotelli quer “entrar no jogo”, quer que os egressos tenham condições mínimas de “entrar no jogo com os outros” (De Leonardis, Mauri, Rotelli, 2001, p. 79). Basaglia quer implodir o jogo. Se para Basaglia a doença era consequência direta das contradições da sociedade capitalista, na obra de Rotelli a discussão estrutural e de classes assume um lugar marginal, tanto por ser pontual e superficialmente citada, como pela centralidade que a crítica à medicina e as estratégias de reabilitação assumem.

Rotelli assume o protagonismo do movimento italiano em um momento bastante distinto daquele de Basaglia. Mais do que a negação do HP, estão em jogo as conquistas alcançadas até ali pela Psiquiatria Democrática, a defesa da Lei 180, as demandas de usuários e a resistência de atores sociais à implementação dos serviços comunitários. Em um movimento homólogo ao que o Brasil passa no período pós-1988, Rotelli assume uma face muito mais pragmática e administrativista, senão conservadora, que não está apenas preocupada em negar o manicômio, mas em propor redes de assistência extra-hospitalar. Historicamente, Rotelli se insere em um momento preciso e distinto do de Basaglia (1979), para quem a oposição não era propriamente entre “normais” e “anormais”, mas entre burguesia e proletariado. Ele não negava que houvesse algo de doente nos doentes mentais, mas era um fenômeno de natureza político, e a questão central era a luta de classe e a superação desta desigualdade fundamental da sociedade capitalista, que tornava o manicômio possível.

Rotelli (1994, p. 157) não tem no horizonte a superação da sociedade que produz a desigualdade, mas a possibilidade de adaptar as pessoas egressas de manicômios “de forma que elas aprendessem muito mais a consumir do que a produzir (...) pessoas que se divertissem mais do que trabalhassem” mais adaptadas ao “papel de consumidor do que ao papel de produtor”. Portanto, enquanto Basaglia reafirma a condição de classe dos internados e seu papel na superação da sociedade capitalista, como parte do proletariado, Rotelli pensa em termos de adaptação: adaptação do doente



à sociedade, e adaptação de uma sociedade mais tolerante à diferença. Para Basaglia (1985), a intolerância, a violência e a segregação da loucura são questões estruturais da sociedade capitalista. Enquanto não se superar a estrutura de desigualdade, a intolerância emergirá e com ela a exclusão. Rotelli parece acreditar na exclusão como uma questão conjuntural, passível de reformas que a tornem mais tolerantes à diferença. Eis aí uma distinção central entre a perspectiva de Basaglia e a de Rotelli, esta última prevalece no CSMC, como demonstraremos.

A centralidade da política em Basaglia é substituída pela dimensão técnico-assistencial, em Rotelli, a luta de classes e a revolução são substituídas pela gestão e promoção da tolerância social às *experiências da diferença*. “É a condenação, da qual falávamos, a continuar a ser instituição: não é ainda, ou talvez não seja mais, tempo de militância imediatamente política. Redes em declínio, mas redes: estes são os centros no território” (De Leonardis, Mauri e Rotelli, 2001, p. 83). Há um elemento personalista em atribuir a (a morte de) Basaglia ou a Rotelli os rumos dos movimentos pela Reforma, em Brasil e Itália. Desconsidera o processo sociopolítico e contradições do período de transição democrática e hegemonização neoliberal, no Brasil nas décadas de 1980 e 1990, bem como as transformações estruturais globais neste período, que tornam o Brasil terreno fértil às teses rotellianas. Contudo, assim como Basaglia é representativo do pensamento de seu tempo, Rotelli sintetiza um discurso que, sob muitos aspectos, alinha-se à ideologia neoliberal<sup>69</sup> e a uma perspectiva pós-moderna (Lyotard, 2009) de recuo do envolvimento político-social, em nome de uma atuação técnico-administrativa. O movimento italiano não está mais sob a orientação marxista de Basaglia e vivia, assim como os movimentos brasileiros, as *ondas* e a *ressaca* pós-queda do Muro de Berlim e uma crescente desilusão, no campo de esquerda, com as possibilidades de transformação estrutural da sociedade.

Basaglia desenvolve seu trabalho e suas reflexões em oposição ao manicômio, no confronto necessariamente violento a uma instituição que reproduz o mandato social de violência contra o louco. A resposta e a superação da sociedade que

---

<sup>69</sup> Esta ressonância não passa despercebida aos agentes internacional de defesa do neoliberalismo, e além de Rotelli pelo menos outros dois integrantes da Psiquiatria Democrática, com laços fortes com os movimentos pela Reforma brasileira, já foram consultores da OPAS/OMS para a América Latina: os italianos Benedetto Saraceno e Ernesto Venturini.

confere à Psiquiatria seu mandato de exclusão e violência. A obra de Rotelli, por outro lado, insere-se centralmente na continuidade do processo de “desinstitucionalização”, buscando formas de inserir o “doente mental” na sociedade capitalista, oferecendo “indicações importantes para produzir inovações nas políticas sociais do pós-Welfare” (Rotelli, De Leonardis, Mauri, 2001, p. 18), desenvolvendo ações que não subvertam as normas sociais, mas que, pelo contrário, adequem-se aos padrões estéticos vigentes (Rotelli, 1994, 2000).

Rotelli (1994) busca inserir socialmente pelo consumo e as trocas materiais, buscando ensinar mais a consumir do que produzir, mas quando estes pacientes produzissem fossem formados “para o mercado no qual se trabalha muito naquilo que nós chamamos *mediação do objeto* (...) naquilo que a relação não é só de pessoa a pessoa, mas através do objeto que se produz” de sua qualidade, da qualidade de sua produção e “o fato de que seja um objeto para o mercado, ou seja, um objeto verdadeiro e não um objeto faz de conta” (Rotelli, 1994, p. 158). Ele avoca que a reabilitação se organize por “uma lógica de empresa, de empreendimento de coisas, não para assistir às pessoas, mas para ajuda-las a empreender coisas na sua vida” (idem). Da formulação de Rotelli, depreendemos que aquilo que o indivíduo produz é avaliado segundo seu valor como mercadoria. O esforço do paciente para produzir algo é *verdadeiro*, desde quando atenda às exigências do mercado e com isso Rotelli descaracteriza uma dimensão importante da produção psíquica do indivíduo, das atividades mental e prática que são constrangidas entre as balizas do mercado. A produção material e o valor terapêutico da reabilitação valem tanto quanto vale o produto final, enquanto mercadoria, os pacientes são assim tomados também enquanto mercadoria e alienados do objeto que produzem, submetidos às demandas e padrões estéticos do mercado. E se isso se pretende também como processo terapêutico, é também uma reabilitação alienante, sob o código dominante como diz Basaglia (1979), submetida ao mercado e seus padrões de qualidade. Se há traços dos grandes relatos utópicos e revolucionários em Basaglia, Rotelli é orientado por um profundo senso reformador – tão criticado na tradição basagliana – e de conformação à sociedade, como se depreende desta passagem sua:

(...) é importante que se produza uma coisa bela porque nós não vamos para a praça para que depois as pessoas riam de nós, e não se produza qualquer coisa. Eu não acho que talvez seja muito importante que as pessoas apenas se expressem, eu penso que é muito importante que as pessoas possam se

expressar dentro de uma situação que tenha uma qualidade, senão eu tenho impressão que nós estamos de frente para uma ficção (Rotelli, 1994, p. 161).

Ele define a instituição a se desconstruir, a se *desinstitucionalizar*, como um conjunto de aparatos científicos, legislativos e administrativos, recursos materiais estruturados em torno da relação médico-paciente e do objeto doença (Rotelli, 1994, 2001; Rotelli, De Leonardis, Mauri, 2001). E é esta leitura que Amarante imprime em suas reflexões sobre a Reforma e é difundida nas publicações do Campo. Assim, é em torno desta dimensão técnico-assistencial que a noção de desinstitucionalização de Rotelli se estrutura e estrutura o CSMC, sob influência da reinterpretação de Amarante. De fato, conforme a narrativa de Amarante se consolida como *história oficial da Reforma*, a trajetória do MTSM e dos movimentos sociais acabam “*reflexivamente*” (Giddens, 2002) integrando e realimentando o pensamento do Campo. Amarante, que é o autor mais citado pelas publicações assume lugar como definidor do (1) passado, (2) presente e (3) futuro do CSMC, à medida em que (1’) define os seus marcos em uma *história oficial* da Reforma e reinterpreta a leitura (basagliana) da Psiquiatria Democrática sob o registo (rotelliano) da Desinstitucionalização, (2’) redefine as estratégias de ação voltadas para o ato de saúde no cotidiano dos serviços e as (3’) possibilidades de transformação das relações entre loucura, Psiquiatria e sociedade para superação do paradigma manicomial.

Encontramos uma clara interseção entre as quatro dimensões a serem superadas pela Reforma, propostas por Amarante, e a instituição a ser desconstruída, de acordo com Rotelli. Tanto na perspectiva rotelliana, quanto na análise do CSMC, percebemos a centralidade da dimensão técnico-assistencial: em Rotelli (1994), todas as demais dimensões estão referidas à relação médico-paciente e a construção psiquiátrica da doença, enquanto no Campo a dimensão técnico-assistencial é o mecanismo de transformação das demais dimensões, como mostra a análise da literatura.

Em Basaglia, a sociedade está no epicentro da dinâmica que estabelece com a doença mental e a Psiquiatria: a doença é a manifestação das contradições insuportáveis do Capitalismo, e a Psiquiatria é a mandatária da violência social que ao *psiquiatrizar* a doença, dissimula as contradições sociais e a natureza política da relação loucura-psiquiatria-sociedade. Para Rotelli (2001, p. 90) a clínica Psiquiatria é o núcleo da crítica, e o objeto é “a ‘existência-sofrimento dos pacientes e sua relação com o

corpo social””. O olhar se desloca da estrutural social para o indivíduo, sua experiência de sofrimento e a forma como ele se insere no corpo social. Há um deslocamento significativo de perspectiva: da sociedade para o indivíduo e a doença como fenômeno social, reorienta-se o olhar do indivíduo para a sociedade e a doença como fenômeno médico. O paradigma determinante a ser superado, em Rotelli, é o “paradigma clínico, [que] foi o verdadeiro objeto do projeto de desinstitucionalização” e a “relação mecânica causa-efeito na análise da constituição da loucura”. Enfoca-se em uma crítica clínica a ser solucionada, conseqüentemente, pela dimensão técnico-assistência.

A endogenia teórica das publicações indica que os autores considerados fundamentais pelo próprio Campo (Castel, Foucault, Basaglia, Goffman), são pouco referenciados e lidos, mas indiretamente citados a partir de autores como Amarante. Tomando Basaglia como a grande referência, faz-se uma série de referências *indiretas* a ele em uma espécie de *telefone-sem-fio-bibliográfico*, chamemos assim. Por exemplo, para referirem a influência de Basaglia sobre a Reforma brasileira, as publicações recorrem a Amarante que cita Rotelli falando sobre Basaglia. Como acontece no exercício lúdico, entre o primeiro emissor e o receptor final é comum que se perca a mensagem original. Assim, muitas publicações atribuem formulações de Rotelli e da trajetória de desinstitucionalização associando-as *indistintamente* a Basaglia e à Psiquiatria Democrática.

Pensemos em um caso concreto as conseqüências do *telefone-sem-fio* e da atribuição genérica de formulações rotellianas, sem considerar a especificidade histórica e epistemológica de Basaglia: Onocko-Campos (2001, apêndice 01) se vale da discussão de Amarante (1996) para desconstruir o que ela entende ser a negação da dimensão clínica, em razão da supremacia da dimensão social no CSMC e no Movimento Sanitário, em geral. Por si só, a ideia de preponderância da dimensão clínico-terapêutica e diagnóstica em oposição à dimensão estrutural da sociedade já parece contrariar as linhas gerais da produção basagliana (Basaglia, 1975, 1979, 1985, 1994, 2010; Fleming, 1976), noção de psicopatologia não pode ser apartada de sua gênese social, como reflexo das contradições estruturais da sociedade capitalista de classes. Mas vejamos a citação:

Como lembra Amarante (1996), na inspiração basagliana a doença é colocada entre parênteses, o olhar deixa de ser exclusivamente técnico, exclusivamente clínico. Então é o doente, é a pessoa o objetivo do trabalho, e não a doença. Deste forma, a ênfase é colocada no processo de 'invenção da saúde' e de 'reprodução social do paciente' (...) 'a operação "colocar entre parênteses" é, muitas vezes, entendida como a negação da existência da doença, o que em momento algum é cogitado (...) (Amarante, Idem: 84)" (Onocko-Campos, 2001, p. 102, grifo nosso, apêndice 01).

Onocko-Campos vale-se de Basaglia para se opor à negação da doença e denunciar que esta foi “negligenciada, oculta por trás dos véus de um discurso que às vezes, lamentavelmente, transformou-se em ideológico” (idem). A citação de Amarante traz elementos típicos do período pós-1987, com o deslocamento do olhar para o sujeito em sofrimento e as noções nucleares de “*'invenção da saúde' e 'reprodução social do paciente'*” (Rotelli, De Leonardis e Mauri, 2001, p. 30). Quando vamos diretamente a Amarante, vemos que na costura textual das citações a Franco Basaglia e Franca Basaglia (sua esposa), o referencial está situado nas formulações de Rotelli:

O princípio de colocar a doença mental entre parênteses diz respeito à individuação da pessoa doente, isto é, a um ocupar-se, não da doença mental como conceito psiquiátrico – que tem sido questionado tanto no aspecto mais propriamente científico, quanto na sua função ideológica – e, sim, pelo contrário, a ocupar-se de tudo aquilo que se construiu em torno da doença (Amarante, 1996, p. 78, grifo nosso)

Amarante reproduz, citando vagamente a *redução fenomenológica* e a suspensão da *tese natural do mundo* (Husserl, 2000), a tese de Rotelli (2001, p. 90) que refunda a crítica anti-institucional da Psiquiatria Democrática: “O que era a instituição a ser negada? A instituição em questão era o conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos, de códigos de referência cultural e de relações de poder estruturados em torno de um objeto preciso: ‘a doença’”. Já em Basaglia (1985, p. 28), a operação husserliana não visa, de fato, a negação da doença, mas o enfoque sobre o “doente de um modo que coloque entre parênteses a sua doença: a definição de síndrome já assumiu o peso de um juízo de valor, de um rótulo, que vai além do significado real da enfermidade”. A leitura isolada e dispersa do trecho pode indicar o acerto de Onocko-Campos e Amarante. Mas é preciso contextualizar as teses basaglianas e, neste sentido, é um equívoco tomar trechos isolados e dispersos sem considerar a unidade de sua formulação em *A Instituição Negada* e outros escritos basaglianos.

Assim, quando retomamos a citação no contexto da obra de Basaglia (1985), vemos que o “colocar entre parênteses a doença” não visa à reafirmação do indivíduo (individuação) como afirma Amarante, mas, *in contrario sensu*, à politização da relação entre o profissional psiquiatra e o paciente, a reemergência ou desvelamento da origem social e política do diagnóstico. Transcender o campo medico-terapêutico para atingir “as estruturas sociais que o sustentam (...) tentando agir sobre as contradições sociais” (idem, p. 9-10). A questão central não é a construção psiquiátrica da doença, mas a contradição social que a psiquiatrização dissimula, de que o doente mental é “sobre tudo um *excluído*, um abandonado por todos; porque é uma pessoa sem direitos e em relação a quem pode-se tudo” (idem, p. 29).

É justamente a dimensão política – a negação do doente como sujeito de direitos – que ele ressalta, e não a dimensão individual do doente ou da ideologia médica (Amarante, 1996). Lembremos o que diz Basaglia (1985, p. 105): “*não é a ideologia médica que estabelece ou induz um ou outro tipo de abordagem, mas antes o sistema sócio-econômico é que determina as modalidades adotadas a níveis diversos*”. Para Basaglia não são as ideias formuladas pela Medicina que produzem a exclusão e o estigma da loucura; mas as leis econômicas, a exploração e alienação do proletariado, o modo capitalista de produção e o sistema social dividido entre os que tem tudo e os que nada tem. A citação a Basaglia assume um sentido diverso, e mesmo oposto, àquele presente em sua obra. As contradições e consequências deste sincretismo são relevantes para a estruturação ampla do Campo – atuação da militância, formulações teóricas, políticas públicas, práticas assistenciais –, razão pela qual é importante ser metodologicamente criterioso nas leituras de Basaglia e Rotelli.

### 3.2.2. Reabilitação Psicossocial e o “*reformista cordial*”

Como sustentamos até aqui, as teses rotellianas, que refundam a Psiquiatria democrática, repercutem no Brasil. Por um lado, elas coincidem com a hegemonização ideológica neoliberal e a descrença generalizada com as possibilidades de mudança estrutural da sociedade, nos anos 1990. Mas parece haver algo da formação social brasileira que contribuiu com estas águas infundas onde germinaram as ideias de Rotelli. No Brasil cultiva-se de há muito a cisão entre política e vida social, aliada a um auto-colonialismo intelectual, pelo qual modelamos “a norma de nossa conduta entre os

povos pela que seguem ou parecem seguir os países mais cultos, e então nos envaidecemos da ótima companhia” (Holanda, 1995, p. 177). Uma tendência nacional à incorporação de teorias e experiências internacionais, que Florestan Fernandes (2008, p. 95) atribui a uma “herança necessária das condições coloniais de formação do povo brasileiro”. Mas estas formulações e instituições *transplantadas* acabam sendo sempre reinterpretadas, “para ajustarem-se ao novo sistema cultural e para poderem preencher funções bem diversas daquelas para as quais foram inventadas” (idem).

Talvez por isto, a perspectiva basagliana precise ser *traduzida/mediada* pelas formulações de Rotelli para não agredirem o *paladar* e certo *sentimento* nacionais de “cordialismo”. A *transfiguração* realizada por Amarante (1994), é uma tentativa de atenuar as cores radicais de Basaglia, suavizar a agressividade e necessária violência com que este responde à violência estrutural da sociedade contra o proletariado (Basaglia, 1985). Assim, é preciso gotejar a ideia de *destruição* e a dimensão *negativa* em Basaglia, com a invenção cotidiana de Rotelli. Citando Adorno (2015, p. 63), quando discutia o revisionismo neofreudiano, “falar do lado luminoso, e não do sombrio, do indivíduo e da sociedade, é exatamente a ideologia oficial, agradável e respeitável” e nela recaem Amarante e a perspectiva rotelliana, no Brasil. Ao que tudo indica, “detestamos notoriamente as soluções violentas. Desejamos ser o povo mais brando e comportado do mundo. Pugnamos constantemente pelos princípios tidos universalmente como os mais moderados e os mais racionais” (Holanda, 1995, p. 177), somos avessos a soluções radicais e imoderadas. O imperativo *ordeiro* incrustado em nossa bandeira ecoa no senso comum de que todo ato de revolta que destoe de nossa “bondade natural” (idem) redunde em vandalismo, ou pior, terrorismo – como era o discurso comum a comentaristas *progressistas* e *conservadores* durante as jornadas de junho de 2013.

O discurso da ação e da positividade, em nome de um falso autonomismo, ressoa de forma familiar no Campo, como não ressoaria a violência, agressividade e destruição do núcleo *jacobino* da Psiquiatria Democrática. A *produção de vida* em Rotelli parece mais dignificante – um certo heroísmo humilde e abnegado – do que a crítica aos modos de produção capitalista de Basaglia, vez que não combina com “nosso já assinalado ‘cordialismo’”. A tese de uma humanidade má por natureza e de um

combate de todos contra todos há de parecer-nos, ao contrário, extremamente antipática e incômoda” (Holanda, 1995, p. 184). Preferimos modelos contemporizadores e conciliadores e, nestes termos, o CSMC se identifica como *basagliano*, mas sua matriz teórico-epistemológica é o núcleo *administrativista* protagonizado por Rotelli e que é espelhado nas práticas e na produção teórica do CSMC, ainda hoje.

Nesta *conformação espelhada*, há uma atribuição genérica à psiquiatria democrática de conceitos teóricos, estratégias de ação e reformulações assistenciais típicas do núcleo *administrativista*, que não se alinham epistemologicamente, mas são atribuídos a Basaglia. É isto que nós chamamos de *sincretismo epistemológico*: essa fusão indistinta de formações teóricas distintas, e por vezes contraditórias, como se compusessem um mesmo arcabouço, uma mesma significação. Esta falta de clareza dificulta a caracterização e delimitação do Campo dificultando, por sua vez, que se repensem suas premissas axiomáticas para enfrentar seus impasses atuais.

Os conceitos não têm conteúdo em si, senão aquele que é significado em relação a referenciais sociossimbólicos. E por isto que é fundamental delimitá-los criteriosamente. A superposição e atribuição de formulações rotellianas a Basaglia, ou quando o Campo e suas experiências se denominam *basaglianos*, mas se explicam por termos rotellianos, há um descompasso que acreditamos estar na base da incapacidade do Campo de perceber e lidar com as transformações sociais contemporâneas. Basaglia e Rotelli estão epistemologicamente apartados, pois têm referenciais teóricos diferentes, concepções distintas de mundo, leituras do social e de suas contradições, das origens destas contradições e de como superá-las. Isto porque estão separados por uma verdadeira revolução paradigmática (Kuhn, 2013), entre de um lado a modernidade tradicional e, de outro, a modernidade reflexiva. A ambivalência está posta, e enquanto se dissolvem as estruturas moderno-tradicionais, o CSMC segue incapaz de reconhecê-las e lidar com elas, por força de verdades naturalizadas “doutrinas mágicas” (Elias, 1994, p. 74) que não podem ser discutidas plenamente, pois sustentadas pelo sincretismo de teorias contraditórias. São tomadas então como axiomas, *caixas-pretas* sobre as quais nada se precisa saber (Latour, 2011).

As diferenças paradigmáticas entre Rotelli e Basaglia implicam em diferentes concepções de Estado e sociedade, de terapêuticas e possibilidades de



reabilitação, estratégias políticas e assistenciais próprias, concepções e formulações teóricas, e categorias e conceitos que se precisa contextualizar em seu paradigma de referência teórico-epistemológica. Toda esta Tese é pensada neste sentido: de que para (re)pensar a Contemporaneidade é preciso colocar em questão a produção de conhecimento, que está na base das práticas, políticas e mobilizações políticas.

Para pensar a matriz teórica do Campo, retomemos a ideia de *contratualidade*, ou *poder contratual*, presente no pensamento basagliano e centrais no CSMC (cf. subcapítulo 2.5). Para Basaglia, o poder contratual significa a possibilidade de se contrapor ao saber médico-técnico (Basaglia, 1985). Ele denuncia o poder técnico como instrumento de poder e convoca os profissionais a “explicitar os processos através dos quais se exercita este domínio, a fim de que a classe que é objeto de opressão, em todos os níveis, se apodere desse conhecimento, torne-o seu e recuse seu mecanismo” (Basaglia, 2010, p. 236). No mesmo sentido da formulação de Basaglia, o texto clássico de Ianni (1963, p. 171), *O Jovem Radical*:

Somente quando o indivíduo apreende intelectualmente a condição de trabalhador alienado é que se cria o revolucionário. No instante em que se a consciência das contradições inerentes à situação se estrutura, o jovem passa a canalizar politicamente a sua ação, transformando-se em agente dinâmico da história.

O conteúdo da contratualidade para o CSMC é extraído dos debates sobre reabilitação psicossocial. Para Kinoshita (2016) o valor contratual (ou contratualidade) seria o valor socialmente atribuído ao indivíduo para estabelecer relações de troca de bens, mensagens (discurso) e afetos. A reabilitação significaria reconstituir valor e aumentar poder contratual de troca, visando ampliar autonomia. A contratualidade do usuário seria determinada pela relação com os profissionais que lhe “emprestam contratualidade” e pelos projetos terapêuticos e ações práticas que modifiquem as condições concretas de vida “de modo que a que a subjetividade do usuário possa enriquecer-se, assim como para que as abordagens terapêuticas específicas possam contextualizar-se” (Kinoshita, 2016, p. 71). A resposta à falta de contratualidade seria a intermediação das equipes de saúde, nos serviços substitutivos, “emprestando” poder contratual: “o prestígio, a delegação social, o saber reconhecido pela sociedade aos profissionais” (idem, p. 74). Kinoshita trata de uma contratualidade emprestada, tutelada, mediada pelos profissionais, em função de seu prestígio e delegação sociais,

reafirmando seu monopólio de poder técnico e pedagógico. Encontramos esta ideia em De Leonardis, Mauri e Rotelli (2001, p. 84), para quem é possível a partir dos recursos materiais que o serviço fornece, “na medida em que estes se transformam no seu interior em instrumentos de sociabilidade” que é fator de real enriquecimento dos indivíduos e “fundada no crescimento de seu poder social”.

A noção de Kinoshita, predominante no CSMC, reafirma o lugar do técnico messiânico e potente, e de uma *contratualidade* concedida ou emprestada a um usuário dependente deste ato abnegado do profissional. Inevitável lembrar do “‘homem livre’, na verdade dependente” de Schwars (2012, p. 16), cujo “acesso à vida social e a seus bens depende materialmente do *favor*, indireto ou direto”. Na concepção de contratualidade emprestada do Campo, prevalece *o favor como mediação que é, afinal, admitamos, mais simpático do que o nexo manicomial, que é a outra relação que nossas experiências em SM nos legaram, não estranhando que os profissionais e intelectuais do Campo, defendam a contratualidade emprestada*<sup>70</sup>.

Saraceno (2016, p. 22) discute a reabilitação nesta mesma perspectiva de poder, nível ou capacidade contratual, em espaços de troca “de forma esquemática” situados no “cenário habitat, cenário mercado e o cenário de trabalho”. Ele discute o processo de reabilitação na perspectiva de um “pleno exercício da cidadania e, também, de plena contratualidade em três grandes cenários: habitat, rede social e trabalho com valor social”. Mas é uma cidadania sem política, sem a dimensão que, com Habermas (2003), poderíamos chamar de esfera pública e da autonomia pública, ou cidadania política. Os cenários aos quais Saraceno se refere são a casa, “seus banheiros, nas suas cozinhas preparam seu café e conversam com seus familiares, com seu marido, com sua mulher ou filhos, neste espaço extremamente íntimo: seus lares” (idem, p. 21), o trabalho e a comunidade, ou rede social. Este *esquema* de espaços de troca equivale ao que Saraceno e Kinoshita se referem como trocas afetivas em suas relações na comunidade (usualmente reduzida aos *bairros* ou bairros ampliados), em um universo reduzido das relações interindividuais cotidianas e privadas, “espaço de trocas, espaço

---

<sup>70</sup> Aqui, parafraseamos Schwars (2012, p. 16-7), do original: “*O favor é a nossa mediação quase universal 0 e sendo mais simpático do que o nexo escravista, a outra relação que a colônia legara, é compreensível que os escritores tenham baseado nele a sua interpretação do Brasil, involuntariamente disfarçando a violência, que sempre reinou na esfera da produção*”.

de tratamento, que pode, por exemplo, ser o supermercado, onde há mercadorias a serem compradas e consumidas, espaço social onde temos as relações” (Saraceno, 2016, p. 21-2). Parece-nos que são dois os pontos nevrálgicos que distinguem as abordagens de Basaglia, em oposição à do Campo com Kinoshita e Saraceno:

(1) *quanto à problematização da contratualidade nas relações terapêuticas*: Enquanto Kinoshita e Saraceno veem como finalidade da clínica psicossocial uma “contratualidade emprestada” (Kinoshita, 2016, p. 74) a ser exercida na troca de bens e afetos, na casa, no trabalho e no bairro; Basaglia entende a contratualidade como pressuposto de uma clínica menos desigual, como elemento próprio a uma clínica que não se quer asilar e na qual o paciente pode confrontar e controlar a atuação do profissional de saúde, portanto não como finalidade, mas como pressuposto da relação terapêutica que “conserva uma margem de reciprocidade” (Basaglia, 1985, p. 105);

(2) *quanto às causas e a resposta ao pouco poder contratual*: Kinoshita e Saraceno percebem a falta de contratualidade como decorrência do diagnóstico psiquiátrico, do estigma ligado estritamente ao “atributo de doente mental” (Kinoshita, 2016, p. 69), ligado ao imaginário social sobre a doença mental, à “negatividade pura do sintoma” (idem, p. 70), enquanto para Saraceno (2016) o paciente perde poder de produção social, ou o tem muito baixo, e isto está ligado à sua condição de cronicidade (de não cura): para aumentar a “capacidade do paciente na comunidade” é preciso “destruir a cronicidade”, resultado esperado da reabilitação (idem, p. 23). Kinoshita e Saraceno pensam a contratualidade a partir da clínica e do diagnóstico – na matriz teórica de Rotelli (2001) – e, portanto, propõem respostas a partir dos serviços e dos profissionais de saúde: Kinoshita aposta da “contratualidade emprestada” e Saraceno (2016, p. 24, grifo nosso) defende que as variáveis que determinam a reabilitação estão em “dois grandes extremos: um micro e um macro: o micro está no nível da afetividade, da continuidade, é o real vínculo paciente-profissional (...). Por outro lado há o macro, isto é, a maneira como o serviço está organizado”.

Por sua vez, Basaglia (1985, p. 105-6) identifica a contratualidade com o sistema socioeconômico pelo qual “a relação [terapêutica] está rigidamente determinada” e faz a ressalva: “Isto não quer dizer que a doença não exista (mas) as

*consequências* da doença variam segundo o tipo de abordagem (e) não podem ser consideradas como a evolução direta da doença, mas sim do tipo de relação que o psiquiatra, e através dele a sociedade, estabeleça com o doente”. Esta contratualidade não é definida pela doença (diagnóstico, etiologia, prognóstico), ou pelo estigma social, mas por sua condição social e econômica (idem, p. 108). Uma vez exaurido o poder econômico efetivo, desaparece o poder contratual. Mesmo a violência e o “poder des-historificante, destruidor, institucionalizante” da internação tem, para Basaglia, um recorte de classe entre o “esquizofrênico rico internado em uma clínica particular (e) um esquizofrênico pobre, internado à força num hospital psiquiátrico público” (idem). O que definirá seus graus de contratualidade é o quanto são social e economicamente (in)significantes e se serão, ou não “vítimas de uma violência original” (idem), a violência do sistema desigual de classes. A contradição da *reabilitação* para Basaglia et al (1994) é que (1) ela pressupõe que desvio que precisam retornar à normalidade e (2) que transfere para o indivíduo as contradições que emergem da estrutural social, reproduzindo a dissimulação da Psiquiatria hegemônica. Basaglia (1985, p. 116) dirá ainda que

Para reabilitar o institucionalizado que vegeta em nossos asilos seria, portanto, mais importante que nos esforçássemos para despertar nele um sentimento de *oposição ao poder* que até agora o determinou e institucionalizou, antes mesmo de construir em torno dele o espaço acolhedor e humano do qual também ele necessita. Despertado este sentimento, o vazio emocional em que o doente vem vivendo há anos voltará a ser tomado pelas forças pessoais de reação e conflito, ou seja, o único ponto de apoio possível para sua reabilitação: *sua agressividade*.

Aqui, as noções de autonomia e contratualidade estão intimamente ligadas às de oposição, reação, conflito e confronto, e contestação (Basaglia, 1975, 1979, 1985, 2010). Basaglia (1985, p. 131) se insere em uma dimensão de ação negativa da destruição e superação, “que vão além do sistema coercitivo-carcerário das instituições psiquiátricas e do sistema ideológico da psiquiatria enquanto ciência para entrar no terreno da violência e da exclusão do sistema sócio-político, negando-se a se deixar instrumentalizar por aquilo exatamente que quer negar”. Ao final de suas reflexões, Basaglia (1985) conta a fábula do homem e da serpente (recontada por Amarante, 1996). Em linhas gerais, refere-se a um homem que, enquanto dormia, entrou-lhe uma serpente pela boca. Quando, um dia, a serpente o abandonou, ele não mais sabia o que fazer com sua liberdade, pois se habituara aos mandos da serpente. Basaglia (1985, p.

132-3) conclui que, ainda que seja uma excelente analogia para “a condição institucional do doente mental”, a questão é social e macropolítica: “nesta sociedade, *somos todos escravos da serpente*”.

Por sua vez, a reabilitação proposta pelo CSMC segue no sentido da adaptação para reinserção, notadamente, pelo trabalho e pelas possibilidades de trocas materiais (Lancetti, 2015). Rotelli (1994) identifica estas propostas, em Trieste, com o termo “empresa social” – que é também uma empresa administrativa (Rotelli, 2000) – como estratégia de reabilitação. Quando questionado sobre a definição de reabilitação, respondeu que “ainda no trabalho no hospital psiquiátrico, nós começamos a pensar que o paciente podia se transformar em consumidor mais do que em produtor (...). Eram, então, pessoas que podiam ser reabilitadas, de forma que elas aprendessem muito mais a consumir do que a produzir” (Rotelli, 1994, p. 156). Mas ele segue expondo a filosofia da reabilitação em Trieste, pela formação profissional na *busca de estar no mercado*, produzindo efetivamente vendáveis. Ele assim sintetiza o viés da adaptabilidade neste trecho:

(...) as pessoas com graves problemas psiquiátricos, ou com outros problemas, trabalham com afinco, conjuntamente, dentro de um mundo produtivo, com um salário, com um mercado, no interior das regras de mercado, com um apelo de produção, onde produzir não é apenas trabalhar, mas transformar socialmente. Produzir é ter um status, é estar incluído na grande sociedade do mercado (Rotelli, 2000, p. 303).

A primeira experiência de reabilitação que Rotelli (1994) relata é de uma cooperativa de limpeza. Não é apenas coincidência que esta seja também a proposta do No programa De Braços Abertos - DBA, lançado em 2013 pelo ex-prefeito de SP, Fernando Haddad (PT), e grande *trincheira* de resistência dos movimentos pela Reforma. Avaliando o programa, Lancetti (2015, p. 99) apresenta como “feitos da contratualidade”, a *integração* de participantes do programa De Braços Abertos na “circulação de mercadorias e de trocas afetivas com a comunidade local”. A circulação de mercadoria dar-se-ia pela remuneração estabelecida com a municipalidade em troca da varrição de ruas e conseqüente “injeção” de recursos junto ao comércio local, em gastos com “produtos de limpeza, higiene pessoal, roupas, etc.”. A troca afetiva viria de um reconhecimento destes participantes, retratado pelo depoimento de uma “usuária, ‘antes não me davam um copo d’água agora me oferecem até café’”. Depois desta

experiência, os jornais teriam retratado os participantes pela primeira vez como “pessoas” (idem) e, a comunidade estaria olhando-os de forma cada vez mais simpáticas, no simbolismo da varrição de ruas em que “os sujos estão limpando a cidade” (idem, p. 102).

### 3.3 A PERSPECTIVA MICROPOLÍTICA

Neste subcapítulo, discutimos de forma mais nuclear e aprofundada sobre como a inflexão micropolítica e a chamada *trajetória de desinstitucionalização* reconfiguram o Campo e dão, como possibilidade de superação do paradigma manicomial, a reinvenção das práticas e do ato de saúde, no cotidiano da assistência. Assim, nós formulamos o nosso conceito de *Perspectiva Micropolítica* que dialoga criticamente com a inflexão sinalizada por Amarante (1995, 1997) e o alinhamento com a refundada Psiquiatria Democrática italiana, do núcleo rotelliano. Não consideramos que se trate, propriamente, de uma ruptura com a *perspectiva estrutural* (Giddens, 2009), mas uma conformação reflexiva resultante da radicalização e sucesso do projeto de institucionalização da PNSM e da dimensão técnico-assistencial, que sempre marcou o Campo ainda que sob diferentes perspectivas. Assim, a perspectiva micropolítica dialoga com o marco da supremacia do objeto (sociedade-estrutura) sobre o sujeito (indivíduo-ação). Ao revermos a designação explicativa de Amarante, sinalizamos um rompimento com esta tradição teórica e a necessidade de repensar o Campo, desenvolvendo novos esquemas interpretativos e modelos conceitual-explicativos, que superem o discurso axiomático de enunciados auto-evidentes.

Conceituar a *perspectiva micropolítica* é um desafio, dada a ambivalência que assume. Pode-se afirmar que ela congrega, com inusitada desenvoltura, uma leitura social inserida no marco moderno tradicional e um discurso tipicamente pós-moderno, enquanto integra a espiral individualizatória, na Contemporaneidade. A *perspectiva micropolítica* comporta contradições *aparentes*: um discurso autonomista e anti-estatal e ao mesmo gerencialista, ligado às lideranças tecnocráticas; uma leitura conjuntural radicada em uma sociedade de controle biopolítico convive com a sociedade do desempenho e do fetiche do indivíduo autárquico. Considerando este panorama, há 03 aspectos centrais de nossa formulação da *Perspectiva Micropolítica*: (1) o sentido totalizador da clínica, (2) a *Epicentria assistencial* e o gerencialismo, e (3) o *fetiche do*

*indivíduo autárquico*. É sobre este tripé que se alicerça nosso conceito de *perspectiva micropolítica*, isto é, o deslocamento do olhar do Campo e o que isso implica.

Simões (1992, p. 31, apêndice 01) toma a micropolítica nas “nervuras de um cotidiano” (dimensão dos sujeitos) em oposição às relações de classe (dimensão *objetiva* ou estrutural da sociedade)<sup>71</sup>. Almeida Filho (2000, p. 414, apêndice 01) remete a Foucault e à importância de se estudar a cotidianidade e o que chamava de “micro-poderes”, e Jorge (2011, p. 3058, apêndice 01), ao “cotidiano dos serviços de saúde mental possibilita entender o real, o vivido no espaço micropolítico de cada encontro”.

São aqui 03 noções de micropolítica com pontos de intercessão, mas distintas: Simões (1992, apêndice 01) e Jorge (2011, apêndice 01) trabalham a micropolítica como *locus* de ação individual ou seu quadro referencial de ação e espaço onde o indivíduo se *realiza*<sup>72</sup>, ainda que a primeira pense quanto aos níveis de determinações externa desta ação (subjetivismo *versus* objetivismo), enquanto Jorge estabelece uma dimensão propriamente espaço-contextual de possibilidades de ação, de encontro e estabelecimento de relações interindividuais, a micropolítica das “*formações do desejo no campo social* – diz respeito ao modo como o nível das diferenças sociais mais amplas (que chamei de ‘molar’) se cruza com aquele que chamei de ‘molecular’” (Guattari, 2013, p. 149). Já Almeida Filho (2000, apêndice 01), remetendo a Foucault, trabalha com a concepção de micropolítica (micro-poder) como a capilarização das técnicas de dominação estrutural, exercidas na “realidade mais concreta dos indivíduos – o seu corpo – e que se situa ao nível do próprio corpo social, e não acima dele, penetrando na vida cotidiana e por isso podendo ser caracterizado como micro-poder” (Machado, 1979, p. xii).

Por sua vez, Ianni (2015, p. 5) refere-se à dimensão *micro*, como aquela das práticas cotidianas de assistência e cuidado, e à esfera *macro* das relações entre as instituições estatais e a sociedade. Ela identifica e problematiza a tensão interna ao

---

<sup>71</sup> No Capítulo 4 desta Tese, trabalhamos com a ideia de Subjetividade como relações intermediadas sociosimbolicamente. Aqui, porém, resgatamos a dicotomia entre subjetivismo (predomínio do sujeito) e objetivismo (predomínio da sociedade), exclusivamente no contexto da citação de Simões (1992).

<sup>72</sup> Realização aqui não toma o sentido de *sucesso*, mas de atuação e existência ou reprodução social do indivíduo.

Campo da Saúde Coletiva entre aqueles “que privilegiam as práticas cotidianas, a ação clínica de cuidado, o âmbito do micropoder e da micropolítica na produção de saúde” e aqueles que enfatizam as relações macropolíticas Estado-Sociedade. Para Ianni (idem)

(...) tais posicionamentos não se opõem necessariamente, não se polarizam obrigatoriamente. Entretanto, expressam a tensão entre o macro e o micro, entre as formas institucionalizadas de produção do sistema e as não institucionalizadas, entre o Estado e a sociedade civil. Trata-se de um debate a ser enfrentado no nível das ideias e das práticas concretas, cotidianas, mas que, no entanto, não pode ser acirrado por disputas de natureza secundária.

Esta tensão já foi referida *amiúde* nesta Tese, correspondendo aos dois momentos em que o CSMC privilegia em seu pensamento e estratégias de ação uma ou outra dimensão, predominando hoje o entendimento de que é no cotidiano do ato de saúde que se encontram as reais possibilidades de transformação nas relações entre sociedade e loucura. Neste entendimento, a crítica gira em torno do caráter fragmentário da Psiquiatria, cujo *pecado original* consistiria “em haver constituído instituições sobre a separação de um objeto fictício – a doença – da existência global, complexa e concreta do paciente e do corpo da sociedade” (Rotelli, 2001, p. 90). É, portanto, este aparato institucional que se torna objeto do projeto de desinstitucionalização: “a reconstrução da complexidade do objeto que as antigas instituições haviam simplificado” (idem, p. 90-1), que passa a ser *a existência-sofrimento do paciente em sua relação com o corpo social*. Esta *desinstitucionalização* da doença corresponde à tentativa de recomposição do sentido totalizador da assistência, pelo “descetramento do enfoque biológico e a correspondente orientação de cada ato médico no sentido de apreender e interferir com a complexidade do paciente dada por sua inclusão” (Donnangelo, 1979, p. 80) na família e na comunidade, como *habitat* social imediato.

É neste marco que o CSMC se coloca, transformando cada profissional em um “agente por excelência da reforma (...) o profissional passaria a atuar como o agente de uma mudança capaz de transcender os limites do ato médico individual para atingir o meio social inclusivo” (idem). Deste movimento de recomposição do sentido totalizador da assistência, produz-se o fenômeno que nós denominamos de *Epicentria assistencial*, ou apenas *Epicentria*: o entendimento de que a dimensão técnico-assistencial seria o *epicentro* das transformações pretendidas pela Reforma e que, promovendo transformações na dimensão técnico-assistencial, as *ondas sísmicas* espalhar-se-iam,



resultando em mudanças nas demais dimensões até atingirem e transformarem a dimensão sociocultural, como em *um efeito dominó* sobre a totalidade da existência (social e existencial) dos usuários desde a (i) transformação sociocultural à (ii) superação do modelo manicomial e do estigma da loucura, a (iii) construção de direitos civis e cidadania, direito social ao trabalho e moradia e realização de autonomia, emancipação e protagonismo, produzindo vida, singularidade e individualidade.

Encontramos, neste gráfico do Ministério da Saúde (Brasil, 2005, p. 25), o retrato da *Epicentria* produzida pelo Campo e institucionalizada no quadro de referências da PNSM. Ao centro o CAPS – o espaço por excelência de realização do ato cotidiano de saúde – e nele uma imagem que remete à família tradicional, base da sociedade industrial (pai, mãe e um casal de filhos). O CAPS irradia suas ondas, sobre outros espaços em que o indivíduo se insere, o *corpo social* ou o “campo (ecológico e social) de constituição” do processo saúde-doença (Donnangelo, 1979, p. 80).



Figura 1- Imagem do MS, 2005, p. 25.

Nosso conceito de *Epicentria* não diz respeito à mera presença da temática técnico-assistencial na produção teórica do Campo, nem mesmo uma centralidade desta dimensão. *Epicentria* é a falsa noção de que a partir desta dimensão é possível promover transformações ou efeitos que, a princípio, não diriam respeito à dimensão assistencial, ou que dependem de ações macropolíticas e estruturais, isto é, *a perspectiva de*

*transformação estrutural a partir do ato individual de saúde*. Não estamos com este conceito reforçando a falsa cisão entre aspectos macropolíticos (das relações entre sociedade e Estado) e institucionais, e o que seria, para o CSMC, uma atuação independente, voltada para o cotidiano do ato de saúde, que superaria as estratégias *estruturantes demais* da chamada *trajetória sanitarista* (Amarante, 1990, 1992, apêndice 01; Oliveira e Alessi, 2005, apêndice 01). O conceito de *Epicentria* não reafirma esta cisão artificial, mas antes a denuncia, evidenciando a relação recíproca, necessária e determinante entre a dimensão macropolítica, as condições estruturais da sociedade, e o ato cotidiano de saúde.

O fundo, sobre o qual se desenvolvem a retomada do sentido totalizador da clínica e a *Epicentria* é aquilo que nós aqui denominamos de *fetichismo do indivíduo autárquico*. Segundo Žižek (2011, p. 62), “o fetichismo é a personificação da mentira que nos permite sustentar a verdade insuportável”. Neste sentido, o *fetichismo do indivíduo autárquico* permite ao profissional conciliar a perda de sua segurança ocupacional e o crescente sentimento de insegurança na Contemporaneidade (Beck, 2010; Beck e Beck-Gernsheim, 2002, 2017), com a autoimagem de motor de sua própria biografia e salvador abnegado, *produtor-inventor de vida* em sua prática clínica (Rotelli, 2001; Merhy, 2007; Remminger, 2008, apêndice 01; Silva, 2009, apêndice 01; Salles e Barros, 2009, apêndice 01; Hirdes, 2009, apêndice 01; Menezes e Yasui, 2009, apêndice 01). Mas o *fetichismo do indivíduo autárquico* também se aplica a uma falsa autonomia dos usuários, que permite aos profissionais atuarem com seu *poder criativo*, sobre a premissa de que é possível ao usuário reconstruir individualmente a totalidade da experiência existencial e projetos de vida a partir, exclusivamente, do acesso ao serviço – é a “ideologia da autocriação que hoje sustenta a sociedade de consumo”, diria Salecl (2012, p. 12). Com esta *contrapartida*, é possível acreditar no empréstimo de contratualidade para solucionar integralmente as necessidades básicas do usuário (problemas em família, moradia, alimentação, conflitos na comunidade, estigma social e assim por diante), sob a garantia de que, assim como o profissional, o usuário responderá às invenções cotidianas, independente dos constrangimentos da estrutura social.

Como nos explica Žižek (idem, p. 63), “os fetichistas não são sonhadores perdidos em seu mundo particular, são totalmente ‘realistas’, capazes de aceitar o modo como as coisas são porque, ao se agarrar ao fetiche, conseguem mitigar o impacto total da realidade”. Socialmente, o fetiche permite que as *contradições sejam suspensas sem se resolverem* (Safatle, 2015, p. 103). O CSMC consegue conjugar a adaptabilidade da reabilitação psicossocial e a conformação à sociedade do consumo, à autoimagem de agentes revolucionários, construindo uma *utopia*. A revolução *no cotidiano* (Wetzel e Almeida, 2001, apêndice 01), sem transformações políticas e operando uma “revolução na forma como se lida com a loucura na atualidade” (Quintas e Amarante, 2008, p. 100, apêndice 01), “rebeldias cotidianas, revoluções moleculares”, promovidas pelos profissionais, “operadores dos serviços substitutivos, chamando de invenção de saúde e de vida” (idem, p. 106, *sic.*). A utopia perseguida: a equidade do atendimento (Pitta e Dallari, 1992, apêndice 01), a abertura de serviços substitutivos (Amarante e Torre, 2001, apêndice 01), a implementação de “diretrizes e propostas da reforma psiquiátrica, que estariam centradas no investimento nos trabalhadores da Saúde Mental, principalmente no que se refere à formação permanente dos profissionais dos serviços e na reformulação da formação profissional” (Luzio e L’Abbate, 2009, p. 116, apêndice 01).

A falsa imagem presume indivíduos que, por si só, podem dominar a totalidade de suas vidas, renovando sua capacidade de ação de dentro de si mesmos (Beck e Beck-Gernsheim, 2002). Profissionais empreendedores que reinventem suas práticas, familiares que se co-responsabilizem pelo serviço e usuários capaz de reconstruir seus projetos de vida, a partir da assistência que recebem. O *fetiche do indivíduo autárquico* mascara as contradições sociais que atravessam o Campo, difundindo a ideia de que qualquer impasse para o projeto da Reforma Psiquiátrica pode ser superado na micropolítica do cotidiano assistencial, dependendo apenas de trabalhadores criativos, que reinventem por si só suas práticas, que sejam suficientemente engajados e alinhados com a Reforma. É desta criatividade e empenho que dependeria o sucesso dos serviços substitutivos.

Combinada à postura proativa, criativa e empreendedora, o valor da *resiliência* que integra o *fetiche autárquico*, e coincide com a formação histórico-

reflexiva da individualização dos riscos. Merhy (2007) exercendo papel de *pedagogo da assistência*, afirma que os trabalhadores de CAPS experimentam sentimentos intensos e antagônicos, cobranças de difícil sustentação: tristeza, exaustão e impotência ligadas às exigências de acolhimento e resolutividade criativa. Mas Merhy dá-lhes *O Segredo*<sup>73</sup>: tomar a alegria e o alívio como indicadores de autoavaliação da prática, à disposição dos profissionais, “que lhes permitam re-ordenar suas tristezas e sofrimentos, realizando, inclusive, autocuidado de si como cuidadores” (idem, p. 61-2). Pensando o *burnout* dos trabalhadores, ele traz o indicador analítico da exaustão e da “alegria/tristeza, no sentido de que um produtor de novas possibilidades de vida, que para isso consome a sua própria, se não a produzir o tempo todo, se exaure” (idem).

Em Merhy, o indivíduo extrapola o *fetichismo autárquico* para se inserir na pura ideologia neoliberal de um *indivíduo autopoietico, autofágico*, tendo em vista a realização do Capital nos serviços públicos de saúde mental, às custas da exploração da mão-de-obra assalariada e mais-valia. Não apenas na figura do trabalhador que “veste a camisa” da empresa – travestida de engajamento militante antimanicomial – mas que deve ser capaz de se retroalimentar individualmente, amalgamando em si combustível e motor, responsável único pela produção de novas possibilidades de vida que, ao consumirem as suas, devem ser produzidas e repostas, incessantemente, pelo trabalhador. Nesta perspectiva *merhyana* da micropolítica, a exaustão e a exploração do trabalhador – ao ponto de se colocar no horizonte o *burnout* – se transformam em indicadores analíticos da eficácia do trabalho assistencial. A *Perspectiva Micropolítica no Campo da Saúde Mental Coletiva* assume o lugar que era da Psiquiatria, para Basaglia (1975, 1979, 1985, 2010), na dissimulação das contradições sociais e da exploração do trabalhador.

Trabalhadores empreendedores “autônomos e prazerosos” (Onocko-Campos, 2001, p. 100, apêndice 01), que se disponham “a acompanhar a aventura

---

<sup>73</sup> Estas fórmulas de sucesso estão no título e/ou descrição de livros de autoajuda, em uma página da *Internet* sobre o “Top 10 melhores livros de autoajuda para ler em 2017”, disponível em <https://www.zoom.com.br/livros/deumzoom/melhores-livros-de-autoajuda>. Acesso em 07. Set. 2017. *O Segredo* (Rhonda Byrne) é um best-seller entre os livros de autoajuda, lançado em 2006, “baseado na lei da atração e afirma que o pensamento positivo pode criar resultados de mudança de vida, tais como o aumento da felicidade, saúde e riqueza. O livro tornou-se um best-seller e vendeu mais de 19 milhões de cópias em todo o mundo, e também foi traduzido para outros 44 idiomas”. Informações da *Wikipedia*, disponível em: [https://pt.wikipedia.org/wiki/O\\_Segredo\\_\(livro\)](https://pt.wikipedia.org/wiki/O_Segredo_(livro)). Acesso em 07. Set. 2017.

destes sujeitos na procura de uma existência mais livre e autônoma, criativa e flexível, aberta à negociação e ao conflito” (Breda e Augusto, 2003, p. 33, apêndice 01). É do trabalhador inventivo e criativo, que depende o sucesso dos serviços substitutivos, bastando ao trabalhador que se engaje suficientemente nos processos de trabalho, assumindo a “criatividade (...) como atitude política” (Santos-Filho, 2008, p. 178, apêndice 01). A liberdade individual para *reinventar* suas práticas encobre uma precarização e sobrecarga dos técnicos, em que a “*liberdade do mercado de trabalho* (...) adquire o sentido de autocoerção, autoadaptação. As exigências a ser cumpridas aqui precisam ser *interiorizadas*, incorporadas à própria pessoa, ao planejamento e condução da vida e, então, colidem mecanicamente” (Beck e Beck-Gernsheim, 2017, p. 18), com as demandas contraditórias da família, da realização pessoal, da busca por prazer, aprimoramento de experiência existencial e autorrealização.

O protagonismo dos trabalhadores entra em uma agenda de fluxos de trabalho e a racionalização dos recursos. Formação constante, avaliação, estímulos e punição, criatividade e engajamento. Os serviços substitutivos serão mais efetivos na medida em que houver melhor alocação de recursos, medidas “fundamentais para a consecução das propostas preconizadas pela reforma psiquiátrica” (Vianna e Barros, 2005, p. 33, apêndice 01). Afirma Merhy (2007, p. 61), categoricamente: “só pode estar implicada com um agir manicomial uma equipe de trabalhadores alegre”.

O gerencialismo apresenta-se como resposta aos desafios e impasses da assistência da “modificação das características manicomiais, excludentes e marginalizadoras do nosso modelo de atenção” (Pitta, 1991, *apud* Amarante e Carvalho, 1996, p. 80, apêndice 01). Isto é a marca deste debate: para os serviços promoverem a transformação técnico-assistencial proposta pelo Campo, propõe-se como estratégias para garantia de qualidade nos serviços: “medidas educacionais (reciclagem, educação continuada); medidas organizacionais (redistribuição de tarefas, reorganização do ambiente físico etc.); incentivos disciplinares (promoção ou rebaixamento, incentivos ou reduções pecuniárias)” (idem). O planejamento estratégico e a avaliação são destacados como ferramentas de gestão necessárias à efetividade e eficácia dos serviços substitutivos. A “avaliação em saúde: [...] tem como pressuposto a avaliação da eficiência, eficácia e efetividade das estruturas, processos e resultados relacionados ao

risco, acesso e satisfação dos cidadãos frente aos serviços públicos de saúde na busca de resolutividade e qualidade (Morais et al, 2009, p. 116, apêndice 01). Santos-Filho (2008, p. 175, grifo nosso, apêndice 01) relata a experiência com *oficinas de planejamento* em um serviço substitutivo e Belo Horizonte, pelas quais se explorou

(...) problemas gerais ('organizacionais') e, depois, como desdobramentos dessas, outros assuntos emergiam do próprio cotidiano de experiências, vivências, desafios que se apresentavam em meio a muitas inquietações, inclusive, pela própria novidade e intensidade do que estava sendo construído. As oficinas, portanto, contribuíram funcionando como um cenário no qual se acolhia e provocava a discussão das demandas e ofertas do Serviço – a 'clientela-alvo', os 'produtos' a lhes serem ofertados, o 'modo de ofertar', as marcas ('qualidade') a serem impressas nessas ofertas/ações, e as respostas esperadas com esses 'investimentos'.

A clínica não apenas buscará responder a todas as necessidades sanitárias e sociais do usuário, como será o mecanismo de concretização das transformações epistemológica, jurídico-política e sociocultural, propostas pelos movimentos pela Reforma. Assim, a produção e consumo de cuidado é entendida como “produção de vida” e a clínica seria capaz de responder não apenas às necessidades sanitárias, mas à experiência-sofrimento subjetiva na comunidade, impasses jurídicos (direitos civis, previdenciários e benefícios assistencial) na família, com vizinhos e assim por diante

A *Epicentria*, mediada pelo gerencialismo, traduz-se em *pedagogia de desempenho*, tendo um amplo mercado na *self-driven culture*, potencializado pela dissolução das instâncias referenciais sociosimbólicas e crescente ansiedade ligado às escolhas e responsabilidade individuais. Uma forma de lidar com essa ansiedade é a grande identificação com as *lideranças* e suas técnicas de desempenho e *guidelines*, reduzindo assim o fardo da escolha e promovendo uma impressão de alívio existencial (Salecl, 2012). A sobrecarga individual cria um mercado para a *fábrica de respostas* e a *literatura de conselhos*, “aquele misto da cultura esotérica, de o Grito Primal<sup>74</sup>,

---

<sup>74</sup> *The primal scream* ou a *Primal therapy* foi desenvolvida pelo psicólogo estadunidense Arthur Janov nas décadas de 1960-70. No Brasil, seu livro foi publicado sob o título “O Grito Primal – Terapia Primal: a cura das neuroses”, pela editora Artenova. Outras informações disponíveis em <https://goo.gl/6NDPM9>. Acesso em set. 2017. Sua mais recente publicação é intitulada *Primal Healing: Access the Incredible Power of Feelings to Improve Your Health* (2006, editora Career Press) e traz em sua descrição o seguinte trecho “Com impressionantes estudos de caso, o Dr. Janov mostra como podem ser impressos, no cérebro e no sistema nervoso, trauma vividos durante o nascimento e a primeira infância, e como essas memórias dão origem a uma variedade de disfunções físicas e mentais. Quando você pode acessar essas memórias

misticismo, yoga e Freud, que supostamente apaziguaria a tirania das possibilidades, mas, em verdade, intensifica-a com seus modismos”<sup>75</sup> (Beck, Beck-Gernsheim, 2002, p. 7).

Dardot e Laval (2016, p. 339) descrevem as técnicas de auto-aprimoramento ligada “a uma ‘escola’ ou ‘guru’ [que] visam a um melhor ‘domínio de si’”, tendo em comum se apresentarem “como saberes psicológicos, com um léxico especial, autores de referência, metodologias particulares, modos de argumentação de feição empírica e racional”. Apresentam-se, ainda, como técnicas de autotransformação e afirmação das potências individuais e autodiagnóstico que “visam tornar o indivíduo mais eficaz, a começar pelo trabalho de autopercepção pelo qual ele deve aceitar que os ‘recursos’ são ele próprio” (idem, p. 341). É este o sentido assumido por Merhy (2007, p. 62) quando se refere à alegria e o alívio como indicadores de autoavaliação da prática, à disposição dos profissionais, para reorganização de suas práticas e autogerenciamento de suas “tristezas e sofrimentos, realizando, inclusive, autocuidado de si como cuidadores.

Não se está defendendo uma oposição à avaliação, ou reflexão sobre as práticas. Pelo contrário, denuncia-se a naturalização de processos de exploração e alienação dos profissionais. Nos alinhamos à necessidade de “mecanismos sensíveis, objetivos e convincentes que levem em conta a natureza complexa da atenção à saúde mental, em suas várias dimensões” (Bezerra Jr., 2011, p. 4600), e por isso mesmo entendemos que estes processos de avaliação não deveriam se submeter a ideais de eficiência e eficácia como se compartilhassem da natureza privada dos empreendimentos que visam lucro. É inegável que o SUS – e nele a RAPS – é um espaço de realização do capital e que, na Contemporaneidade (o acesso a) a saúde se dá pelo registro da mercadoria. Isto não significa, porém, a naturalização da ideologia neoliberal, da responsabilização e sobrecarga dos profissionais.

Esta perspectiva intensifica os processos de dissolução das seguranças ligadas ao universo do trabalho, por dentro das políticas públicas, e individualização dos

---

subscientes, você pode se libertar e melhorar sua saúde”. Disponível em <https://goo.gl/QpvJ3L>. Acesso em set. 2017.

<sup>75</sup> Liv. Trad., do original: “that mixture of the esoteric cult, the primal scream, mysticism, yoga and Freud which is supposed to drown out the tyranny of possibilities but in fact reinforces it with its changing fashions”.

riscos. Compreende a relação entre os serviços de saúde e a *alienação mental* e social, no marco da Sociedade Industrial, como uma questão a ser respondida com mais acesso, mais distribuição de benefícios, mais e melhor tecnologia, mais regulação e gestão e assim por diante Sem perceber que (1) os conflitos da sociedade contemporânea estão também ligados à distribuição de ameaças e é esta que orienta o debate político e as disputas em torno do entendimento e enfrentamento dos riscos, e (2) mais acesso, tecnologia, regulação e gestão podem significar, reflexivamente, mais alienação, insegurança e isolamento.

Uma última ressalva é necessária, neste item: a distinção entre a perspectiva micropolítica e o quadro referencial da subpolítica de Beck (2010, 2012), ambos conceitos novos para o CSMC e que, portanto, podem trazer alguma confusão. Para realizar esta distinção conceitual, é preciso retomar a discussão do Capítulo 3, sobre política reflexiva e política ortodoxa.

A perspectiva micropolítica está alicerçada sobre o entendimento da supremacia da ação individual livre de constrangimentos estruturais. Para a atuação subpolítica esta é uma dicotomia superada: a subpolítica como fenômeno do Processo de Individualização significa uma libertação das formas tradicionais da política moderna e maiores possibilidades de ação a novos atores políticos não-tradicionais, inclusive pela ação individual. O indivíduo se torna a unidade reprodutiva da vida social, mas individualização também significa dependência institucional (Beck e Beck-Gernsheim, 2002), “a individualização não é baseada na livre decisão dos indivíduos” (Beck, 2012, p. 31), mas em um processo de dissolução das formas da sociedade industrial e reintegração às novas formas sociais da Contemporaneidade, em que riscos escapam às instituições que os produzem e são assumidos individualmente. Assim, sob a ótica da subpolítica, estrutura e ação não podem ser pensadas como sistemas autônomos ou antagônicos, pois pressupõe a ambivalência envolvida nas relações entre estrutura social e ação individual.

Sob o marco da sociedade industrial e disciplinar, a perspectiva micropolítica pressupõe uma distinção entre a dimensão clínica e a dimensão política (Amarante, 1995; Onocko-Campos, 2001; De Leonardis, Mauri e Rotelli, 2001), um antagonismo entre o político e o técnico, em que o segundo absorve, remodela e esvazia



o primeiro, finalmente *esmagado* sob o peso do monopólio de uma tecnocracia médica. A disputa política é velada pela clínica e pelo gerencialismo. Quando fazem críticas às novas tecnologias, fazem por meios não-ambíguos e respondem aos riscos de iatrogenia psiquiátrica, com mais Psiquiatria *reformada*, isto é, *melhor gerenciada*. A subpolítica assume a ambivalência contemporânea e afasta modelos instrumentais de interpretação social, que não sejam ambíguos. Na Sociedade de Risco, “as pessoas devem dizer adeus à noção de que as administrações e os especialistas sempre sabem exatamente, ou pelo menos melhor, o que é o certo e bom para todos: desmonopolização da especialização” (Beck, 2012, p. 53).

Enquanto a micropolítica reafirma o monopólio tecnocrático, as *lideranças coronelescas* e a cisão entre os que pensam o Campo e os que atuam; a subpolítica pressupõe um quadro analítico no qual a participação não seja delimitada pela autoridade técnica e pelo especialismo, em que as decisões não sejam impostas de cima para baixo, em negociações entre tecnocratas em espaços de decisão política, e as regras haja autonomia para um *consenso em dois níveis*, para usar a expressão de Habermas (2003), um consenso tanto sobre o procedimento como sobre a produção de *verdades*. Noutras palavras, consenso negociado tanto sobre as *regras do jogo*, quanto sobre o *resultado do jogo* (Beck, 2012).

O quadro social em que se insere o Campo parte de uma leitura foucaultiana da sociedade biopolítica do controle. Mesmo autores que recorrem a outros referenciais (Simões, 1992, apêndice 01; Costa-Rosa, Luzio e Yasui, apêndice 01; Freitas, 2004, apêndice 01), ainda estão sob o registro da biopolítica foucaultiana. A leitura biopolítica da sociedade atravessa o Campo desde as primeiras publicações, no final da década de 1970. Com gradientes de análise, mais ou menos estruturais; é a sociedade contra a qual se insurgem os jovens e 1968, sobre a qual escrevem Berlinguer (1976, 1978), Goffmann (2010) e Castel (1978, 1987) que, junto com Foucault, influenciaram profundamente o pensamento de Basaglia (1979). A Psiquiatria que corresponde a esta leitura do social é a Psiquiatria *tradicional* ou *hegemônica* e a ela estará restrito o olhar do Campo: a Psiquiatria da segregação, da exclusão, do asilamento e do controle. A crítica ao modelo manicomial também atravessa as publicações desde 1976 a 2011,

ainda que a interpretação sobre suas causas, mecanismos de exclusão e estratégias de enfrentamento acompanhem as transformações do Campo.

Por ter esse olhar restrito à Psiquiatria da exclusão, a atuação que se constrói no Campo da Saúde Mental a partir da Reforma é um Campo do excluído, do marginalizado. Passa-se da luta de classes (1970) para a gestão da miséria e da exclusão, no momento pós-1987. Um Campo que – no afã de superar essa Psiquiatria do controle de populações marginalizadas, que segrega e reforça o estigma da periculosidade – mantém um olhar limitado às populações marginais, desfavorecidas, consideradas perigosas para a ordem pública, e que se constrói como salvadora dessas populações. Imagens heroicas e românticas colorem sua autoimagem e as expectativas depositadas sobre os profissionais como *agentes da Reforma* (Donnangelo, 1979). O Campo parece se dissolver sem este objeto de intervenção e isto contribui para que não perceba dinâmicas mais sutis e, hoje, mais disseminadas de atuação da Psiquiatria contemporânea.

Chama a atenção que não haja na literatura específica analisada uma preocupação relevante com questões contemporâneas de monta, como a medicalização da infância e da educação e a *epidemia* de diagnósticos de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) – debate protagonizado por Educadores e Pedagogos, mas não pelo CSMC –, ou o debate sobre neurodiversidade, referido apenas em 02 publicações (Ortega, 2009, apêndice 01; Bezerra Jr., 2011, apêndice 01). Em espaços públicos de debate e entre os movimentos sociais<sup>76</sup>, os problemas reconhecidos são aqueles ligados à exclusão e controle, ao asilamento e estigma, considerando-se supérfluas e injustificadas as temáticas que não contemplam a violência sofrida por populações vulneráveis e miseráveis, *entrincheiradas* nos manicômios ou nas *crackolandias* das grandes metrópoles.

---

<sup>76</sup> Esta é a nossa experiência junto a profissionais que militam nos movimentos pela Reforma Psiquiátrica que, com raríssimas exceções, expressam este entendimento. Seja em reuniões do FPLAM, da ABRASME ou da FEASP, seja em aulas abertas e debates, como o realizado no Instituto *Sedes Sapientiae* de SP, em 16/05/2016, quando profissionais externavam seu incômodo com discussões como neurodiversidade e neuroplasticidade, enquanto havia situações como as CTs e os HPs ainda abertos no Estado.

O Campo pensado apenas para a mitigação da pobreza e a gestão da miséria pressupõem outro modelo para os não pobres, ou seja, um fornecido pelo Estado para quem não tem condições de pagar, e outro, para o restante da população que de alguma forma poderia arcar com os custos de sua saúde, por certo deveria sob a responsabilidade da iniciativa privada e que, portanto, não precisa ser socorrido pela Reforma. O Campo negligencia, contudo, o sofrimento psíquico fora da chave da “miséria”, e acaba assim negligenciando a medicalização contemporânea e as novas formas assumidas pela Psiquiatria, que atingem não apenas estes grupos de maior renda-escolaridade, mas transforma também a atuação psiquiátrica entre as populações marginais e, a longo prazo, modificam nosso entendimento sobre a sociedade e a natureza, e sobre nós mesmos. Enquanto isso, este parece um outro elemento do *fetichismo do indivíduo autárquico*: a necessidade quixotesca de *dragões* a enfrentar e de uma *Dulcineia* para resgatar.

À medida que avança a dissolução das formas moderno-tradicionais e novas formas emergem na Contemporaneidade, maior é o sentimento perene de insegurança e a necessidade de reafirmar os antigos sistemas e referenciais sociossimbólicos *para que o mundo volte a fazer sentido*. De fato, pensar o Campo para além dos excluídos e da Psiquiatria tradicional é revelar que são, em verdade, moinhos-de-vento e não gigantes, que não há *Dulcineia*, mas apenas Aldonza Lorenzo. Pensar o sofrimento entre populações que já estão incluídas no mercado de trabalho e na comunidade – ou que sabem ir sozinhas ao mercado, ou ao cinema, ou ao *Poupa-Tempo* tirar uma segunda via do documento de identidade, por exemplo – ou cujas vidas e laços sociais não precisassem ser produzidas ou emprestadas pelos profissionais, esvaziaria em grande medida os alicerces imagéticos do CSMC.

Daí, talvez, a reação de Pitta (2011-a, apêndice 01) à sugestão de mudança dos objetos da Reforma (Bezerra Jr. 2011, apêndice 01) ou porque, depois do PT perder a disputa pela reeleição de Fernando Haddad, os movimentos pela Reforma se entrincheiraram em torno da cracolândia, em SP, e iniciaram o movimento “A Cracolândia Resiste”<sup>77</sup>, em oposição às políticas higienistas do atual Prefeito paulistano, João Doria

---

<sup>77</sup> Informações extraídas da página virtual *Medium*. Disponível em <https://goo.gl/x5VtGh>. Acesso em 07. Set. 2017.

(PSDB). Não temos dúvidas de que se deve resistir às ações violentas do Governo do Estado de SP e da Prefeitura paulistana. Contudo parece haver uma romantização da defesa e afirmação das cracolândias como território de habitação ou pertencimento daquelas pessoas, como se fosse “lugar de segurança destes que perambulam pela cidade, apelidado pelos frequentadores mais íntimos de Craco” (idem, grifo nosso). O discurso *oficial* da mobilização em torno da cracolândia não é no sentido de politizar a exclusão, de luta por cidadania ou DH, não é um discurso anticapitalista tampouco *neoliberal progressista* (Fraser, 2013), mas pela preservação da cracolândia, de uma identidade nomeada “pelos próprios frequentadores do fluxo desde a década de 1990” (idem).

O movimento, que se identifica como “antiproibicionista, abolicionista penal e, antes de tudo, antimoralista” (idem, grifo nosso) defendendo a cracolândia equivaleria aos movimentos pela Reforma falarem em “O Vera Cruz resiste”<sup>78</sup>, sob justificativa de que há pacientes que escolheram permanecer nos manicômios – o que, pela nossa experiência, não é incomum entre os chamados moradores, que estabelecem relações, assumem um *lugar social* reconhecido nos HPs e são tomados por sentimentos de medo e ansiedade com a perspectiva de desospitalização –, de que o manicômio é fruto da marginalização social destes pacientes, e de que a gestão atua de forma higienista e contrária às bandeiras da Reforma. O *slogan* “qualquer vida vale à pena”, que é *Leitmotiv* de publicações na página virtual da *Rede HumanizaSUS*, parece seguir neste sentido: um falso autonomismo perverso e fetichizado, que defende a situação de degradação e vulnerabilidade, sob justificativa da diversidade ou da diferença, da afirmação e valorização “daquele morador de rua, daquele desinvestido socialmente – que muitos dizem já não servir para mais nada, por ser improdutivo, não cidadão, que só provoca inúteis gastos sociais sem trazer nenhum benefício para a coletividade” (Merhy, 2012, p. 269).

A formulação de “A craco resiste” está intimamente articulada à defesa da “construção de certas lógicas de cuidado, certas redes de cuidado, a atenção a certos coletivos sociais, têm que partir em primeiro lugar dessa reflexão-aposta, desse

---

<sup>78</sup> Referência ao Hospital Vera Cruz, em Sorocaba-SP, denunciado pelo FLAMAS e epicentro institucional do processo de desinstitucionalização na região. O Vera Cruz era o maior HP da cidade que, até 2012, era “a segunda cidade com maior número de leitos psiquiátricos SUS no país (1369), abaixo apenas do Rio de Janeiro, que tem 2406 leitos” (Garcia, 2012, p. 110).

perspectivismo, de que as vidas valem a pena, e mais que isso, de que qualquer forma de vida vale a pena” (idem). Assim sendo, quando todas as formas de vida valem à pena, mesmo a degradação, vulnerabilidade e abandono da crackolândia deve ser defendida contra as forças reacionárias, manicomiais e moralistas das gestões *inimigas*. Ignorar a autonomia e a escolha dos *frequentadores mais íntimos de Craco* (idem), para Merhy (idem, p. 272) é atuar com um “agir torturador”<sup>79</sup> na

(...) produção do cuidado já parte do princípio que estou diante de um objeto e não de um sujeito desejante, implico, nas minhas construções do cuidado individual e nas práticas coletivas da saúde, em modos torturadores de ser. Isso me autoriza dizer que o objeto, usuário de droga, não sabe o que quer e age maliciosamente, que quem sabe é o profissional, é o serviço de saúde, que deve, portanto, decidir. Com um agir torturador posso até produzir uma fala, como: me interne.

Este discurso associa o reconhecimento da degradação e abandono, à reificação do sujeito, quando em verdade é a afirmação ideológica de sua autonomia absoluta que descaracteriza o indivíduo, desconsiderando as múltiplas determinações implicadas no uso do crack e na permanência no chamado *fluxo*, desde as dinâmicas inconscientes do sujeito do desejo e do carecimento (Bezerra Jr. 2007; Costa-Rosa, 2012, 2013; Salecl, 2012), a fenômenos sociais mais amplos, como adoecimento (mental ou orgânico), desemprego, migrações, processos de gentrificação, conflito com a lei e assim por diante Reconhecer estas questões não equivale à anulação do sujeito, ao higienismo nem mesmo à tutela<sup>80</sup>, necessariamente. Ainda que a atenção para não reproduzir estas violências seja fundamental.

---

<sup>79</sup> O autor usa a imagem do torturador que tenta a todo custo “produzir no encontro a fala do torturado: não uma fala qualquer, mas que o torturado fale aquilo que ele quer escutar. O torturador chega a matar o outro por isso” para se referir a um “agir torturador” na produção do cuidado, dá a chance de visualizar de que maneira a organização das redes de cuidado, as práticas dos profissionais, os modelos de cuidado, muitas vezes, centram-se numa lógica em que o saber do usuário só interessa se ele falar aquilo que se quer ouvir” (Merhy, 2012, p. 271).

<sup>80</sup> Sobre as éticas disciplinares, vale a leitura de Costa-Rosa (2013, p. 273): “Embora comumente apresentadas como éticas da psiquiatria, e tributárias de acúmulos forjados ao longo da história dessa disciplina e suas reformas, a análise dessas éticas, bem como da ‘ética do cuidado’, deve servir de base para a discussão das práticas das equipes interprofissionais que atualmente compõem os meios de trabalho das instituições originadas da Reforma Psiquiátrica”. Expondo de forma mais coerente os riscos de tutela (ética disciplinar) nas ações bem-intencionadas da assistência na “Ética da ação social (...) “Nela, o sujeito e o agente são definidos como “companheiros de viagem”, pares dispostos a renovar o instituído e a abrir espaço para outras formas de ação, interação e integração social que não as estabelecidas pelo instituído das instituições particulares, e pelo consenso ideológico dominante” (idem, p. 280)

### 3.3.1 As Quatro Dimensões e o Efeito Dominó

Como já tivemos oportunidade de ver no Capítulo 2, as 04 dimensões de transformação são elaboradas por Amarante (1994, 1995, 1997, 2008) a partir do conceito de Desinstitucionalização em Rotelli (2001), e amplamente reproduzidas pelo CSMC. A proposição *teórica* das 04 dimensões, porém, não corresponde à forma assumida na literatura específica, pois reconfigurada pelo fenômeno da *Epicentria Assistencial*. Para entender esta transfiguração, nós desenvolvemos o conceito de *Virtualidade*, a partir das reflexões de Žižek (2003), que nos fala da *virtualização de nosso ambiente*: “Hoje encontramos no mercado uma série de produtos desprovidos de suas propriedades malignas: café sem cafeína, creme de leite sem gordura, cerveja sem álcool”, o sexo virtual, as tecnologias de realidade virtual e assim por diante (idem, p. 24). Ao falar, especificamente da *realidade virtual*, afirma que “generaliza esse processo de oferecer um produto esvaziado de sua substância: oferece a própria realidade esvaziada de sua substância, do núcleo duro do real – assim como o café descafeinado (...) a Realidade Virtual é sentida como realidade sem o ser” (idem, p. 25).

É destas reflexões que nós formulamos o conceito de ***Virtualidade como a qualidade daquilo que, apesar de ser desprovido de sua substância, desprovido do seu núcleo constitutivo e definidor, é apresentado e percebido como real, sem o ser***: a política (*politics*) sem poder, o direito sem normatividade, a cultura reduzida à expressão artística, a ruptura sem modificação da ordem estabelecida. A *Epicentria* será agente desta *virtualização*, no sentido do esvaziamento e reconfiguração das demais dimensões em função da dimensão técnico-assistencial.

Um outro aspecto que cinde a formulação teórica das 04 dimensões e sua expressão na literatura específica é aquilo que nós identificamos como um *dever-ser idealista do Campo*. O *dever-ser* do CSMC diz respeito ao idealismo que formula ações baseadas em como a transformação *deveria ser* em um plano moral ou gerencialista. Com a institucionalização da Reforma como PNSM, perde-se de vista uma perspectiva mais crítica em nome da defesa do modelo e dos valores que compõem a política pública: não é mais uma questão de *entender*, mas de defender um entendimento e *agir*. Esta é a materialização do *fetice autárquico*: “a pressão para ‘fazer alguma coisa’ é como a compulsão supersticiosa a fazer um gesto qualquer quando estamos diante de

um processo sobre o qual não temos nenhuma influência” (Žižek, 2011, p. 22). Pensar a realidade antes de intervir é uma proposta duplamente rechaçada pelo CSMC:

1. Pensar é colocar em questão sua prática, suas verdades referenciais e a si mesmo. Assim, em alguma medida, age-se justamente para não pensar. O agir torna-se um fim em si mesmo, enquanto a produção (de vida) e a invenção cotidiana são justificativas, e métodos de ação em uma realidade sobre a qual se tem pouca *governabilidade*, e a ação é fetichizada. Corresponde ao que Žižek (2010, p. 36) chama de *falsa atividade*, isto é, “as pessoas não agem somente para mudar alguma coisa, elas podem agir também para impedir que alguma coisa aconteça”. É assim que o imperativo de ação criativa do Campo, como mecanismo central para transformação pode, reflexivamente, impedir transformações reais nas relações entre loucura, psiquiatria e sociedade. Assim, frente ao que percebem como crises ou ameaças à Reforma, há uma urgência de agir, antes mesmo de se saber sobre o quê ou contra o quê se (re)age. Contudo “o perigo não é a passividade, mas a pseudoatividade, a ânsia de ser ativo e participar. As pessoas intervêm o tempo todo, tentando ‘fazer alguma coisa’, acadêmicos participam de debates sem sentido; [mas] a coisa realmente difícil é dar um passo atrás e retirar-se daquilo” (idem, p. 37).

2. Agir é imperativo enquanto pensar é percebido como perda de tempo, como não produção e não enfrentamento do problema incontornável do sofrimento e da obrigação de *produzir vida* (Rotelli, 2001; Amarante, 2008): a vida é produzir (agir), e a produção é o que gera vida (produção de vida). Agir e produzir se tornam sinônimos, assim como vida e saúde são equiparadas à mercadoria resultante da produção e, assim, a experiência é reificada. Žižek (2011) interpretará isto na chave analítica da ideologia, o que pode ser correto, mas esta postura do CSMC é também reflexo do Processo de Individualização, das subjetividades de risco e do imperativo social da *self-culture* (Beck e Beck-Gernsheim, 2002, p. 42), ego-cultura ou cultura-do-eu. Simultaneamente, impera o *dever-ser* que se configura como idealização conservadora e *anti-dialética*, que parte de como a Reforma entende que a transformação deve acontecer. Por exemplo, o que deve ser território? “Deve ser um ethos”<sup>81</sup>. O que deve ser cidadania? Deve ser tais-e-quais garantias, acessos, contingenciada pela singularidade-

---

<sup>81</sup> Disponível em <https://goo.gl/28AoEu>. Acesso em Ago. 2017.

complexidade da loucura e assim por diante As grandes questões do Campo não são pensadas em termos do que *é*, mas em termos do que *deveriam ser*. Não se pensa a partir da materialidade histórica e social do Campo, mas pelo seu *dever-ser*.

Há, sem dúvidas, um esforço crítico que se mantém após a inflexão micropolítica e a promulgação da Lei n.º 10.216/2011 em Costa-Rosa e seu Modo psicossocial ou leitura crítica sobre o conhecimento produzido pelas Conferência (Costa-Roda, 2013; Costa-Rosa, Luzio e Yasui, 2001, apêndice 01), em Delgado (1992, apêndice 01, 2011, apêndice 01) e suas reflexões sobre a cidadania e a Lei n.º 10.216, em Bezerra Jr. (2011, apêndice 01), Simões (1992, apêndice 01), Ortega (2009, apêndice 01), ou mesmo Amarante quando tentava pensar o que é a Reforma ou a Desinstitucionalização. Mas isto é abandonado em nome do *wishfull thinking* aliado à defesa de uma concepção elaborada em termos idealistas. Voltemos ao exemplo da cidadania: parte-se de como se entende que a cidadania deveria ser, *considerando a singularidade do cidadão louco*. Mas não há um esforço para entender como efetivamente a cidadania (não) é exercida, como ela se realiza ou não. No lugar disto, há uma tentativa de saber como as coisas acontecem na dimensão da assistência: inúmeras pesquisas empíricas e avaliações. Mas quando se volta para o cotidiano do ato de saúde como realidade do Campo, esta realidade é virtualizada, quanto mais tenta se aproximar dessa realidade, mais o Campo produz o fetiche dos números, das avaliações e do gerencialismo e se afasta da realidade social em nome de sua virtualização. Como diz Badiou (2007, p. 50): “Se o número (sondagens, contas, índices de audiência, orçamentos, créditos, Bolsa em alta, tiragens, salário dos executivos, *stock options* e assim por diante) é o fetiche dos tempos atuais, é porque onde o real vem a falhar o número cego aí está”. Neste sentido, quando Bezerra Jr. (2011, apêndice 01) e Costa-Rosa (2013) sinalizam mudanças na atuação da Psiquiatria, o que prevalece para o Campo é a *ideia*, uma concepção ideal desta relação, tanto quanto à Psiquiatria hegemônica que se deve combater quanto ao dever-ser prescritivo-propositivo sobre como deve ser o processo de trabalho, a gestão, a atuação dos técnicos, a humanização, cogestão e assim por diante

A mesma crítica se aplica ao processo de desinstitucionalização: uma repetitiva literatura defendendo o quê a desinstitucionalização *deve ser*, mas que pouco



se debruça sobre como ela se dá, para além das experiências históricas cristalizadas na história oficial de institucionalização da Reforma. É uma literatura de defesa, não de análise crítica, mas de desenvolvimento e defesa de tecnologias de gestão. É este o idealismo ou *dever ser* do Campo. Idealista porque parte das concepções apriorísticas para intervir sobre a sociedade sem a necessidade de conhecê-la ou colocá-la em questão, e anti-dialética porque **nega o movimento dialético** (transformação) da sociedade. Faz uma leitura social que a cristaliza nos moldes da sociedade biopolítica e da Psiquiatria do asilamento, da ampliação da ação individual como possibilidade de ampliação e institucionalização da assistência – sem transformação na estrutura social.

O *wishfull thinking* emerge na defesa do *dever-ser* em situações concretas, que no lugar de desvelarem o idealismo da formulação teórica, condicionam o olhar sob uma espécie de *senso-comum*, digamos assim, dos atores da Reforma em que a (leitura da) realidade é redefinida pela teoria. Isso faz com que uma produção predominante empírica chegue a conclusões formadas pelo idealismo teórico do Campo, pois toma-se a “abstração como fundamento da realidade” (Fernandes, 2012, p. 184). Esse *senso comum* é regulador da relação entre o que é apreendido ou não pela produção teórica do Campo, habitualmente orientada por um conjunto de valores e percepções que emergem na Contemporaneidade e são legitimados pelo discurso teórico e institucional. O aspecto totalizador da clínica, a epicentria assistencial e o fetiche do indivíduo autárquico fazem parte da perspectiva que orienta o senso comum teórico com relação, por exemplo: à relação necessária entre adoecimento e pobreza, à capacidade do profissional de transformar as instituições se for suficientemente criativo ou o autonomismo dos usuários. Há, sem dúvidas, um caráter ideológico aí, mas, como insistimos, isto se dá como processo histórico de formação Campo. E é este processo histórico-reflexivo que explica a transfiguração das demais dimensões, em função da dimensão técnico-assistencial.

Ao discutirmos a caracterização das publicações quanto às 04 dimensões, é reforçada nossa afirmação de que o Campo se estrutura em torno da prática, com produção de saberes orientada pela dimensão clínico-terapêutica e de gestão. Em que pese a autocompreensão do Campo, que reputa seu objeto-fim à transformação sociocultural, esta é a dimensão menos discutida. Para o CSMC, a Reforma será

realizada pelos profissionais, tomando “a ação terapêutica como ação de transformação institucional” (Rotelli, De Leonardis e Mauri, 2001, p. 29), e as dimensões que mais fogem aos limites de gerencialismo da assistência – as dimensões jurídico-política e sociocultural – são também aquelas menos discutidas na produção do CSMC.

É possível afirmar com maior segurança que a produção do Campo é acadêmica e, realmente, de orientação técnico-assistencial, pensada de cima para baixo pela *intelectualidade esclarecida* (Holanda, 1995; Fernandes, 2008) da Reforma. Empiricamente, identificamos na literatura específica o que já era claro no processo de formação histórico-reflexiva do Campo: o monopólio de uma tecnocracia médica ocupando espaços de poder e tomada de decisão na máquina estatal, que conforma a atuação dos movimentos sociais, a produção teórica e a clínica. A produção gira em torno das lideranças que detém o monopólio pelo saber-Psi e fornecem a forma e o modo de atuação cotidiana nos serviços – a exemplo do psiquiatra Paulo Amarante, autor mais citado nas publicações e uma das principais lideranças do MNLA e da ABRASME e que, apesar de não ter assumido cargos tecnocráticos, sempre esteve próximo da CGMAD e como consultor de projetos municipais e nacionais ligados a políticas públicas<sup>82</sup>. Forma-se, assim, um setor saúde atrelado a esta tecnocracia médico-Psi, que promove a despolitização do Campo e reforça o poder técnico – a *psiquiatria* em Basaglia (1985) –, a alienação social e dissolução das seguranças ocupacionais. Intensifica a sobrecarga individual sobre os profissionais, responsabilizados pela transformação não apenas assistencial, mas estrutural incorporando-se à espiral individualizatória, sendo transformada pelo processo de Individualização e também contribuindo para radicalização deste processo. A despolitização e tecnificação do CSMC já é um fenômeno conhecido, apesar de pouco ressoar entre as publicações:

Este quadro, como se sabe, mudou profundamente. O declínio da política e a ascensão dos discursos técnicos, juntamente com o vertiginoso crescimento da economia da saúde, e a difusão no imaginário social de vocabulários e práticas que visam a regulação biotecnológica da performance pessoal, etc.,

---

<sup>82</sup> Em seu Currículo Lattes, consta consultoria à Secretaria Municipal de Saúde de Belém-PA, (2000) e mais recente, o Projeto Rede Sampa da Prefeitura de São Paulo (2014-2015). Além de suas produções técnicas para subsidiar debates públicos sobre execução de medidas de segurança e melhorias do atendimento médico no SUS, por exemplo. Disponível em <http://lattes.cnpq.br/5548618710308950>. Consultado em 09 Set. 2017.

modificaram fortemente o enquadramento sociocultural em que tanto profissionais quanto usuários, familiares e leigos se orientam subjetivamente. Boa parte das gerações que ingressa atualmente no campo da saúde mental se vê como agentes técnicos mais do que como sujeitos políticos (Bezerra Jr., 2011, p. 4659).

Em vista das reflexões elaboradas até aqui, discutiremos os resultados da pesquisa bibliográfica, considerando as 04 dimensões de transformação da Reforma começando pela dimensão técnico-assistencial que conforma as demais, e então as dimensões teórico-epistemológica, jurídico-política e sociocultural. As 04 dimensões de transformação sintetizam o horizonte de realização da Reforma, a concretização das bandeiras dos movimentos em sua busca pela institucionalização da PNSM.

### ***Dimensão Técnico-Assistencial***

A dimensão técnica assume protagonismo e reconfigura as demais. Os movimentos se veem como *técnico-emancipatórios*, ou seja, pretendem cumprir uma agenda emancipatória a partir da assistência. Colocam em segundo plano a ação política, reforçando o monopólio do saber técnico e aspirando a certa objetividade científica e pretensamente não-ideológica (porque técnica). A centralidade e *Epicentria* da assistência são reforçadas pela natureza das produções e autoria da literatura específica, mas também pela própria formação histórico-reflexiva da Reforma e da tecnocracia que ocupa cargos de gestão no Estado e estabelece as relações do *coronelismo progressista*.

A clínica será princípio e fim do Campo: será o objeto de idealização e em torno do qual se produzirá saberes, bem como nela estes saberes serão reafirmados e, em função deles, a clínica será avaliada, gerida e executada. A dimensão técnico-assistencial é o espaço, por excelência, de realização da Reforma Psiquiátrica – seja na perspectiva objetiva (estrutural) ou subjetiva (da ação) –, e na perspectiva micropolítica ela se integra, por um lado, à espiral individualizatória do processo de Modernização Reflexiva e, por outro, ao discurso pós-moderno. A pós-modernidade é um termo problemático, “onde tudo já começa a ficar nebuloso (...) a senha para a desorientação que se deixa levar pela moda” (Beck, 2010, p. 11). Problemático, ainda, porque indica uma falsa ruptura com a Modernidade por força do sufixo *pós*. Quando, em verdade, ela indica o momento de radicalização de dois valores centrais da Sociedade Industrial: a

liberdade e o indivíduo. Para Beck (idem), a pós-modernidade representa “o momento histórico preciso em que todos os freios institucionais que se opunham à emancipação individual se esboroam e desaparecem, dando lugar à manifestação dos desejos subjetivos, da realização individual”.

A inflexão para perspectiva micropolítica é a “tradução no real de discursos teóricos que celebram a autonomia individual e o desaparecimento das estruturas sociais” (Lipovetsky, 2004, p. 23). Com isso, toda mobilização se volta para o cotidiano da assistência e a relação interindividual, do ato de saúde entre médico e paciente. Isto significa que a dimensão assistencial se torna a (encenação da) *realidade* do Campo. Parafraseando o Médico Psiquiatra Dr. Simão Bacamarte (Assis, 2011, p. 13), diria o Campo da Saúde Mental Coletiva: *a existência-sofrimento é o meu emprego único; a assistência é o meu universo*<sup>83</sup>. Assim, o ato terapêutico será a um só tempo o pressuposto de formulação (teórica e tecnológica) e atuação prática, espaço de aplicação e avaliação destas formulações e práticas, e finalidade última – posto que a transformação assistencial é o epicentro das demais transformações almejadas. A ambivalência deste fenômeno consiste em ser uma estratégia de retorno ao *Real* da utilidade imediata, mas produzir o contrário de seu *dever-ser* do Campo: alienação social, adoecimento dos profissionais, tutela e dependência, reificação e estigma, retorno à normalidade e adaptação.

O lugar sociossimbólico da assistência será fator fundamental para a reconfiguração das demais dimensões. Ao reafirmar a centralidade do ato de saúde e do saber tecnológico-médico, que é entendido como produção de saúde-vida-subjetividade, não rompe a relação de alienação (social), mas pelo contrário reifica-se o indivíduo, a “objetificação” em Basaglia (1979). Quanto maior a centralidade da assistência, mais alienação social, mais adoecimento dos profissionais, mais dissimulação das contradições sociais por trás do sofrimento psíquico, ainda que as condições objetivas (suas necessidades imediatas do indivíduo) correspondam ou indiquem uma melhoria da qualidade de vida.

---

<sup>83</sup> Do original: “ – A ciência, disse ele a Sua Majestade, é o meu emprego único; Itaguaí é o meu universo”.

### *Dimensão teórico-epistemológica*

A dimensão epistemológico-conceitual de transformação do Campo empreende uma ruptura *virtual* com a chamada Psiquiatria tradicional. A perspectiva micropolítica assume, sob outros mecanismos e inspirações éticas, o papel de dissimulação e negação da dimensão social do adoecimento que era atribuído à Psiquiatria. Desta vez, não pela submissão violenta do paciente, mas pelo falso autonomismo e o discurso *pós-moderno* (Lipovetsky, 2004) de desintegração da estrutura social e supremacia autárquica do indivíduo. A alienação mental, transformada em *existência sofrimento no corpo social*, não promove um deslocamento real, mas em seu lugar reafirma a Medicina como *jurisdição* da doença-sofrimento e a clínica como universo totalizante sobre o qual deve se voltar o Campo. O corpo social *virtualizado* da perspectiva micropolítica também não é capaz de romper com a reificação ou objetificação do paciente (Basaglia, 1979), que agora se dá, contraditoriamente, pela afirmação de sua *singularidade*.

Ao analisar a literatura específica, percebemos uma coincidência entre o *dever ser* da transformação conceitual (Amarante, 2008, p. 756) e a produção, no que diz respeito ao seu objeto: saberes e práticas do paradigma psiquiátrico. Neste sentido, a dimensão teórico-epistemológica está estruturada em torno das práticas, mas assumem um viés gerencialista, pelo qual se debruça sobre os modelos de gestão e assistência assumidos pela Psiquiatria hegemônica-manicomial, e aquelas situações concretas fundadas nas formulações teóricas abstratas e no *wishfull thinking*. A revisão das ideias de cura, correção e normalidade não rompem o paradigma, mas são suavizadas ou reinterpretadas como reabilitação, contratualidade e adaptação, remetendo o indivíduo à produção e ao consumo “no terreno da reabilitação (...) mas sempre com a filosofia de buscar, de estar no mercado” (Rotelli, 1994, p. 159). Basaglia nos dirá:

(...) atualmente a cura que os médicos e psiquiatras propõem para o doente mental não pode ser outra coisa senão uma proposta alienante e com finalidade única de remeter o doente ao círculo produtivo, isto é, tomar o doente como mercadoria e traduzi-lo mais uma vez como mercadoria (...). Então, frente a nossa situação, é importante dizer que as terapias e as curas até hoje propostas são situações que não dão a possibilidade à pessoa de se exprimir como sujeito, mas de se reproduzir como mercadorias, como objetos (Basaglia, 1979, p. 94, grifo nosso).

O Campo mantém o entendimento de que os riscos iatrogênicos e de psiquiatrização podem ser respondidos com mais tecnologia psiquiátrica, desde que orientada eticamente, reformada em função não mais da doença, mas do indivíduo em sofrimento no corpo social. Aos conflitos da loucura, responderá com “mais e melhor saber, mais e melhor ciência” (Beck, 2008, p. 165), no marco da Sociedade Industrial e da modernidade ortodoxa.

### ***Dimensão Jurídico-Política***

A virtualidade da dimensão jurídico-política, promovida pela *epicentria assistencial*, consiste em pensar um Direito sem Estado e uma Política sem disputa de poder. A dimensão jurídico-política é proposta, inicialmente, como transformações legais concernentes à loucura (Amarante, 2008), tanto na esfera civil, como penal.

O *dever-ser* desta dimensão prescreve-a como “possibilidade de construir espaços reais de produção de possibilidades de vida, tais como cooperativas de trabalho ou projetos de geração de renda para pessoas com desvantagem social (...) dentre outras estratégias, que viabilizem efetivamente a participação cidadã de pessoas nas várias possibilidades da vida coletiva” (idem, p. 756-757). Aqui a dimensão do trabalho aparece como pressuposto da cidadania. Se tomarmos cidadania na concepção mais tradicional – reconhecimento como sujeito de direitos e proteção do Estado – a Reforma promove, inegavelmente, ganhos em direitos sociais e uma inscrição *parcial* no registro da cidadania, pela identificação com a ordem constitucional e a saída dos manicômios. Isto não implicará, contudo, em cidadania plena (exercício e garantia de direitos), mas antes promoverá uma melhoria radical *na qualidade de vida* dessas pessoas. E aqui a luta por DH expõe a dissolução de seu potencial transformador, atrelada ao esvaziamento político da dimensão jurídico-política.

Primeiro, é preciso destacar que a Reforma negligencia (ainda hoje) as relações entre a loucura e o Direito Penal, abordadas de forma *muito* marginal pelo Campo e não há mobilização ou políticas consistentes para desospitalização ou superação das noções extremamente nocivas de periculosidade e inimputabilidade. Outro ponto é que a Reforma não foi capaz de transformar a não-cidadania jurídica da “pessoa com transtorno mental”, através da Lei da Reforma ou qualquer legislação

posterior. A questão é naturalizada e se busca formas intermediárias de cidadania para o louco, nos moldes politicamente não-transformadores da adaptabilidade e da tolerância, que marcam o CSMC.

Este quadro só muda, *formalmente*, com o Estatuto da PcD, de 2015. Ainda não nos é possível constatar a eficácia social do Estatuto, mas, até então, as pessoas civilmente incapazes por “enfermidade ou deficiência mental” (Código Civil, artigo 2º, inc. II) eram marcadas pela incapacidade<sup>84</sup> civil e, conseqüente, incapacidade política nos termos da CF/1988 (art. 15, inc. II). O Estatuto – vitória subpolítica de movimentos ligados à neurodiversidade e à PcD – revoga o artigo 2º do Código Civil (CC/2002), e reformula o estatuto jurídico da loucura por força da interpretação do artigo 6º “A deficiência não afeta a plena capacidade civil da pessoa” e da abrangência da concepção de deficiência na nova Lei: “Art. 2º Considera-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial” (Brasil, 2015-a, grifo nosso).

No CSMC, a virtualidade da dimensão jurídico-política vai se afirmando pela redução do Direito à *legitimação jurídica das políticas públicas (policies)* sem disputas pela institucionalidade das posições e atribuições de poder (*politics*) que são conteúdo fundamental do Direito (Habermas, 2003). A produção de normas jurídicas é instrumentalizada para conformação, sustentação e respaldo legal da *perspectiva micropolítica*. As normas legais e infralegais serão suporte legal das políticas públicas assistenciais, à distribuição de benefícios assistenciais e políticas voltadas, especificamente, para a economia solidária e cooperativas de trabalho e sua formalização jurídica. O Direito é virtualizado em nome de sua *tecnificação* e instrumentalização para a assistência, perdendo toda a sua ambivalência e deixando

---

<sup>84</sup> Em Direito, há uma distinção entre *personalidade jurídica* (o reconhecimento como sujeito de direitos, protegido pelo Ordenamento Jurídico) e a capacidade jurídica para exercer direitos. A incapacidade não significa que o indivíduo não tem direitos, mas que não pode exercê-los diretamente. A incapacidade civil, assim, é a inaptidão legal para estabelecer relações jurídicas no plano civil (alienar imóveis, estabelecer contratos de compra e venda ou aluguel, casamento etc.), os chamados “atos da vida civil”. A incapacidade política, *mutatis mutandi*, é a inaptidão para exercer a soberania popular “exercida pelo sufrágio universal e pelo voto direto e secreto” (art. 14, *Caput*, da CF/1988) e demais direitos constitucionais políticos de sufrágio e participação no processo político. As hipóteses de perda ou suspensão de direitos políticos estão previstas no art. 15, da CF/1988. Entre elas, no inciso II está a “incapacidade civil plena”, que desde o Estatuto da PcD deixou de referir-se àqueles com “enfermidade ou deficiência mental”.

Janus com apenas uma face: a regulatória. É a ambivalência do Direito que o faz objeto de crítica e ao mesmo tempo objeto das mobilizações sociais que, tradicionalmente, lutam pelo Estado democrático de direito e pela cidadania jurídica. Tanto liberdade, quanto opressão, são possíveis no Estado moderno graças ao império da lei e do Direito.

A conformação assistencialista das normas jurídicas da Reforma exigiria uma Tese adicional. A análise, exclusivamente, da Lei n.º 10.216/2001 exigiria, pelo menos, outro capítulo específico e por mais que quiséssemos, esta Tese não comportaria tanto. Ademais, muito já foi escrito sobre a Lei <sup>85</sup> e, esperamos, nossa contribuição pode ser menos convencional, mostrando como também este marco legal é conformado pela dimensão técnico-assistencial. Inspirada, pela Lei 180 italiana (inspiração evidente no PL n.º 3.657/89 e que muito se esvai no texto final promulgado), a Lei n.º 10.216/2001 dispõe sobre o que parecem ser os seus dois objetivos explícitos: (1) a declaração de direitos próprios dos portadores de transtornos mentais e, (2) o redirecionamento do modelo assistencial em Saúde Mental. Contudo, a totalidade dos direitos elencados no artigo 2º referem-se ao contexto assistencial, às condições de acesso e tratamento. Mantém-se o HP como espaço possível de internação e, sem alterar a condição jurídica da loucura (incapacidade jurídica civil e política, inimputabilidade penal) reforma as condições assistenciais *perante a lei*.

A própria ideia da promulgação da Lei da Reforma como vitória da mobilização democrática dos movimentos é desconstruída (ao menos em parte) quando lembramos que, depois de sua longa tramitação no Congresso Nacional, a condenação penal do Brasil na Corte Interamericana de DH, no Caso Damião Ximenes<sup>86</sup>, foi

---

<sup>85</sup> Tramitação e detalhes disponíveis no sítio eletrônico da Câmara dos Deputados: <https://goo.gl/AN4Sbw>. Acesso em 04. Fev. 2017.

<sup>86</sup> Conforme Rosato e Correia (2011), o *Caso Damião Ximenes* é a primeira denúncia contra o Brasil julgada pela Corte Interamericana de Direitos Humanos, da Organização dos Estados Americanos (OEA). Damião Ximenes é morto, em 1999, na instituição psiquiátrica *Casa de Repouso Guararapes* (Sobral, CE) em que fora internado 4 dias antes por sua mãe durante um episódio de intensa agitação. De acordo com o que foi relato à Corte “Ele [Damião] veio até ela [mãe] caindo e com as mãos amarradas atrás, sangrando pelo nariz, com a cabeça toda inchada e com os olhos quase fechados, vindo a cair a seus pés, todo sujo, machucado e com cheiro de excrementos e urina. Que ele caiu a seus pés dizendo: polícia, polícia, polícia, e que ela não sabia o que fazer e que pedia que o desamarrassem. Que ele estava cheio de manchas roxas pelo corpo e com a cabeça tão inchada que nem parecia ele” (*apud* Rosato e Correia, 2011, p. 99). Diz-nos Piovesan (2012, p. 61): “A sentença constitui uma decisão paradigmática para a defesa dos direitos das pessoas com deficiência mental e para avanços na política pública de saúde mental”.



determinante “no sentido de o Brasil dar respostas à demanda internacional apresentada perante a CIDH no ano de 1999” como se depreende dos argumentos de defesa apresentados pelo então Coordenador Nacional de SM, Pedro Delgado (Rosato e Correia, 2011, p. 105). Delgado, em entrevista sobre os 10 anos da Lei, comenta a condenação na Corte Interamericana:

Lembro-me que, quando saiu a sentença meses depois do julgamento, uma advogada que participou da delegação brasileira me ligou bem cedo e disse, em uma frase de lógica improvável: saiu a condenação, mas nunca vi uma sentença condenatória tão favorável. É que a sentença condenava o Brasil, que já havia reconhecido sua responsabilidade, mas reconhecia os esforços pela garantia de não-repetição, o avanço da legislação brasileira, citado como único país da região das Américas que tinha uma lei baseada nos direitos dos usuários e familiares (Delgado, 2011, p. 119)

Mais do que os amplos DH (civis, políticos e sociais), a Lei n.º 10.216/2001 é focada na dimensão técnico-assistencial como resposta à denúncia feita à Organização dos Estados Americanos – OEA, e reforça a tese de que um dos elementos de redefinição do Campo é a introjeção da ideologia neoliberal e hegemonização do consenso em torno da reponsabilidade fiscal, da contenção de gastos e desoneração do Estado, da eficiência e gestão que produzem a “redefinição contemporânea da política como a arte da administração competente, ou seja, a política sem política” (Žižek, 2003, p. 25). Ianni (2014, p. 217) nos esclarece que “este e outros objetivos e meios inspirados no neoliberalismo impregnam tanto as práticas de empresas, corporações e conglomerados transnacionais como as práticas de governos nacionais e organizações multilaterais”. Segundo ele, os principais guardiães globais dos ideais e das práticas neoliberais tem orientado

(...) um processo transnacional de formação de consenso entre os guardiães da economia global. Este processo gera diretrizes consensuais, escoradas por uma ideologia da globalização, que são transmitidas aos canais de formulação das políticas de governo nacionais e de grandes corporações (idem, p. 217, grifo nosso).

São estes atores – Fundo Monetário Internacional (FMI), Banco Mundial (BM), OPAS, OMS etc. – que conformam o “discurso no qual as políticas são definidas, assim como os termos e os conceitos que circunscrevem o que pode ser pensado e feito. Também articulam as redes transnacionais que vinculam formuladores de políticas de país a país” (idem). Assim, o Estado burguês cumpre sua função não-declarada como espaço de realização do Capital, elo na “correia de transmissão da economia global à

economia nacional” (idem, p. 219), apesar de sua função *oficial* de defesa dos interesses coletivos e da soberania popular. Assim vemos a Declaração de Caracas (OPAS, 1990), principal referência jurídica internacional do Campo, colocando-se como documento técnico-emancipatório de “Reestruturação da Atenção Psiquiátrica dentro dos Sistemas Locais de Saúde”, em países subdesenvolvidos. Considerando que

2. Os Sistemas Locais de Saúde (SILOS) foram estabelecidos pelos países da região para facilitar a consecução dessa meta por oferecerem melhores condições para o desenvolvimento de programas baseados nas necessidades da população e com características descentralizadas, participativas e preventivas.

E defendendo relocação de custos e redução de gastos, saindo dos dispendiosos hospitais para “modelos alternativos centrados na comunidade e nas suas redes sociais”. Especificamente, quanto ao contexto da Saúde Pública no Brasil, Rizzotto (2012, p. 116) relata o envolvimento do BM no financiamento e formulação de políticas do setor, a partir dos anos 1990, propondo (i) redução do investimento em assistência médica, (ii) direcionamento da assistência pública para populações pobres e (iii) ênfase nas ações preventivas e na redução de fatores de risco. Navarro (1984) destaca que a reprodução do projeto neoliberal, na saúde, é protagonizada pela OMS com programas de controle populacional, transferências de tecnologias, autocuidado e resiliência, e parcerias apresentadas como solução para os amplos problemas ligados à saúde e à pobreza, que se colocam como propostas técnico-emancipatórias não-ideológicas e em nome dos DH. A Epicentria do CSMC tende a reforçar o discurso da neutralidade técnica e despolitiza estas interferências, reforçando seu lugar de discussão para técnicos, e naturalizando a entrada de interesses estranhos à Reforma, na formulação das políticas para o setor.

Exemplo ilustrativo atual desta redefinição da (ação) política virtualizada como *gestão competente*, que disputa modelos de gestão sob condições de neutralidade técnica, encontramos no manifesto lançado por lideranças e acadêmicos ligados aos movimentos pela Reforma<sup>87</sup>. Em resposta às alterações à PNSM aprovadas pela Resolução CIT n.º 32/2017, e após criticar o aumento de vagas para CTs e as constantes denúncias a violações de DH nestas instituições, questiona: “quais os estudos e

---

<sup>87</sup> Disponível em: <https://goo.gl/cAgDxj>. Acesso em jan. 2018.

evidências que sustentem esta necessidade? Quais os recursos destinados por vaga a cada instituição? O que sustenta a escolha de que estes recursos sejam destinados a estas instituições? Quais são as metas e mecanismos de monitoramento e avaliação envolvidos?” (idem). O questionamento que sucede às denúncias de violações a DH nas CTs não diz respeito a ideais éticos de justiça e dignidade, à proteção à vida, à liberdade e igualdade como direitos humanos fundamentais. Para se contrapor à ampliação de instituições de asilamento e de violência, o manifesto questiona estudos sobre a necessidade de ampliação de leitos, sobre destinação de recursos e metas de monitoramento e avaliação.

Em síntese, a transformação jurídico-política pretendia alterar o tratamento legal da loucura (civil, penal e administrativo) e criar espaços de inclusão pelo trabalho, produção e consumo, para o pleno exercício da cidadania. Contudo, não foi capaz de alterar o tratamento *jurídico* da loucura, ainda porque, virtualizando o Direito, abdicou da possibilidade de transformação jurídica efetiva. Alterou, contudo, as condições legais para acesso e tratamento, *cuj a eficácia social é incerta* e promoveu uma ampla produção sanitária regulatória. Não há disputa política reflexiva, não se tenta metamorfosear o Estado, mas apenas responder a conflitos distributivos ligados ao acesso, a mais e melhor técnica terapêutica, benefícios previdenciários e assim por diante. Amplia-se quem acessa a arquibancada, mas não se mexe nas regras do jogo.

Socialmente, intensifica e acelera o processo individualizatório, incorporada à dinâmica institucional de regulações direcionadas ao indivíduo e reforçando a dependência institucional. A despolitização da dimensão jurídico-política, reduzida a fundamento legal da dimensão técnico-assistencial contribui ainda para a medicalização e reafirma o monopólio do saber técnico-médico, não apenas pelas disposições legais<sup>88</sup>, mas por reafirma institucionalmente a natureza assistencial do Campo, e orientar o senso comum teórico dos atores, nesta direção.

---

<sup>88</sup> Cerca de 1/3 dos artigos da Lei n.º 10.216/2001 reafirmam o lugar central do médico: art. 2º, inc. V; art. 6º, 7º, 8º.

### ***Dimensão Sociocultural***

A transformação pretendida nas relações entre a sociedade e a loucura, como objetivo maior da Reforma, perdeu lugar para dimensão técnico-assistencial. Ao afirmar no plano do *dever-ser* a transformação sociocultural como finalidade, o CSMC se estrutura de forma bastante moderna, e pós-moderna no conteúdo – reiterando a falsa ideia de ruptura provocada pelo prefixo “pós” – entendo a transformação social como uma crescente evolução, mas promovida pela ação individual autônoma. Ele está imerso ideologia do progresso, uma quase *fórmula matemática autonomista-evolutiva*, pela qual, se satisfeitos determinados pré-requisitos, vai-se alcançar um determinado ideal de sociedade, *estado-final-de-coisas*, concebido aprioristicamente e atingido pela ação intencional, por um projeto de ação, um “eventual ponto culminante dos esforços correntes de construção da ordem, ponto no qual se deteriam – fosse ele um estado de ‘economia estável’, ‘de um sistema em equilíbrio’, de uma ‘sociedade justa’ ou um ‘código e ética racionais’ ” (Bauman, 2013, p. 69).

A tese das quatro dimensões, exposta no trabalho de Amarante (2008, p. 756-757), propõe esta *fórmula*, em uma espécie de *efeito dominó*: desmontando conceitualmente o modelo científico psiquiátrico tradicional, os conceito de alienação ou transtorno mental, de cura, correção e normalidade; seria redefinida “absolutamente” a organização e os princípios do cuidado em ambientes “abertos e comunitários” e, como “reflexo”, os serviços se voltariam para cuidar e acolher, para a “produção de subjetividade, de vida” e assim por diante Esta, por sua vez traria as condições para as práticas de uma determinada cidadania, entendida como “possibilidade de construir espaços reais de produção de possibilidades de vida”. O *estado-final-de-coisas* seria uma transformação “das relações que a sociedade, os sujeitos e as instituições estabeleceram com a loucura, com o louco e com a doença mental, conduzindo tais relações no sentido da superação dos estigmas, da segregação e da desqualificação dos sujeitos ou, ainda, no sentido de estabelecer com a loucura uma relação de coexistência, de troca, de solidariedade, de positividade e de cuidado” (idem, p. 758).

O que se vê, porém, na análise da literatura específica é a dimensão assistencial como princípio e fim deste *jogo de dominós*. Como se o Campo estivesse preso a um *loop infinito*<sup>89</sup> em que, apesar de identificar a finalidade de transformação sociocultural, nunca encontra as condições ideais, ou não admite transformações reais no seu objeto de intervenção, e segue orbitando em torno da produção de novas e melhores tecnologias de gestão e assistência.

Ainda quando se referem às mais relevantes ações socioculturais, esta toma a forma da produção artístico-cultural, a exemplo da “Rádio Tam-Tam” (Amarante, 1997). A perspectiva *pene*-gramsciana de transformação pela arte. Aqui também, o reducionismo empreendido pelo Campo redundava na virtualização da dimensão sociocultural, desprovida de seu conteúdo e seu alcance quanto aos modos de vida, produção de conhecimento, linguagem, hábitos, regras, leis e crenças ou ideologia que caracteriza determinada sociedade em sua historicidade própria.

Historicamente, viu-se reiteradamente a falência destes projetos a exemplo das “utopias até agora fracassadas de uma sociedade socialista” (Beck, 2012, p. 14). Na raiz deste pensamento está a máxima positivista “ordem e progresso”, o espírito da Modernidade industrial e sua busca por *colonizar o futuro* (Beck, 2002) em um darwinismo da ação individual que imagina ser “possível escrever a história em termos de evolução, ou ainda confundir ambas em benefício da segunda” (Foucault, 2000, p. 39). Esta *estratégia dominó* típica da sociedade industrial desconsidera as transformações *revolucionárias* promovidas pelas inovações tecnológicas (Beck-Gernsheim, 1995, 2002; Bezerra Jr., 2007; Beck, 2012; Whitaker, 2010), e o processo histórico-reflexivo do próprio Campo. Ignora a incontornabilidade das metamorfoses sociais, os efeitos colaterais não planejados (positivos e negativos) e a produção reflexiva de riscos pelas instituições modernas, às quais escampam para serem absorvidos individualmente (Beck e Beck-Gernsheim, 2002; Beck, 1995, 2010, 2012). Beck nos ensina que as transformações contemporâneas não têm ocorrido como projeto ideológico ou planejamento político, em grandes “votações controvertidas no

---

<sup>89</sup> *Loop*, do inglês, significa ciclo contínuo. A expressão *loop infinito* é um jargão da informática para designar um programa de computador que repete infinitamente, ou porque não há condição de parada ou porque a condição existe mas nunca é atingida. A metáfora nos pareceu bastante apropriada.

parlamento, antagonismos políticos programáticos ou sob a bandeira da mudança revolucionária” (2012, p. 15), mas silenciosamente, como efeitos cumulativos colaterais.

### 3.4. PRINCIPAIS CATEGORIAS CONCEITUAIS

Retomando uma crítica oriunda do próprio Campo, é necessário superar a percepção de certa “identidade conceitual” (Costa, 1980, p. 60), que leva ao emprego de categorias centrais ou significantes, sem a necessidade de consenso conceitual quanto a seu conteúdo ou significado – conceitos axiomáticos. Isto é, parafraseando Elias (1994, p. 13), como se estes significantes fossem “uma moeda cujo valor fosse conhecido e cujo conteúdo já não precisasse ser testado”. Contudo, a falta de consenso sobre significantes como “autonomia” ou “cidadania” implica em planejamentos, estabelecimento, estratégias, ações e resultados diversos para o Campo e os movimentos sociais. Não apenas diversos no entendimento entre diferentes políticas e estratégias, mas diversos entre formulações e proposições em diferentes momentos do Campo. Isso não implica em um imperativo de consenso unívoco e excludente, rígido e imutável, mas sinaliza a necessidade de problematização e coerência teórica e política.

Verificamos um delineamento bastante significativo que produz o que poderíamos chamar de uma “história oficial” da Reforma Psiquiátrica e que contribui para delimitação do atual momento do CSMC: desde a seleção específica de eventos e experiências, a uma maior ênfase em determinadas influências teóricas e práticas em detrimento de outras. O ano de 1987 marca a *inflexão sem ruptura* para a micropolítica e um alinhamento consistente com a difusão no Brasil, durante a década de 1970, da medicina comunitária, dos departamentos de medicina preventiva, e das reformas da medicina. Sinaliza e confirma, também na Saúde Mental, contradições apontadas por autores como Donnangelo (1979) e Arouca (2003) ou, especificamente, Basaglia (1975, 1979, 1985, 2010), Birman (1981, 1992) e Bezerra Jr. (1987, 1994, 2011). Críticas preteridas pelo Campos em favor das formulações de autores como Amarante e Rotelli.

Tem razão Birman (1992, p. 75) quando diz que “enunciar qualquer proposição sobre a reforma psiquiátrica é pensar nas condições concretas de possibilidade de funcionamento desse modelo teórico-político e nos seus limites,

considerando-se a história de suas transformações e os seus impasses”. E apesar da crítica pertinente sobre o equívoco de um pensamento restrito à assistência psiquiátrica, *há distância entre intenção e gesto* <sup>90</sup> e, empiricamente, a centralidade da dimensão técnico-assistencial é determinante também para o conteúdo de conceitos e categorias estruturantes do Campo. Esta era uma hipótese formulada por nossa experiência nos movimentos sociais e pelas leituras da literatura estendida, que foi confirmada empiricamente, pela análise da literatura específica: os conceitos mais frequentes e estruturantes do CSMC são marcados por aquilo designamos nesta tese como *Perspectiva Micropolítica*.

Nas próximas páginas discutiremos as principais categorias conceituais, e noções delas decorrentes, identificadas nas publicações da literatura específica e apresentadas no subcapítulo 2.4, dialogando com nossos referenciais teóricos e a literatura estendida do próprio Campo. Durante a elaboração da Tese, entendemos por bem discutir algumas categorias em outros subcapítulos, como reabilitação e contratualidade (subcapítulo 3.2) subjetividade e família (subcapítulo 4.1 e 4.2). Os demais foram agrupados neste subcapítulo e, dada sua interligação, chegamos a 4 agrupamentos categórico-conceituais: (1) Desinstitucionalização, Cotidiano e Singularidade; (2) Comunidade e Território e; (3) Cidadania e Autonomia.

#### 3.4.1. Desinstitucionalização e Cotidiano: a utopia *realizada*

A desinstitucionalização é um *conceito-instrumento* estruturante, entendido tanto como marco de ruptura epistemológica e de possibilidades de ação política – sobre isso já falamos a contento –, quanto para designar uma das principais estratégias assistenciais da Reforma: a desospitalização *qualificada*. Por isto, um *conceito-instrumento*. Segundo Amarante (1995, 1997) o termo surge na experiência estadunidense, sob vigência do *Kennedy Mental Health Act* de 1963, designando um conjunto de medidas de *desospitalização* (prevenção de internações, diminuição do tempo de internação, promoção de altas hospitalares). Em oposição a esta *desospitalização simples* (focada apenas na não-internação), a desinstitucionalização é

---

<sup>90</sup> *Fado tropical*, de Ruy Castro e Chico Buarque: “Se trago as mãos distantes do meu peito/ É que há distância entre intenção e gesto/ E se o meu coração nas mãos estreito,/ Me assombra a súbita impressão de incesto”.

identificada com as experiências italianas de Gorizia e, especialmente, Trieste. Estas não apenas desospitalizaram (promoveram a saída do HP) como trabalharam no reestabelecimento mental e social dos egressos, e construíram redes com serviços de base comunitária. Elas foram interpretadas pelo signo da *desconstrução e invenção cotidianas*.

Venturini (2016, p. 68), na mesma linha de Amarante, reputa a Rotelli (2001) a refundação do termo, ao “introduzir o conceito de ‘instituição inventada’ (...). Ele esclarece que não se pode chamar de desinstitucionalização uma ação que mantenha vivo o conjunto” múltiplo de aparatos psiquiátricos, construídos em torno da doença. Segundo Yasui (2008, p. 15)

O conceito de processo social complexo é central na análise que pretendo empreender. Rotelli (2001) utiliza-o para caracterizar a desinstitucionalização italiana e diferenciá-la da ocorrida na Europa e nos Estados Unidos que, para ele, reduziu-se a uma desospitalização, motivada especialmente pela necessidade de racionalização financeira e administrativa.

Há, portanto, um grau consiste de normatividade e *dever-ser* sobre as práticas, a partir da ideia de desinstitucionalização. Após 1987, o ideal de desinstitucionalização é equiparado à própria Reforma e redefine o CSMC, desde da resenha publicada por Amarante (1990) sobre o livro de Rotelli (2001), lançado naquele ano, originalmente. No conceito de desinstitucionalização é mais se pontuam os elementos da *Epicentria assistencial* a partir do cotidiano do ato de saúde, à criatividade e inovação.

Se a desinstitucionalização é o emprego único da Reforma, o cotidiano é seu universo – abusando das paráfrases a Machado de Assis. O cotidiano é a manifestação da dimensão assistencial, é o *onde e quando* do ato de saúde, é o reconhecimento da ação transformadora dos profissionais em oposição às estratégias *estruturantes demais* da trajetória sanitária da Reforma. Assim, é no cotidiano, escutando “as diversas singularidades a respeito do sujeito que sofre” (Amarante, 1995, p. 94), que será possível “desinstitucionalizar/desconstruir/construir”, inventar novas formas de lidar com a loucura e transcender a Psiquiatria tradicional (idem). Por esta razão, o cotidiano contaminará e promoverá a *virtualização* de outras categorias, a exemplo de comunidade, território e autonomia.



O cotidiano é percebido como totalidade da experiência, atravessada pelo ato de saúde, onde se restaurará o sentido totalizador da clínica centrada no indivíduo como motor de reprodução social, e a sociedade reduzida às relações microsociais cotidianas, de trocas afetiva e material (Rotelli, 1994; Lancetti, 2013; Garcia e Kinoshita, 2014; Kinoshita, 2016; Saraceno, 2016) das relações da vida privada. A vida social como vida cotidiana, e a reinserção social como reinserção nesse cotidiano. Assim, afirma Sales e Barros (2009, p. 310, apêndice 01):

Para Heller é na vida cotidiana que se produzem as relações sociais entre os homens, é na comunidade que o indivíduo se insere na sociedade, reproduzindo as atividades e cultura existentes. A cópia, a mimese, é a primeira forma de se relacionar e aprender possível ao homem. É por meio dessa reprodução do indivíduo que acontece a reprodução social.

O cotidiano microsocial do ato de saúde é percebido como aparente semelhante *Real* do Campo aquilo que Rotelli (2001) identifica com a *existência global complexa e concreta* dos pacientes em seu corpo social, onde se resgatariam “as vidas singulares dos sujeitos, suas vidas cotidianas e suas diferentes experiências” que teriam sido anuladas pela Psiquiatria manicomial (Amarante e Carvalho, 1996, p. 79, apêndice 01). É a convicção compartilhada do que se apresenta como real, como realidade, mas é a máscara que encobre o rosto do real. O cotidiano é, assim, o *semblante do real*, a “teatralização de um pedacinho do real, enquanto denegação deste mesmo real” (Badiou, 2017, p. 17-8), isto é, quanto mais o cotidiano é afirmado como a existência ou relações concretas do indivíduo em sociedade, mas se nega os amplos arranjos sociais e forças macropolíticas que estruturam este mesmo cotidiano. É por ser o *semblante do real* para o Campo, que em torno do cotidiano se busca as ações mais *paradigmáticas* e a ele que se creditarão as possibilidades mais *radicais* de ação. “A paixão pelo real é sempre a paixão pelo novo”, dirá Badiou (2007, p. 94), a encenação do real envolve a busca por inovação, por transformação, pelo novo que, contudo, “não muda em nada a distribuição de poder” (Žižek, 2011, p. 58).

Portanto, é no cotidiano que se realizará a *revolução* e a transformação social a partir do ato de saúde (Costa-Rosa, Luzio e Yasui, 2001, apêndice 01; Wetzell e Almeida, 2011, apêndice 01) e onde se construirá a utopia (Amarante e Torre, 2001, apêndice 01; Luchmann e Rodrigues, 2007, apêndice 01; Costa *et al*, 2011, apêndice 01; Pitta, 2011, apêndice 01). Uma utopia de transformação social feita e refeita em

“rebeldias cotidianas, revoluções moleculares” (Quintas e Amarante, 2008, p. 106, apêndice 01), e que que consiste ela própria em uma *utopia técnico-assistencial*: equidade de atendimento é a utopia perseguida para Pitta e Dallari (1992, apêndice 01) ou a aplicação das diretrizes e propostas da Reforma, como políticas de formação permanente e de modelos de gestão participativa (Luzio e L’Abbate, 2009, apêndice 01).

Como *semblante do real* do Campo, o cotidiano aparece como uma *realidade impositiva* “a ponto de não se poder imaginar uma ação coletiva racional cujo ponto de partida não seja aceitar essa imposição” – aproximando nossa reflexão e as de Badiou (2017, p. 7, *sic.*) –, a ponto de não haver possibilidade de ação sem considerar o cotidiano como “um verdadeiro real, autêntico e concreto” a partir do qual se parte necessária e inevitavelmente. Mas, *in contrario sensu*, o cotidiano enquanto espaço-tempo de realização da Reforma, virtualiza as expectativas transformadoras do Campo. A política e o direito, virtualizados como “a arte da administração competente, ou seja, a política sem política” (Žižek, 2003, p. 25), traduzem também a revolução sem transformação e a utopia como defesa alienante de um lugar-situação *existente* e ao mesmo tempo futuro, em eterna construção pela *utopia da Reforma Psiquiátrica* (Pitta, 2011, apêndice 01) que aguarda (sempre) uma conjuntura mais favorável para ser implementada. O horizonte de reais transformações no CSMC é virtualizado na medida em que aponta, justamente, ora para a conservação de um *lugar já existente, mas futuro*: as políticas e serviços implementados, a sociedade como está, porém, mais tolerante à loucura *adaptada* A outra hipótese é da utopia que aponta para uma situação ideal e por isso inatingível, que reduz a *slogan* as bandeiras do Campo e aliena suas bases de ação social.

A ética da singularidade que atravessa o cotidiano age como um *esvaziador* da noção de prática manicomial, que orienta a ação do CSMC. Aquilo que Žižek (2013, p. 10) chama de “esquerda desconstrucionista pós-moderna” se aplica ao movimento do Campo que passa do combate à violência sobre o corpo e do asilamento da Psiquiatria da exclusão, para a crítica ao não-reconhecimento das singularidades e das diferenças, a partir das reflexões de Rotelli e Amarante. Parafraseando Žižek, “qualquer pensamento que não endosse o mantra da contingência/deslocamento/finitude é considerado

potencialmente totalitário” (idem), poderíamos dizer que *qualquer pensamento que não endosse o mantra da singularidade é considerado potencialmente manicomial*.

A crítica ao não-reconhecimento da singularidade transfigura a noção de prática manicomial, que até final da década de 1980 designava a ação psiquiátrica sob o mandato da violência original que a sociedade não pode exercer diretamente (Basaglia, 1985), a dissimulação da luta de classes na manutenção de determinados grupos no poder político-econômico por meio do exercício biopolítico da medicalização. Isto está sobre bases da transformação de um Campo com ideários revolucionários e de transformação radical da sociedade, em uma ampla discussão sobre inclusão na sociedade, adaptação ao mercado de trabalho e ao circuito do consumo, e melhoramento da assistência psiquiátrica.

O que se percebe é que o CSMC segue as transformações dos demais movimentos de esquerdas que assumem, cada vez mais, uma retórica alinhada com a liberdade e a escolha individuais, tradicionalmente atribuída ao registro da direita. A defesa de direitos individuais e liberdade ligados à sexualidade e gênero, e uso de drogas pautam o debate dos grupos progressistas. A dimensão da luta coletiva, que caracterizava a esquerda tradicional, perde espaço para a afirmação da individualidade, da diferença-singularidade e às noções de lugar de fala e empoderamento. Para Žižek (2011, pp. 47) “o principal problema das formas da chamada ‘política de identidade’ é que elas se concentram nas identidades ‘privadas’; o horizonte final é o da tolerância e da mescla dessas identidades”. Perde-se a dimensão do *comum*, “toda universalidade, toda característica que percorra o campo por inteiro é rejeitada como opressora”, isto é, *o reconhecimento de uma opressão de cunho coletiva é entendido como anulação ou não reconhecimento da opressão individual e, portanto, é rejeitada*.

A *ética da singularidade* torna inviável a dimensão do comum. As opressões estruturais, que na sociedade industrial uniriam oprimidos de um lado e opressores de outro (Basaglia, 1979, 1985), são preteridas em nome da experiência individual e particular que não permite a coletivização da reflexão e ação políticas. O lugar de fala e a defesa de protagonismos partem da premissa de que “a autoridade é conferida (apenas) aos que falam da posição de vítima” (Žižek, 2003, p. 14), da pessoa que sofre, direta e individualmente, a violência específica. Então, um homem não pode

lutar pelo feminismo, apenas a mulher. A mulher branca, por sua vez, não pode lutar contra o racismo ou mesmo pelo feminismo, pois a tessitura das opressões levaria a uma perda de protagonismo da mulher negra, que demanda um feminismo negro. Por sua vez, a mulher negra de classe média conhece alguma dimensão da opressão, mas não pode se colocar no lugar da vivência particular da mulher negra *periférica*. As experiências da alteridade e do comum são bloqueadas. Dar voz a um indivíduo, significa silenciar os demais e, neste contexto, *lugar de fala* significa quem (não) pode falar e onde: apenas a mulher falará sobre o machismo, mas apenas sobre o machismo. Não poderá falar sobre a violência contra a mulher negra, pois este lugar é da pessoa negra. Por sua vez, há um reconhecimento de *autoridade axiomática*, sem necessidade de justificação, há um deslocamento dos pressupostos de validade e fundamentos de verdade do discurso para o emissor: importa mais *quem* fala do que *aquilo* que se fala. Por exemplo, um jovem negro está legitimado a dizer que não existe racismo e que políticas compensatórias, como as cotas raciais em universidades públicas, são prejudiciais<sup>91</sup>. Sua autoridade identitária o autoriza a proferir individualmente a verdade, ainda que contra demandas históricas dos coletivos negros brasileiros.

Isto em grande medida é responsabilidade dos grupos identificados à esquerda, que seguem individualizando as possibilidades de ação política com um vasto *menu* de opressões e lugares de fala, que disputam a autoridade e protagonismo, sopesando opressões. Se, como disse Žižek, a autoridade advém do lugar de vítima da opressão, disputa-se o lugar de mais oprimido-vitimado: quem é mais oprimido, o homem negro ou a mulher branca? Qual opressão é maior, racismo ou machismo? Sob a bandeira de universalizar direitos e reconhecer diferenças e minorias, adotou-se o discurso neoliberal-*thatcherista* de que não há experiência coletiva, não há sociedade, há apenas indivíduos. Para Hobsbawm este é um ponto de inflexão da esquerda, onde *a luta por liberdade individual se opõe à luta por liberdade coletiva*. Há um esvaziamento ou virtualização da política (uma política sem política), à medida que a “política democrática só existe em função e na medida em que é possível organizar os indivíduos e fazer com que atuem coletivamente” (Hobsbawm, 2009, p. 99). O empoderamento e reconhecimento de minorias foram reinterpretados por um viés

---

<sup>91</sup> Como faz o Vereador Fernando Holiday, eleito pelo Partido Democratas. Disponível em <https://goo.gl/4M6pUX>. Acesso em set. 2017.

individualista e liberal (Fraser, 2013). A ética da singularidade no espectro da esquerda e a refundação neoliberal da igualdade, combinadas, colocam sob suspeita a sentença de Bobbio (2001) de que é a luta pela liberdade que caracteriza, distingue e delimita a esquerda.

Neste sentido, a bandeira da participação se converte em responsabilização da comunidade e da família que passam por um *rebranding* e se tornam *parceiras* dos novos serviços e provedoras de cuidado (Rosa, 2004; Mielke et al, 2009; Wunsch e Luchese, 2010), alinhada aos ditames de órgãos internacionais de financiamento, como a OPAS. A democratização dos serviços também é apropriada e ressignificada no registro neoliberal, como hiper-exploração dos trabalhadores que se tornam agentes da Reforma e são convocados a serem inovadores, alegres, resilientes, corresponsáveis e assim por diante. A cogestão ou responsabilização (Amarante, Carvalho, 1996, apêndice 01; Onocko-Campos, 2001, apêndice 01; Torre e Amarante, 2001, apêndice 01; Pitiá, 2005, apêndice 01) assume o lugar do comando centralizado e hierárquico, com profissionais *alegres* e engajados na luta antimanicomial (Merhy, 2007) voltados para a produção de vida e subjetividade e orientados pelas lideranças do Campo. Esta é a forma como o sucesso do Capitalismo Ocidental – na forma da modernização reflexiva e da individualização – ratifica o SUS como espaço de realização do Capital e produção de saúde-mercadoria, sob a orientação dos atores globais do neoliberalismo (Navarro, 1984; Rizzotto, 2012; Ianni, 2014). Os projetos técnico-emancipatórios da Reforma, assim, contribuíram para a apropriação de bandeiras típicas da esquerda brasileira e para o Capitalismo ser “transformando e legitimado como projeto igualitário: a acentuar a interação autopoietica e a auto-organização espontânea [criativa], acabou usurpando da extrema esquerda a retórica da autogestão dos trabalhadores, transformando o lema anticapitalista em capitalista” (Žižek, 2011, p. 53).

Já o discurso neoliberal, que orienta a chamada direita, incorpora progressivamente a agenda das identidades privadas-particulares: “Ideais como diversidade e empoderamento, que poderiam em princípio servir a diferentes fins, hoje dão brilho a políticas que destruíram a indústria e tudo aquilo que antes fazia parte da vida da classe média” (Fraser, 2013). É este aparente oxímoro que Fraser denomina de *neoliberalismo progressista*, resultado de uma esquerda que perde sua crítica estrutural,

convertendo-se em movimentos identitários (feminismo, antirracismo, multiculturalismo e direitos LGBT) unidos ao *stablishment* financeiro e político. Nos EUA, Clinton forjou a nova aliança entre empresários, a classe média, movimentos sociais e juventude, em torno da diversidade, do multiculturalismo e dos direitos das mulheres. “Continuadas por seus sucessores, incluindo Barack Obama, as políticas de Clinton degradaram as condições de vida de toda a classe trabalhadora, mas especialmente a dos funcionários do setor industrial” (idem). No Brasil, pesquisas<sup>92</sup> demonstram que em manifestações identificadas com a direita, havia um apoio substancial aos direitos individuais ligados à mulher, à sexualidade e liberação das drogas (bandeiras da esquerda).

Este é um mote comum no CSMC, em que violações a DH contra usuários de drogas, por exemplo, são parcializadas como ações manicomiais ou *proibicionistas*<sup>93</sup>. O coletiva “A Craco Resiste”, por exemplo, caracteriza-se como “antiproibicionista, abolicionista penal e, antes de tudo, antimoralista”<sup>94</sup>. Perde-se de vista a universalidade dos DH enquanto uma violação que atinge o gênero humano como um todo e que, por isso, deve ser genérica e universalmente repudiada (Habermas, 2012). Fala-se então em uma violência individualizada, específica de determinado grupo, em uma dinâmica distinta daquela apresentada por Bobbio (1992) como “multiplicação de direitos”. No fenômeno descrito por Bobbio, trata-se de reconhecer especificidades que conformam o exercício dos direitos – na concepção aristotélica de igualdade material com reconhecimento de diferenças –, mas a natureza política não se altera: é uma disputa pelos limites do poder e atuação do Estado, sobre aquilo que ele *deve fazer* (proteção

---

<sup>92</sup> Disponível em: <https://goo.gl/eY6M19>. Acesso em ago. 2017.

<sup>93</sup> Muitos grupos que se mobilizam pela legalização de drogas ilícitas caracterizam-se como *antiproibicionistas* (contrários à proibição do uso de drogas) e *abolicionistas penais* (contrários à criminalização). O *abolicionismo penal* é a linha mais radical de corrente teóricas do Direito que defendem a descriminalização de condutas individuais ou coletivas, entendendo que o Direito Penal como *ultima ratio* do Estado, isto é a última hipótese ou opção de intervenção do Estado. Isto não quer dizer que defendam a liberalização ou anomia punitiva, mas que outras formas de responsabilização sejam empregadas. Por exemplo, indenizações na esfera civil, multas administrativas ou perda de direitos. As punições da esfera penal são entendidas como a maior violência legal que pode ser aplicada pela Estado Juiz, devendo ser radicalmente limitadas ou reduzidas. Linhas mais moderadas falam em *reduccionismo penal*. Todas se filiam a um entendimento da supremacia da liberdade individual sobre as possibilidades de regulação *punitiva* do Estado, orientando-se pela princípio da Intervenção Mínima.

<sup>94</sup> Informações extraídas da página virtual *Medium*. Disponível em <https://goo.gl/68ZRXt>. Acesso em 07. Set. 2017.

social), o que *não deve fazer* (liberdades civis) e aquilo a que o Estado deve se *submeter*: a soberania popular (direitos políticos).

No pós-Revolução Francesa, emergiu a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão (1789) sob o princípio de que “toda a soberania reside, essencialmente, na nação” (art. 3º). A cidadania era, assim, a inscrição do indivíduo sob o poder do Estado-Nação. A mesma relação se aplicava quando o Terceiro Reich, antes de aplicar a *solução final*, despia o indivíduo de sua cidadania. Na Declaração Universal de Direitos Humanos - DUDH (1948) que buscou se contrapor ao Holocausto nazista, a supremacia da universalidade imprimia a Dignidade como valor universal do gênero humano. O reconhecimento da diferença marcou a passagem do “homem genérico – homem enquanto homem – para o homem específico, ou tomando a diversidade de seus diversos *status* sociais” (Bobbio, 1992, p. 69). A *singularização* dos DH vai, contudo, em outro sentido: assume o indivíduo como uma autarquia ou um *Robinson Crusóe* (Marx, 2013). No lugar de um indivíduo em suas diferentes inscrições sociais, a *singularidade* naturaliza a condição humana, produzindo um entendimento ontológico, a-histórico e não-social do indivíduo. É o indivíduo autopoietico, consciente e volitivo, reificado em um falso autonomismo perverso e fetichizado, cujas formas de vida devem *a priori* ser toleradas, pois toda forma de vida *vale a pena*.

Enquanto se luta contra um Estado-Leviatã que já não há, reforça-se a individualização dos riscos e dissolvem-se as proteções coletivas, direcionando a regulação estatal cada vez mais para os indivíduos isolados. Esta singularização é o ponto culminante do projeto moderno ocidental, filho dileto e pródigo (reflexivo) do bem-sucedido casamento entre a Modernidade e o Capitalismo: dos Direitos do Cidadão ao *direito das singularidades* em que não há coletivos, mas apenas indivíduos singulares e autônomos. A concepção de DH como valor universal ressoava com os sinos de John Donne, que diz nenhum homem é uma ilha, isolado em si mesmo; todos são parte do continente “a morte de qualquer homem me diminui, porque sou parte da humanidade; e por isso, nunca procure saber por quem os sinos dobram, eles dobram por vocês” (*apud* Sperber, 2010)<sup>95</sup>. Agora é preciso perguntar não apenas por quem os

---

<sup>95</sup> Disponível em <https://goo.gl/Daz7Nj>. Acesso em set. 2017.

sinos dobram, mas quem os badala e se quem os badala tem legitimidade identitária ou se está ocupando o lugar de falar d'outrem e assim por diante. A defesa de direitos dos movimentos do espectro da esquerda encontra a formulação neoliberal de Margareth Thatcher. Há, assim, uma dissolução da política e de sua qualidade metamorfoseadora (Beck, 2012), em nome dos DH.

Este é um traço distintivo da matriz rotelliana do CSMC e da *perspectiva micropolítica*, com ações reformistas e adaptativas, com seu “progressismo de melhoria”, que não tenciona as dinâmicas de poder, mas busca um usuário mais adaptado à sociedade do consumo e uma sociedade mais tolerante à diferença. Nessa conciliação *barroca* à brasileira, o CSMC mantém uma autoimagem de esquerda revolucionária, mas que é formulada sob bases ideológicas neoliberais e conservadoras.

#### 3.4.2. Comunidade e Território: do Estado-nação à transnacionalidade

Birman e Freire Costa (1994, p. 60) ao analisarem a Psiquiatria Preventiva sinalizam, entre outras questões importantes, uma atuação sem base teórica sólida que, em nome da prevenção e promoção da SM, promove uma psiquiatrização da vida social: “Objetiva-se entrar nas instituições sociais e culturais da ‘Comunidade’, com os instrumentos psiquiátricos, para promover a Saúde Mental. Todos os espaços sociais tornam-se passíveis de poder adoecer e são potencialmente objeto da psiquiatrização da comunidade”. Em meados da década de 1970, os autores identificavam o entendimento unânime da Psiquiatria, quanto à comunidade como lugar de atuação psiquiátrica (o texto é, originalmente, de 1976).

Há um entendimento majoritário de que a comunidade é um espaço de interesse para o processo saúde-doença mental, fator promotor da qualidade de vida e cujos *recursos* devem ser explorados tornando a comunidade uma *parceira* dos serviços de assistência à SM. Confrontados com a complexidade do sofrimento mental, os recursos da comunidade podem solucionar “a irresolutividade dos tratamentos” (Danese e Furegata, 2001, p. 74, apêndice 01). Os recursos assistenciais da comunidade devem ser disponibilizados para superar os “os entraves para a consolidação da reforma psiquiátrica brasileira”, causado por fatores como “os estigmas sociais existentes sobre a doença mental; o despreparo da família em lidar com o doente mental; a má utilização



dos recursos assistenciais na comunidade” (Vianna e Barros, 2005, p. 33, apêndice 01). Não há aqui novidade substancial, mas confirma a permanência da matriz preventivista-comunitária, no CSMC. Como nos diz Donnangelo (1979, p. 72-3, grifo nosso):

A ‘pobreza’ constitui, por excelência, o objeto atribuído à medicina através do novo projeto [Medicina Preventiva]. A recente adjetivação, por sua vez, indica, a um só tempo um lugar de exercício da prática e uma conceptualização do social que aponta para aquele objeto, definindo-o primeiro, diluindo-o em seguida a noção de comunidade que, seja ou não preexistente, deve ser criada ou recriada, e que, finalmente, fundamenta propostas de interferência sobre o objeto. Em uma de suas dimensões, essas propostas incidem sobre o princípio da ‘participação comunitária’ como forma de superação dos problemas sociais identificados e formalizados através desse específico aparato conceitual. Extensão de serviços médicos, através da ‘simplificação-ampliação’ das técnicas em jogo, com a participação da comunidade, são os termos que compõem basicamente o campo da Medicina Comunitária.

A comunidade é o contraponto do HP. Se a Psiquiatria tradicional tem no HP seu lugar, por excelência, de atuação; a Comunidade é onde a Reforma produzirá vida e subjetividade. Há, neste sentido, um alinhamento do CSMC com a matriz da Psiquiatria Preventiva. Contudo, na perspectiva pós-87, a comunidade assume mais um lugar de *agente* do que de *objeto* da assistência, ressoando a agenda de reformas para a América Latina, proposta por órgãos internacionais de financiamento, para construção de serviços destinados aos pobres, e transferindo para o indivíduo, a família ou a comunidade a responsabilidade eficácia das políticas públicas (Rizzotto, 2012).

Segundo o MS (Brasil, 2013, p. 33), a comunidade “engloba cada pessoa em suas famílias e em outras redes de relações como: ruas, escolas, templos religiosos, parques, sistema político, financeiro etc.” Contudo, o Campo promove uma *virtualização* também da comunidade. Se, como afirma Donnangelo (1979, p. 92), a Medicina Comunitária reduz a Sociedade à Comunidade, “um espaço homogêneo o que, se do ponto de vista da apreensão e explicação do real corresponde não apenas a uma evidente simplificação, mas sobretudo a um mascaramento das determinações ou diferenciações sociais básicas”; o CSMC radicaliza a redução a partir do cotidiano individual e reduz a comunidade ao bairro, à família, aos amigos íntimos. A comunidade e a localidade tornam-se dimensões indistintas (Pitta e Dallari, 1992, apêndice 01; Viana e Barros, 2005, apêndice 01; Kelsen e Carvalho, 2008, apêndice 01; Menezes e Yasui, 2009, apêndice 01)

A comunidade é encarnada nos vizinhos que visitam ou são visitados pelos moradores de SRT, às ruas por onde transita o usuário, ou o entorno social mais próximo (Oliveira, Padilha e Oliveira, 2011, apêndice 01; Silva, 2009; Quinderé et al, 2010, apêndice 01; Jorge e Senna, 2011, apêndice 01). É a virtualização da comunidade que está na base das formulações de Saraceno (2016), para quem os espaços de troca em comunidade são o “supermercado, onde há mercadorias a serem compradas e consumidas, espaço social onde temos as relações” (Saraceno, 2016, p. 22).

A re-conformação individual da comunidade repercute na noção de território quanto ao serviço e ao usuário. Do ponto de vista dos serviços, tem múltiplos significados como (i) o espaço de atuação da Reforma, contraposto ao HP – então os serviços territoriais são aqueles extra-hospitalares – e também se refere (ii) aos limites territoriais de implementação e atuação de serviços assistenciais: território como o espaço de abrangência dos serviços, de atuação da Estratégia Saúde da Família - ESF e do Agente Comunitário de Saúde, ou do CAPS, por exemplo, e (iii) o *fora* do serviço, o serviço *no* território é a saída para atuar *no social*, no bairro. Pressupõe um social que é externo ao serviço, acessório. É possível atuar dentro ou fora da sociedade conforme se está fora ou dentro do serviço, respectivamente. Do ponto de vista do usuário, são os trajetos que este percorre cotidianamente, os lugares que visita no bairro, ou na cidade, onde faz compras, onde come, com quem conversa. Face à supremacia do indivíduo singular e autônomo, a comunidade se torna uma dimensão particular, um modo individual e *singular* de ser e estar no bairro em que se habita. Duas questões críticas se colocam nesta perspectiva assumida pelo CSMC: primeiramente, a redução para dimensão cotidiana (problemática, como vimos) atomizada e focando no usuário individualmente. A comunidade perde seu caráter *coletivo*. O segundo aspecto problemático é que esse território é sempre pensando em termos de recursos terapêuticos potenciais, convertendo o “território-existencial” (Brasil, 2013) em um “território de organização assistencial”, medicalizado e *gerencializado*.

A virtualização da comunidade, convertida em *bairro* e esfera íntima e particular, perde de vista as desigualdades e opressões sociais, os conflitos e as redes sociais mais abrangentes, ou regulações institucionais que afetam e definem, de fora, a vida em comunidade. A comunidade que idealmente é pensada como promotora de

laços sociais e de *comum*, ao ser *virtualizada* contribui reflexivamente para a *dissolução do comum* e das possibilidades de segurança ou solidariedade comunais. A comunidade faz parte das formas sociais e modos culturais da sociedade industrial “cuja substância é gradualmente exaurida no curso da modernização”<sup>96</sup> (Beck, 1998, p. 32). Com isso, alimenta-se o motor individualizatório, alinhando-se à matriz preventivista da Psiquiatria, e depositando sobre o indivíduo e seu estilo de vida a responsabilidade pelos riscos que o podem atingir. A nostalgia de formas mais comunitárias e coletivas, que atravessa o Campo, não o impede de promover a dissolução do que resta destas mesmas formas sociais. Comunidades que não são perdidas pela desigualdade social, as migrações, “consumismo; as mudanças nos valores tradicionais; as sociedades em situação de conflito ou pós-conflito; a urbanização rápida; o colapso do respeito à lei e a economia local baseada nas drogas” (Brasil, 2013, p. 35), mas como efeito colateral do bem-sucedido projeto de institucionalização da Reforma como PNSM.

A virtualização da comunidade contribui para generalização do *fetichismo autárquico* e do *do-it-yourself biographies* e as ego-culturas (Beck e Beck-Gernsheim, 2002), quando pensa a comunidade a partir do indivíduo e não o indivíduo em seu contexto social. Inverte-se a impressão que se tem, em um primeiro momento, da premissa do sofrimento individual *no corpo social*, transformada em *corpo social sem substância social e delimitado pelo cotidiano individual*. O pensamento do CSMC também *estanca* (Elias, 1994) e resta cego às novas *comunidades* – por falta de melhor expressão – que são produzidas no processo de individualização. Lembremos que a Individualização não é apenas a dissolução de formas modernas, mas também a emergência de novas formas sociais não-tradicionais. Não é marcada apenas pelos efeitos colaterais negativos indesejados, mas também os efeitos não planejados positivos do processo de modernização.

Há novas formas de *comunidade* que são produzidas pela individualização, e que não estão contempladas pelo bairro-localidade. *Comunidades* que se estruturam em torno de identidades, interesses subpolíticos, riscos, pelas *redes sociais* e *fóruns*

---

<sup>96</sup> Liv. Trad. do original “industrial Society this presumes resources of nature and culture, whose existence it builds upon, but whose substance is gradually used up in the course of modernizations as it becomes established”.

*eletrônicos*. Outro fenômeno relevante, mas que passa ao largo do Campo diz respeito a um grupo particularmente vulnerável à experiência de crise e sofrimento: os imigrantes e os indivíduos transnacionais, cujos laços comunitários não estão delimitados pelas fronteiras do Estado-nação (tampouco pelos bairros e trajetos da cidade) e que estabelecem conexões globais mesmo no registro familiar. Como nos explica Beck (1998), a relação entre comunidade e localidade se transformou: podemos tanto ter localidade sem comunidade, e comunidades transnacionais ou *digitais* sem localidade.

Segundo dados do Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados - ACNUR (2015), até outubro de 2014, havia 7.289 refugiados reconhecidos no Brasil de 81 nacionalidades. Somam-se a esse número, os mais de 39 mil migrantes haitianos que chegaram ao Brasil desde o terremoto de 2010 até setembro de 2014. Assim também, migrantes do Senegal, Gana e Nigéria intensificam o chamado “fluxo misto” de migração por causas econômicas e uma minoria de refugiados *stricto sensu*. O indivíduo transnacional – que morando e produzindo, por exemplo, no Brasil, contribui com a economia do seu país de origem e mantendo, neste, seus familiares, de identidade étnica, de história comunidade. As *comunidades sem local* estão também ligadas à subpolítica do engajamento globalizado: mobilizações globais em torno do autismo e da neurodiversidade constituem-se como verdadeiras *comunidades (políticas) transnacionais* (Beck, 1998) que não estão vinculadas a um determinado local ou nacionalidade, mas em torno de conflitos e riscos vinculados a características sociais identitário-individuais, como a chamada deficiência (*desability*).

É posto em cheque o consenso de que o *sentimento de comunidade* e o *engajamento político* se realizam em fronteiras territoriais específicas. Categorias essenciais do Estado-nação, bem como os projetos emancipatórios ligados aos DH e à cidadania precisam ser repensados à luz de comunidades (culturais) transnacionais e do engajamento (*comunidades políticas*) transnacional, vividas e exercido, simultaneamente, em toda parte e em lugar algum.

### 3.4.3. Cidadania e Autonomia: *As santas n’altar*

Há uma reiterada discussão normativa sobre cidadania e loucura. Diferentes dimensões da cidadania como conceito, exercício e *status*; diferentes tipologias como

aquelas propostas por Costa (2016); perspectivas jurídica, social, política e ética. Considerando a loucura, o Campo tece considerações sobre a possibilidade e a razoabilidade do exercício da cidadania, qual seria a cidadania adequada à loucura, possível e desejável. As diversas transformações jurídico-políticas necessárias à transformação das relações entre sociedade e loucura e as formas de produzir a cidadania desejável. Diferentes sentidos são associados à cidadania: tratamento jurídico-estatal, reconhecimento da singularidade, inclusão social, saúde, acesso, microcosmo cotidiano, avaliação dos serviços e direito a ter direitos e assim por diante. Não pretendemos engrossar estas fileiras e afirmar prescritivamente um dever-ser da cidadania e autonomia, que são equiparadas pelo Campo em determinados contextos (Couto e Alberti, 2008, apêndice 01; Silva, 2009, apêndice 01; Jorge *et al*, 2011, apêndice 01). Nosso objetivo, aqui, é identificar o que o Campo entende por cidadania para pensar as relações contemporâneas entre loucura, sociedade e Psiquiatria.

Ao nos depararmos com a ampla polissemia com que a literatura específica se refere à cidadania pensamos, e agora propomos, o conceito de *cidadania alegórica*. *Não* se trata do *alegórico* como *falso*, ou mera representação e fantasia “de papel crepom e prata”, como no verso de Caetano em “Tropicália” – uma música que faz uso da alegoria como figura de linguagem. Por *cidadania alegórica*<sup>97</sup> nos referimos às elaborações do CSMC sobre a cidadania, que se caracterizam pela reificação, fragmentação e antinomia (contradições), e pela construção imagética em que diversos significados são atribuídos a um mesmo signo. É justamente o fato de a categoria cidadania aparecer como *cidadania alegórica*, que nos impede de falar em *virtualização*, porque apesar de termos referenciais teóricos (diversos) sobre a cidadania, no CSMC ela não assume um *dever-ser* majoritário, não há um núcleo fundamental a ser virtualizado. Isto não quer dizer, contudo, que não possa ser delimitada, em termos gerais, e problematizada. O consenso geral é de que a cidadania é um atributo que *falta* ao louco, à pessoa com *transtorno mental*, nos termos da Lei n.º 10.216/2001. Uma vez que a Reforma é pensada a partir de dimensões de transformação

---

<sup>97</sup> Dialogamos aqui com a teoria da Alegoria formulada por Benjamin (2013, p. 199) que ao analisar as origens do drama alemão desenvolve sua teoria da construção alegórica do discurso, caracterizada como (i) imagético, (ii) antinômico e fragmentário, e (iii) reificado, isto é, a alegoria privilegia “a coisa face à pessoa, o fragmentário à totalidade”.

(desconstrução/desinstitucionalização) do aparato institucional construído, em torno da doença mental, pela Psiquiatria manicomial – aquela que reconhece a diferença e a singularidade da loucura (Amarante e Carvalho, 1996, apêndice 01); é também nesta chave analítica que pensaremos a cidadania para o CSMC e as questões que se colocam para o reconhecimento da especificidade da *cidadania louca*:

1. O que deve ser transformado?
2. Qual é o conteúdo a ser transformado?
3. Qual é o agente desta transformação?
4. Onde e como se dará a transformação?

Sob uma perspectiva jurídico-legal, estas questões são pensadas quanto à necessidade de transformar o tratamento legal da loucura. Para Delgado (1992, apêndice 01), a Reforma deve ser mais do que a extensão igualitária dos serviços, colocando a problemática “que tipo de cidadão é o louco”. Alinhado à discussão de Marshall<sup>98</sup> (1967), Delgado pensa a cidadania como direito a ter direitos em 03 dimensões: direito social à assistência, relação entre a loucura e a justiça penal (periculosidade e inimputabilidade) e os direitos civis como a questão central do “cidadão louco”.

Esta perspectiva jurídico-legal é potencializada pelo PL 3.657/1989. O agente da mudança são os movimentos e o espaço de promoção desta transformação, necessariamente, é o Estado-Legislator. O debate e segue presente na produção do Campo, com alguma relevância até a promulgação da Lei 10.216, em 2001, abordando as iniciativas municipais e estaduais que mimetizam o PL Paulo Delgado, alavancando as transformações técnico-assistenciais, com respaldo legal. Depois de 2001, esta perspectiva vai, progressivamente, perdendo fôlego e se rarefazendo. A identificação da especificidade da cidadania *louca* está colocada, e se assume a necessidade de uma cidadania intermediária, tutelada, possível. Outro ponto importante é a desospitalização,

---

<sup>98</sup> Marshall assume uma leitura evolucionista da cidadania em gerações (civil, política e social), como uma espécie de descrição pós-factual da experiência inglesa. Insuficiente para explicar fenômenos contemporâneos como a supressão *democrática* de direitos já conquistados (políticas de austeridade, políticas higienistas contra populações vulneráveis, ou a supressão de direitos pós 11/setembro, nos EUA), ou porque os direitos políticos e civis das pessoas com transtornos mentais só foram reconhecidos, no Brasil, 27 anos depois da CF/1988, com o Estatuto da PcD. Ou o porquê da inversão das gerações de direitos de Marshall, no Brasil (Carvalho, 2016).

fim dos manicômios e garantir a presença e assistência ao louco *em sociedade*. Não estava no horizonte o exercício pleno da cidadania (aqui entendida como direito a ter direitos), nem a capacidade jurídico-política, mesmo depois de promulgada a *Constituição Cidadã*. Em contrapartida, coloca-se a importância da participação popular na formulação das políticas assistenciais - sem remeter, especificamente, à participação do *cidadão louco*, mas a participação popular genericamente atribuída ao cidadão.

Concomitantemente, o debate da dimensão micro de realização da cidadania. O objeto a ser transformado eram as formas de acesso e os modos da terapia e o agente da transformação é o técnico (profissional e gestor). A especificidade da loucura é pensada com relação ao ato de saúde e em termos de equidade e de ampliação de direitos: “Resta para os trabalhadores de saúde, autoridades sanitárias, consumidores das instituições de saúde, cidadãos, enfim, o desafio de ser verdadeiramente equitativo” (Pitta e Dallari, 1992, p. 21, apêndice 01). A cidadania também é pensada como direito a ter direitos e quanto mais direitos reconhecidos individualmente “corresponde o aumento da possibilidade de conflitos relacionados aos direitos deferidos à sociedade” (idem), e os direitos em questão são aqueles ligados à assistência.

Aqui o cotidiano do ato de saúde aparece como o *locus* de *reinvenção* da cidadania ligada à invenção da saúde, “em decorrência da atitude epistemológica proposta por Basaglia de colocar a doença entre parênteses, fazendo da intervenção uma estratégia não de cura/reabilitação, mas de invenção da saúde, de reprodução social dos sujeitos” (Torre e Amarante, 2001, p. 84, apêndice 01). A questão da recolocação da loucura na sociedade assume dimensões de reconhecimento da diferença: cidadania equivale a inclusão e a maior tolerância social. Nas palavras de Fraser (2006, p. 231) a “dominação cultural suplanta a exploração como a injustiça fundamental”, a exploração que era, para Basaglia (1985) o fundamento da *morte civil* dos internados em HP. A tentativa de Basaglia de politizar negação da cidadania ao paciente, redundando no Campo apropriado pela *Epicentria* e o reconhecimento da diferença.

Coloca-se em jogo a melhoria da qualidade de vida “oferecida por meio de um melhoramento do atendimento e da redução do tempo das internações” (Reinaldo, Wetzel e Kantorski, 2005, p. 10, apêndice 01). Consolida-se a *Epicentria Assistencial* e a cidadania torna-se sinônimo de acesso: “O direito de cidadania do doente mental deve

ser o direito de receber assistência adequada, a garantia de participar da sociedade” (Medeiros, Guimarães, 2002, p. 577, apêndice 01). Onocko-Campo (2001, p. 101, apêndice 01) coloca esta equiparação em termos ainda mais explícitos e diretos: “ter acesso equivale a ter cidadania” afirma preocupada, porém, porque “quase ninguém se interroga sobre quais tipos de cuidado se tem acesso”. Inverte-se a questão, aqui: não se trata de pensar como a clínica transforma a cidadania, mas como a afirmação da cidadania (direito ao acesso) e a extensão de direitos têm, paradoxalmente, provocado a degradação da clínica.

A refundação da cidadania pela *Epicentria* recoloca o cotidiano como totalidade *macro* e *microsocial* e negando o marco jurídico-legal, visto como datados (Oliveira e Alessi, 2005, apêndice 01). A cidadania vai se tornando uma questão sanitária: se os serviços são suficientemente preparados ou não para promover cidadania; articulação da cidadania com a equidade e integralidade terapêuticas; “acesso e satisfação dos cidadãos frente aos serviços públicos de saúde na busca de resolutividade e qualidade” (Morais et al, 2009, p. 116, apêndice 01); ampliação do acesso e qualidade da assistência; cidadania como indicador para avaliação da eficácia da assistência e reelaboração dos modelos de gestão. Nesse aspecto, merece destaque a crítica de Costa-Rosa:

Dizer que o exercício da cidadania é resolutivo e preventivo de problemas psíquicos e mentais pode ser muito pertinente, porém isto está longe de significar que prevenção em saúde mental e tratamento psíquico em Saúde Coletiva possam ser reduzidos ao exercício de ações de cidadania, qualquer que seja a definição em que se tome esta última (Costa-Rosa, Luzio e Yasui, 2011, p. 19, apêndice 01).

Parece-nos que Costa-Rosa identifica uma questão levantada, ainda em 1987, por Bezerra Jr., sobre a homologia indevida entre alienação mental e alienação social: “Não se pode dizer que um indivíduo alienado politicamente está necessariamente sofrendo de alguma patologia (...). E o inverso é também dolorosamente verdadeiro: a desalienação política não dá a ninguém salvo-conduto para a terra prometida da Saúde Mental” (Bezerra Jr., 1987, p. 143). Bezerra Jr. (1994) defende, assim, a superação da falsa dicotomia “política” *versus* “clínica” como polos excludentes, como se a dimensão política negasse a clínica como afirma Onocko-Campos (2001, apêndice 01).



Cidadania e Autonomia são como as *santas n'altar* de Saramago, de quem não se esperam milagres. São categorias mutiladas por uma *política do possível* e em nome de uma utopia futura, alienante e ambigualmente mobilizadora pois não leva ao movimento, mas à espera de satisfação futura. A autonomia, no CSMC é uma categoria central e ao mesmo tempo esvaziada. Reduzida à capacidade de os pacientes saírem “à luz do dia, para que se mostrem como sendo socialmente úteis” (Campos, 1992, p. 78, apêndice 01).

A Autonomia para o CSMC está ligada à adaptação aos circuitos do consumo de Rotelli (1994, 2000) e empregada como instrumento de avaliação de assistência, em uma perspectiva extremamente limitada. A *autonomia é virtualizada pelo cotidiano* e assume o conteúdo de “independência cotidiana” para cuidar dos afazeres domésticos. Não se coloca em pauta a independência para a vida civil (capacidade civil) ou para a atuação política (capacidade política) na chave de análise jurídica – ou o que Habermas (2003) chamara autonomia privada e pública –, mas

(...) autonomia para higiene, alimentação, medicação, ir e vir, trabalho e relações pessoais (família, amigos, grupos sociais). Também considerando a produção de autonomia como uma das vidas possíveis para pensar a avaliação da qualidade de serviços em Saúde Mental (...) autonomia relaciona-se à melhoria da “qualidade de vida” (Almeida e Escorel, 2001, p. 41, apêndice 01).

Assim, fica mais claro porque caracterizamos a discussão do Campo pela figura da *cidadania alegórica*: As concepções adotadas, tanto na perspectiva jurídico-legal quanto na dimensão assistencial, são parciais (fragmentárias): na transformação do tratamento legal da loucura, não se considera a questão dos direitos políticos, mesmo depois da redemocratização e de um ambiente mais permeável a estas questões. Pelo contrário, depois da redemocratização, e mais de 10 anos de tramitação do PL Paulo Delgado, a capacidade política não entrou em disputa, ao tempo em que cidadania civil sai de pauta e se redimensiona as possibilidades de transformação, para pensar uma *pene-cidadania* específica para o louco. A questão penal, por sua vez, desaparece da agenda da Reforma e torna-se marginal na literatura específica e estendida.

Não só fragmentárias, mas muitas concepções são antinômicas. Enquanto a discussão da *morte civil* e transformação jurídico-legal dava o tom do debate, havia um subsídio empírico nas formulações: partia-se da realidade das relações sócio-

institucionais (tratamento nas legislações civil e penal o HP) para pensar a cidadania. Mas na *perspectiva micropolítica*, as formulações são prescritivas e reificadas (pois colocam em segundo plano a realidade social da cidadania): as formulações buscam pensar, em um plano ideal, o que deve ser a cidadania para o louco, mas não exploram como essa cidadania é exercida, ou não. Apesar de identificarmos essas linhas gerais (jurídico-legal e micropolítica), não há um núcleo de sentido unificador para além da referência generalizada à clínica e respostas parciais sobre cidadanias *possíveis*.

As *pene*-cidadanias e *pene*-autonomia (sub-autonomia) possíveis **não** resultam do fracasso do Campo. É justamente porque as bandeiras da Reforma **conseguem** ser institucionalizadas com a Lei n.º 10.2016, que as discussões ligadas à dimensão macropolítica do tratamento estatal da loucura saem da agenda. É reafirmada a *Epicentria* e o monopólio do saber tecnocrático, refutando qualquer discussão de natureza política (*politics*) e de disputa de poder, implicada na assimilação dos loucos no registro da política institucional (representar e ser representado pelo voto). A disputa política implicaria também em disputas reais por protagonismo nos movimentos, uma possível reconfiguração real do estigma de incapacidade, além da ampliação das possibilidades de ação subpolítica, por exemplo, pelo exercício direto da judicialização de demandas ligadas à Reforma. A negligência do Campo redundou no que nós chamamos de *coronelismo progressista* (subcapítulo 1.3) e em uma maior dependência institucional, pela hiper-regulação dos usuários e pessoas interditadas, ratificando o papel do Estado-regulador do profissional mediador de *contratualidade*.

Assim, reforça-se também, reflexivamente, a dependência dos serviços e da necessidade de *contratualidade emprestada* de Kinoshita (2016), em uma contradição perversa que não poupa o usuário dos imperativos de escolha, autorregulação e autoprodução biográfica, mas tutela sua liberdade para acessar o Judiciário, para administrar seus bens jurídicos e seus benefícios, para ter algum grau de independência na vida civil, para casar e relativizar os estigmas sobre a sexualidade das pessoas em sofrimento. No lugar de superar a *morte civil*, denunciada por Basaglia (1985), o CSMC contentou-se em gerencia-la.

Diferente do que propunha a perspectiva jurídico-política, prevaleceu o entendimento de que o direito a ter direitos se traduz em *consumo de direitos*. A ideia

fica bem *ilustrada* na política de “pacote de direitos” do Programa DBA (Garcia e Kinoshita, 2014) a serem concedidos pelo Estado e louvados pelos movimentos. O *consumo de direitos* marca uma relação entre Estado e cidadãos, em que estes vêm aquele como “distribuidor paternalistas de emprego e a favores” (Carvalho, 2016, p. 221), enquanto estes, em contrapartida, são meros consumidores que esperam bom atendimento e satisfação de suas necessidades, sem participar politicamente nos processos de decisão, sem disputar posições ou as *regras do jogo* (Beck, 2012). Satisfazem-se com a agilidade e bom atendimento do *drive-thru* para receber seu *pacote (promocional) de direitos*.

Na linha da *virtualização* da política, Žižek (2011, p. 58) fala em uma “passagem do envolvimento político para o Real pós-político”, em que o *espírito de 68* e as exigências de novos direitos “foram atendidas, mas apenas à guisa de ‘permissões’ – a ‘sociedade permissiva’ é exatamente aquela que amplia o alcance do que os sujeitos têm permissão de fazer sem, na verdade, lhes dar poder adicional”. Enquanto o CSMC trabalha a cidadania sob a *ética da singularidade*, no marco da melhoria da qualidade de vida, da desospitalização e inserção adaptada na sociedade de consumo, não há disputa ou transformação na distribuição de poder.

Enquanto *fenece* o “Estado nacional tradicional, baseado na idéia do cidadão abstrato, identificado com a ordem jurídica constitucional” (Žižek, 1996, p. 8), o Campo segue perseguindo a inscrição individual do louco no registro da cidadania como consumo de direitos, atuando politicamente “nas mesmas velhas jaulas” *enquanto o leão está livre* (Beck, 2012). Uma política *virtualizada* como arte de gestão atuando no interior “do sistema de regras da sociedade industrial e do *welfare state* no Estado-nação” (Beck, 2012, p. 62). Indiferentes ao fato de que nunca passamos por um Estado Social amplo, como em países capitalistas da Europa ocidental (Boschetti, 2016), e já mergulhamos (pioneiramente) nos tubos de ensaio neoliberais na América Latina. O CSMC seguiu consolidando seu projeto durante o neogetulismo dos Governos Lula, consolidando a *Epicentria* e o monopólio tecnocrático da Medicina e construindo uma Rede de Atenção Psicossocial para administração da pobreza e, talvez inadvertidamente, radicalizando a individualização e dissolvendo os espaços de sociabilidade.

Retomando o conceito de Žižek (2011, p. 62), para quem o fetiche “é a personificação da mentira que nos permite sustentar a verdade insuportável” podemos confirmar a sentença Sérgio de Holanda<sup>99</sup> sobre a democracia brasileira e dizer, a partir da experiência política nacional, que temos uma cidadania *fetichizada*, que permite aos atores do CSMC atuarem acreditando serem capazes de produzir cidadania, subjetividade, projetos de vida e solucionar conflitos existenciais, exercendo seu “fetichismo cínico-permissivo” *cientes* das “restrições implícitas que, em sua própria forma, restringem seu alcance”, sua falta autonomia e suas superdimensionadas possibilidades de ação. E ainda assim, agem como se o discurso perverso do autonomismo individual fosse possível e, assim, os motivasse a realizar a *utopia do cotidiano*.

### 3.5. FETICHE E IDEOLOGIA: BREVES CONSIDERAÇÕES

O caráter tecnocrático e médico do CSMC contribui para a dissolução reflexiva das seguranças ocupacionais e comunitárias, e das redes de significação social e manejo coletivo do sofrimento, contribuindo, portanto, para a medicalização/psiquiatrização e consolidação do “conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos, de códigos de referência cultural e de relações de poder estruturados em torno de um objeto preciso: ‘a doença’” (Rotelli, 2001, p. 90), que se propõe a desconstruir.

O Campo integra a espiral individualizatória com suas *guidelines*, que reforçam o *fetiche do indivíduo autárquico* com fórmulas-formulações, que remetem aos indivíduos a resolução dos impasses que as políticas públicas, que os teóricos e tecnocratas não conseguem dar conta. Um exemplo é a já citada sugestão de adotar a *alegria* e o *alívio* como indicadores de autoavaliação da prática (Merhy, 2007; Remminger, 2008, apêndice 01), à disposição dos profissionais, que lhes permitam reordenar suas tristezas e sofrimentos, realizando, inclusive, autocuidado de si como cuidadores” (Merhy, 2007, p. 61-2). Merhy sugere a apropriação e reificação, pela

---

<sup>99</sup> “A democracia no Brasil foi sempre um lamentável mal-entendido. Uma aristocracia rural e semifeudal importou-as e tratou de acomodá-la, onde fosse possível, aos seus direitos, ou privilégios, os mesmos privilégios que tinham sido, no Velho Mundo, o alvo da luta da burguesia contra os aristocratas” (Holanda, 1995, p. 160).

gestão, das emoções individuais mais íntimas dos profissionais que devem, então, gerenciar estes sentimentos como “empresários de si mesmo” (Han, 2015, p. 23) capazes de “manejar seus próprios sentimentos” (Salecl, 2012, p. 13) e aprimorar seu desempenho e eficiência na produção de saúde mental.

Assim o Campo alimenta o motor individualizatório, baseado neste perverso autonomismo individual, alimenta a individualização como compulsão, “uma compulsão, não apenas da própria biografia, mas também de seus compromissos e articulações à medida que as fases da vida mudam”, livres e simultaneamente dependentes do “sistema educacional (adquirindo certificados), o mercado de trabalho e a regra social, o mercado imobiliário e assim, por diante” (Beck, 2012, p. p. 32). Estas questões passam, contudo, despercebidas pelo CSMC, que segue guiado pelos conflitos de uma sociedade da escassez e do controle, e pregando uma autonomia e liberdade *virtualizadas*, como se não tivessem se alterado as balizas e referências de significação sociossimbólicas, e tratando as reminiscências da Psiquiatria do asilamento como sua forma hegemônica.

A isto responde com a falsa noção da Epicentria, caudatária do que Badiou (2007) chama “paixão pelo real”, a *falsa percepção esclarecida* que une real e semblante, rosto e máscara, que dissimula a dependência institucional sob a ideia de *fetichismo autárquico*, que transfigura a realidade das transformações sociais contemporâneas “segundo o espetáculo do único nos trajés do pessoal e individual” (Beck e Beck-Gernsheim, 2017, p. 16). Para Žižek (2003, p. 39), o “problema com a ‘paixão pelo Real’ do século XX não é o fato de ela ser uma paixão pelo Real, mas sim o fato de ser uma paixão falsa em que a implacável busca do Real que há por trás das aparências é o estratagema definitivo para evitar o confronto com ele”.

Quando afirmamos que a Epicentria é um entendimento equivocado, não o fazemos como tese, mas como constatação histórica: a Reforma realizou inegáveis avanços relevantes para a melhoria de vida dos usuários, pela saída do HP e pela possibilidade de convívio em sociedade – com todas as contradições já apontadas –, mas a *perspectiva micropolítica* orientada pelo ato de saúde cotidiano se mostrou inepta para lidar com as novas relações estabelecidas pela loucura e a Psiquiatria na sociedade contemporânea. Confrontada com estes impasses, o CSMC insiste em repostas

orientadas pelos conflitos típicos da Modernidade Industrial, e com suas metas técnico-assistenciais gerencialistas de eficácia/eficiência das políticas. Contudo, a Contemporaneidade dissolve a *sociedade do conhecimento* e nos impõe reconhecer que não é com mais e melhor ciência, com mais e mais avançadas tecnologias não apenas se enfrentam os riscos, *é assim que eles também são produzidos* (Beck, 2008).

A metamorfose do mundo não é “intencional, programática e ideológica, e não é travada, mas, ao invés, impelida pela inação política. Não emerge dos centros da política democraticamente legitimada, mas decorre – como um ‘efeito secundário’ social e juridicamente construído” (Beck, 2017, p. 76). Não será combatendo, ou negando a Individualização que se conseguirá pensar respostas aos desafios que a contemporaneidade nos impõe. Não será com o gerencialismo da perspectiva rotelliana, nem com o ímpeto revolucionário de Basaglia, pois “a consciência revolucionária é também estranha à metamorfose do mundo” (idem). As duas perspectivas pressupõem uma concepção anacrônica da sociedade em que vivemos. É no reconhecimento do Processo de Individualização, e na identificação e discussão sobre as novas formas sociais contemporâneas que encontraremos o cenário de desenvolvimentos futuros: a nova subjetividade contemporânea, as novas identidades, formas de organização subpolítica como os movimentos de neurodiversidade, as revoluções promovidas pelas novas tecnologias e pela atuação da (neuro)Psiquiatria.

Apesar disso, o CSMC segue produzindo com base na *Epicentria* e no *fetichismo autárquico*. Quando Žižek (2011, p. 62) formula o conceito de fetiche, ele não está cindindo *indivíduo* e *sociedade*, mas sua discussão é de natureza muito mais *política* do que clínico-psicanalítica. Engenhosamente, ele resgata a homologia freudiana aplicada ao mecanismo do inconsciente (que é também social) e as discussões de Lacan (*intimamente* políticas), para pensa-los em uma perspectiva eminentemente *social*: fetiche como a mentira que permite sustentar a verdade insuportável *no* discurso dos DH, no terrorismo, na cultura da experiência individual, no indivíduo autárquico e assim por diante, e nos permite pensar também como o peso insuportável do *processo social* de Individualização é *suportado* no plano consciente, ao mesmo tempo em que promove impasses também inconscientes, crises e *adoecimento psíquico individual*.

O *fetichismo* como a mentira que suporta a verdade insuportável retira a ideologia da chave tradicional do desconhecimento da realidade, de um indivíduo *ingênuo* que precisa ser salvo pelos críticos da ideologia dominante. Ele recoloca a questão em termos de *uma falsa consciência esclarecida*: “sabe-se muito bem da falsidade, tem-se plena ciência de um determinado interesse oculto por trás de uma universalidade ideológica, mas, ainda assim, não se renuncia a ela” (Žižek, 1996, p. 313). Žižek retira o fetiche e a ideologia do registro do puro engano e da manipulação para pensa-los na dimensão da *fantasia*.

Neste contexto, precisamos nos perguntar: os impasses do CSMC que acredita (equivocadamente) que pensa e faz a mesma coisa está no *pensar* ou no *fazer*? A crítica tradicional à ideologia reputaria ao pensamento: *o que eles não sabem, mas fazem*<sup>100</sup>. Žižek subverte esta ideia, sugerindo-nos que a distorção já está no *fazer*: “O problema é que, em sua atividade social, naquilo que *fazem*, eles *agem* como se o dinheiro, em sua realidade material, fosse a encarnação imediata da riqueza como tal. Eles são fetichistas na prática, e não na teoria” (idem, p. 315). Os profissionais do Campo sabem que não têm autonomia para superar a realidade manicomial pela reinvenção de suas práticas no cotidiano da assistência, mas se inspiram nas falas de gestores, na leitura de Merhy (2007), ao ouvirem lideranças carismáticas ou supervisões institucionais como quem sai inspirado depois de ver *Sociedade dos Poetas Mortos*<sup>101</sup>, no cinema. Eles *sabem* que é uma ficção, mas a *fantasia ideológica* está em não saberem que *atuam* guiados pelo *fetichismo do indivíduo autárquico*.

Se por um lado a produção do CSMC é acadêmica e tecnocrática, orientada pelo *dever-ser* idealista da maioria dos autores; o profissional não é um pensador hegeliano, “ele não concebe o conteúdo particular como resultado de um movimento autônomo da Idéia universal” (Žižek, 1996, p. 315, *sic.*), pelo contrário, na subjetividade de risco os profissionais estabelecem relações pragmáticas direcionadas à ação, à autorrealização, ao *Just do it*. É este processo, ignorado pelo CSMC e pelos indivíduos em geral, que está na base do *fetichismo autárquico*: “o que desconsideram, o

---

<sup>100</sup> De O Capital, em *O caráter fetichista da mercadoria e seu segredo*: “Eles não sabem disso, mas o fazem” (Marx, 2013, p. 149).

<sup>101</sup> SOCIEDADE DOS POETAS MORTOS [Dead Poets Society]. Diretor: Peter Weir. EUA: Touchstone Pictures, 1989. *Streaming Netflix*.

que desconhecem, não é a realidade, mas a ilusão que estrutura sua realidade, sua atividade social”, a dissolução (dimensões de desintegração e de reintegração) da rede sociossimbólica, pelo Processo de Individualização (Beck e Beck-Gernsheim, 2002, 2017; Beck, 2010, 2012). Eles “sabem muito bem como as coisas realmente são, mas continuam a agir como se não o soubessem (...) e essa ilusão desconsiderada e inconsciente é o que se pode chamar de *fantasia ideológica*” (Žižek, 1996, p. 316). Žižek desloca a noção de ideologia do conjunto de estratégias de dominação para a *constituição social da subjetividade contemporânea*, que em nossa Tese se dá como processo reflexivo de formação social dos indivíduos.



#### 4. SOBRE A LOUCURA, A PSIQUIATRIA E A SOCIEDADE CONTEMPORÂNEAS

Sustentamos até aqui que a Modernização Reflexiva metamorfoseou a sociedade, promovendo a dissolução dos referenciais sociossimbólicos de significação da experiência humana e das formas de produção de subjetividade, com a individualização dos riscos e radical metamorfose das formas de ser dos indivíduos em sociedade: as formas de sofrer, sentir, produzir, consumir, pensar (se e), o Outro e os outros. Neste quadro de metamorfose, as balizas e espaços tradicionais da posição-ação política se *virtualizam*. Para a cidadania e autonomia, comunidade e território, DH e democracia e assim por diante, *o leão está solto e continuamos nas velhas jaulas vazias*. Pouco atentos às formas que estas categorias assumem hoje, e desconsiderando as metamorfoses sociais, o CSMC e a Reforma ingressam na espiral individualizatória e seguem esquemas da Modernidade Industrial: *conflitos da escassez, certezas científicas e racionalidade gerencialista, natureza contraposta à sociedade e iatrogenia do biocontrole*. Em outras palavras, confrontados com os riscos e ameaças iatrogênicos, responde-se com mais vetores de iatrogenia: mais medicina (reformada), mais regulação tecnocrática e jurídico-legal (reformadas), mais gestão e acesso (reformados), busca por mais e melhor processo de trabalho eficaz e eficiente.

O ritmo acelerado de metamorfose social e de transformação específica de bandeiras da Reforma é determinado por dinâmicas de caráter internacional: (i) atores globais interferindo na formulação e financiamento das políticas do SUS, (ii) a Declaração de Caracas (OPAS, 1990) e a condenação na Corte Interamericana no caso Damião Ximenes, (iii) as novas tecnologias farmacêuticas e diagnósticas e a ascensão global dos neurodiscursos (Bezerra Jr., 2007; Žižek, 2017), (iv) as comunidades (*subpolíticas*) transnacionais e o engajamento global em torno do autismo e da neurodiversidade (Ortega, 2009, apêndice 01). Estes são exemplos de fenômenos que colocam em cheque a leitura tradicional do CSMC que, contudo, segue predominante: o *nacionalismo metodológico*<sup>102</sup> (Beck, 2012-a), uma perspectiva analítica fundada sobre a suposição de que a sociedade é estruturada a partir do Estado-nação: pela perspectiva

---

<sup>102</sup> Liv. Trad., do original *methodological nationalism* (Beck, 2012-a)

do nacionalismo metodológico, o Estado-nação cria, limita e controla os *contêineres* da sociedade <sup>103</sup>.

O CSMC, apesar de seu falso *autonomismo pós-modernista*, continua centrado em uma sociedade moderna que toma o Estado como *locus* de transformação social e disputa de poder, ainda que vaticine que a estrutura social perde lugar para o indivíduo autárquico. O Campo não abdica da lógica de organização da Modernidade industrial, que tem no Estado-nação sua principal forma social, em torno da qual estão organizadas suas realidades social e política. Uma perspectiva desalinhada à Contemporaneidade, sobretudo quando pensamos nas relações e dinâmicas que envolvem a subjetividade, o sofrimento-adoecimento mental e as formas de atuação assumidas pela Psiquiatria, nos últimos 60 ou 70 anos.

A questão-chave para entender esta metamorfose social que pretendemos aprofundar é *o Processo de Individualização*. Individualização é um conceito que, se não bem delimitado, pode ser ambíguo e levar a conclusões equivocadas. Individualização *não* significa individualismo, isolamento ou *desintegração* da solidariedade social. Tampouco, por outro lado, significa emancipação ou formação da personalidade e individuação. Não significa produção de vida, de singularidade, ou de subjetividade como o CSMC as entende, isto é, como reconstrução assistencial de individualidade, autonomia e vontade silenciadas pelo modelo manicomial. Na teoria da Modernização Reflexiva (Beck, Beck-Gernsheim, 2002, 2017; Beck, 2010, 2012), Individualização é um conceito muito preciso (e central), significando primeiramente, “a desincorporação, e, segundo, a reincorporação dos modos de vida da sociedade industrial por outros modos novos, em que indivíduos devem produzir, representar e acomodar suas próprias biografias” (Beck, 2012, p. 29). O Processo de Individualização envolve simultaneamente o clamor por uma vida independente e própria, como as experiências de morar sozinho, realizar seus projetos e metas individuais; e ao mesmo tempo um anseio pela construção de laços de intimidade e comunidade, a busca por amor, companheirismo e solidariedade (Beck, Beck-Gernsheim, 2002, 2017).

---

<sup>103</sup> Liv. Trad., do original “*For the national outlook, the nation-state creates and controls the ‘container’ of society, and thereby are the same time prescribes the limits of society*”.

Há dois aspectos centrais envolvidos no conceito de individualização: (i) a dissolução de formas sociais típicas da Modernidade Industrial e; (ii) a emergência de novas formas e relações sociais contemporâneas, na qual os indivíduos devem autoproduzir, protagonizar e se responsabilizar por suas próprias biografias. A biografia das pessoas passa a ser construída por escolhas individuais, uma autobiografia reflexiva baseada em escolhas e incertezas, na qual “elas se veem obrigadas (...), sob pena de prejuízo material, a construir uma *existência própria* por meio do mercado de trabalho, da formação e da mobilidade e, se necessário, impor e conservá-la em detrimento dos laços de família, parceria e vizinhança” (Beck, Beck-Gernsheim, 2017, p. 18).

Em outras palavras, a Modernidade Reflexiva envolve um complexo processo de individualização em diferentes dimensões (Beck, 2010): (i) flexibilização e liberação com relação às formas sociais da sociedade industrial, estabelecidas historicamente (dimensão de libertação); (ii) a perda de seguranças tradicionais devido às transformações na família, relações de trabalho, estatutos de gênero para homens e mulheres e assim por diante, e às formas de atuação, orientação e posicionamento (dimensão de desencantamento) e; (iii) uma nova forma de enquadramento social, controle e reintegração que se impõe pelas autobiografias institucionais (dimensão de controle e reintegração). Este processo de individualização, não necessariamente linear ou coeso, lança uma luz sobre o aparente paradoxo da *liberdade de escolha, sem escolhas livres*. Com a Individualização,

(...) a biografia das pessoas se desvincula dos modelos e certezas tradicionais, de controles alheios e das leis morais suprarregionais é posta na ação de cada indivíduo, de modo aberto, dependente de decisões e como uma tarefa. Diminuíram as cotas das possibilidades de vida que, por princípio, não são passíveis de decisão, enquanto aumentam as cotas da biografia, que está aberta à decisão e construção próprias. A biografia *normal* transmuta-se em biografia *de escolhas* – com todas as obrigações e “congelamento de liberdades” (WYSOCKI, 1980) que resultam dessa troca. (Beck, Beck-Gernsheim, 2017, p. 17)

Assim, a Individualização no contexto de segunda modernidade, não corresponde à ideia de autonomia habermasiana para fazer livres escolhas<sup>104</sup>. As

---

<sup>104</sup> Distinta da noção de autonomia para o CSMC, centrada na possibilidade de autocuidado cotidiano (tópico 3.4.3), a autonomia para Habermas, como conceito ideal, traduz pela “autolegislação racional de sujeitos livres e iguais, que se reconhecem reciprocamente, e orientam sua ação discursiva por pretensões de verdade” (Leão, 2013, p. 27).

escolhas individuais vinculam-se a uma biografia autoconstruída na *esteira-de-produção* das instituições e do mercado de trabalho. Com a flexibilização das formas sociais tradicionais da primeira modernidade, “novas demandas, controles e restrições são impostas ao indivíduo. Através do Mercado de trabalho, do Estado de bem-estar e de suas instituições, as pessoas são atadas a uma rede de regulação, condicionamentos e prescrições”<sup>105</sup> (Beck, Beck-Gernsheim, 2002, p. 02). Os indivíduos perdem suas certezas modernas ligadas às ideias de ordenação e de progresso, de domínio sobre a natureza, de lugares sociais pré-determinados para homens e mulheres e a família nuclear, de identidades de classe e do binômio esquerda-direita e assim por diante, e são remetidos à “solidão da autorresponsabilidade, da autodeterminação e da autoameaça do viver e do amar, para as quais não estão preparadas, tampouco equipadas pelas condições externas, pelas instituições” (Beck e Beck-Gernsheim, 2017, p. 18). Aos indivíduos, assim, é imperativo que construam suas próprias biografias como autoempreendedores e auto-administradores de si (Beck e Beck-Gernsheim, 2002, 2017; Salecl, 2012; Han, 2014).

Neste sentido, a possibilidade e a imperatividade de escolher (e agir) passam a definir o indivíduo na Contemporaneidade, à medida que sua biografia se torna o desdobramento destas escolhas, ainda que institucionalmente dependente, e sobre as quais ele *deve ser e é responsabilizado*. As escolhas passam a ser percebidas como *expressão ontológica dos indivíduos*. Ilustrando esta ideia lê-se – em um romance inglês popular entre adolescentes, ao qual é atribuída a iniciação de toda uma nova geração à literatura ao redor do mundo –, “O que o faz muito diferente de Tom Riddle são as *nossas escolhas, Harry, que revelam o que realmente somos, muito mais do que as nossas qualidades*” (Rowling, 2016, p. 244, destaque nosso).

Apesar das ressalvas que se possa fazer à citação de Rowling, em uma tese acadêmica, os *best-sellers* (livros aclamados pelo seu sucesso como bens de consumo) podem ser pensados como excelentes termômetros sobre valores culturais predominantes. Eles não fazem mais do que reafirma e consolidar (difundir, radicalizar,

---

<sup>105</sup> Liv. Trad., do original: “new demands, controls and constrains are being imposed on individuals. Through the job Market, the welfare state and institutions, people are tied into a network of regulations, conditions, provisos”

popularizar, legitimar) o consenso em torno destes valores, e por isso mesmo representam tão bem o *sintoma* a partir da qual podemos pensar a realidade social<sup>106</sup>. E um termômetro que também pode influenciar uma geração, como os romances de Kerouac influenciaram a geração *beatnik* e a juventude estadunidense, dos anos 1950 e 1960. Se, por um lado, os clássicos literários *exprimem* ou *expõem* os sentimentos mais profundos e sutis de seu tempo (como fez Kerouac), por outro os *best-sellers* em toda sua transitoriedade *impõem* sentimentos ao seu tempo, traduzem valores e modos de estar no mundo, determinam comportamentos, como o *marketing* e os *slogans* de campanhas publicitárias, como aparelhos de reprodução ideológica, são veículos ideológicos que criam símbolos e reforçam estilos de vida aos quais os indivíduos são convocados a se identificarem. Compõem a *fantasia ideológica* de que nos falava Žižek (1996) e à qual voltaremos.

Estas obras – lembrando a análise de Žižek (2006) sobre o cinema – não supre o que se deseja, *mas diz como desejar e, portanto, como viver*. Em um movimento ligado à estetização da sociedade (Lipovetsky e Serroy, 2015) e à padronização e individualização das biografias (Beck, 2010), a subjetividade contemporânea é cada vez mais orientada por máximas e *slogans* que reafirmam a autoconstrução biográfica e o *fetichismo autárquico*, ligados às escolhas da *self-derivem culture* e ‘*a life of one’s own*’ (Beck e Beck-Gernsheim, 2002): o ‘*Just do it*’ da Nike ou o ‘*Yes, we can*’ da campanha à presidência dos EUA, do democrata Barack Obama. Estes *slogans* estão no centro de

---

<sup>106</sup> Os *best-sellers* não provocam mal-estar, não apontam para a agitação que turva a superfície da água, mas antes para sua placidez. Não indicarão as mudanças da corrente, a aproximação de tempestades. Não expressam mais do que aquilo que já é sabido. Diferentes de Cervantes, a produção de Rowling não inaugura a literatura de uma nova sociedade, por ser “historicamente formada, (...) registra de algum modo o processo social a que deve sua existência” (Schwars, 2012, p. 32). Ela não integra a grande Literatura que pode contribuir para a união política de uma nação, como fez Dante na Itália, Homero para a civilização Grega ou Goethe para a Alemanha, e “contribuindo para formar a língua, criar identidade e comunidade” (Eco, 2003, p. 11), moldar imaginários e culturas. Sob o risco de certo academicismo literário ou elitismo conceitual, tomamos a citação a Rowling apenas como termômetro. A saga *Harry Potter* teve influência sobre milhares de novos leitores e audiências de cinema, multiplicou-se pela ampla penetração de publicações internacionais, pelas campanhas publicitárias que lotam salas de cinema e prateleiras dos livros mais vendidos, nas grandes livrarias. Os *best-sellers* podem ter sobre a sociedade contemporânea uma ação análoga ao “efeito Werther” – que se refere à personagem suicida de Goethe (2010) em “Os sofrimentos do jovem Werther”, e à “onda de suicídios de imitação após a sua primeira publicação em 1774” (Almeida, 2000, p. 37). No Brasil, a obra de Álvares de Azevedo retratava bem “o devaneio, o erotismo difuso ou obsessivo, a melancolia, o tédio, o namoro com a imagem da morte, a depressão, a autoironia masoquista” (Bosi, 2015, p. 115, grifo nosso), da Segunda Geração Romântica brasileira que, a um só tempo, expressava e moldava a subjetividade de jovens burgueses, do Brasil oitocentista.

publicações literárias como Harry Potter e é, neste sentido, que publicações pensadas mais para o consumo em massa do que para “o deleite, elevação espiritual, ampliação dos próprios conhecimentos, talvez por puro passatempo” (Eco, 2003), podem nos dizer algo sobre as *gerações de risco*<sup>107</sup> e seus conflitos existenciais, referenciais de orientação e de atuação, seus impasses e o sentimento de inadequação, suas crises e formas de sofrer. Nas palavras de Eco (2003, p. 17),

Podemos realmente nos comover pensando na morte de uma pessoa que amamos, ou sentir reações físicas imaginando uma relação erótica, podemos nos comover com a sorte de Emma Bovary ou, como aconteceu a algumas gerações, sermos levados ao suicídio pelas desventuras de Werther ou de Jacopo Ortis.

Como afirma Beck (1998), as pessoas estão *condenadas* à individualização e esta *condenação à liberdade imperativa* é reforçada pelas regulações do Estado, do sistema educacional, do mercado de trabalho e da legislação social: enquanto os estreitos padrões tradicionais empurram o indivíduo em direção à unidade, as normas atuais impõem às pessoas que construam e conduzam uma vida própria, sob risco de desvantagens econômicas<sup>108</sup> (Beck, 1998). Como vimos no Subcapítulo 1.2, o Sistema de direitos é voltado para a responsabilização individual, reforçando a regra de que as pessoas são responsáveis pela organização e construção de suas próprias biografias (Beck, Beck-Gernsheim, 2002). Os riscos sociais produzidos no curso da modernização reflexiva escapam às instituições de proteção e controle da sociedade industrial e são atribuídas ao indivíduo, que precisa avaliar estes riscos – recorrendo ou não a *aconselhamentos de riscos*, livros de autoajuda ou *lideranças carismáticas* –, escolher e responsabilizar-se por estas escolhas no curso de autoconstrução e autoadministração biográfica.

Neste capítulo empreendemos um esforço de teorização sobre as relações entre sociedade, a loucura e a Psiquiatria contemporâneas, considerando o processo de modernização reflexiva e a análise crítica e discussão das publicações (literaturas específica e estendida), feita até aqui. Buscamos, assim, dar uma contribuição teórica original para pensar criticamente o CSMC e (4.1) as metamorfoses sociais da família e

---

<sup>107</sup> Nascidas sob o signo da Sociedade de Risco.

<sup>108</sup> “While the narrow tradition patterns forced the individuals into togetherness, the norms today forces people to build up and lead a life of their own, on pain of economic disadvantage” (Beck, 1998, p. 34).

do trabalho, como dimensões estruturantes da Sociedade, (4.2) a individualização dos referenciais sociossimbólicos e da subjetividade, no contexto da sociedade de risco, e (4.3) as transformações paradigmáticas das práticas médico-psiquiátricas promovidas pelas inovações tecnológicas e seu impacto social a longo prazo.

#### 4.1. TRANSFORMAÇÕES DA FAMÍLIA E DO TRABALHO

A família e o trabalho são “*eixos de conduta* na era industrial” e “conformam o sistema bipolar de coordenadas no qual a vida se ancora nessa época” (Beck, 2010, p. 203). São dimensões que também permeiam a PNSM: a Lei n.º 10.216 (Brasil, 2001), em seu artigo 1º, faz menção à salvaguarda legal da família, junto a outras dimensões fundamentais “das pessoas acometidas de transtorno mental”. No artigo 2º, inc. II, a inserção na família e no trabalho (e na comunidade) é a estratégia, por excelência, para alcançar a recuperação nos atendimentos em saúde mental. Este é um movimento típico dos Estados sociais tardios, isto é, em países onde a Administração Pública mostra-se incapaz de promover as condições de *welfare*, a família reassume parte das funções cedidas à esfera pública do Estado moderno, tornando-se alvo preferencial de atuação e intervenção estatais, e agente corresponsável pela promoção dos direitos sociais. Deveras, ao propor modelos de serviços públicos destinado às populações pobres, o Banco Mundial reputa à família (e à comunidade e ao próprio indivíduo) a responsabilidade pelo sucesso ou fracasso da assistência em saúde (Rizzotto, 2012). Esta *estratégia* é replicada pelo Campo, e a família e a comunidade são evocadas como *parceiras* dos serviços assistenciais.

A PNSM pauta-se pelo fortalecimento da família como *locus* privilegiado de atenção e cuidado, alternativa ao centralismo dos HP e da Psiquiatria tradicional (Amarante, 2008). As ações são centradas nos sujeitos e sua família, para que esta “modifique sua maneira de relacionar-se com o usuário, a tomar decisões a este respeito; orientar vizinhos, participar das decisões da comunidade, mudar a cultura em relação aos problemas mentais” (idem., p. 752). A família tem centralidade nas estratégias de atenção primária com a ESF, papel que ganha força em publicações da literatura específica que buscam uma maior inserção da SM na Atenção Básica (Subcapítulo 2.4). Em publicação do Ministério da Saúde, a família é composta “por cada membro da família, a casa, as ruas, os animais de estimação etc.” e integra a

comunidade, no cotidiano dos usuários (Brasil, 2013, p. 33). A família é aproximada do lugar de morada, de acolhimento e intimidade. Segue a publicação reconhecendo que cada família é *singular* inexistindo conceito único e se caracterizando, contudo, por “configurações vinculares íntimas que dão sentimento de pertença, *habitat*, ideais, escolhas, fantasias, limites, papéis, regras e modos de se comunicar que podem (ou não) se diferenciar das demais relações sociais do indivíduo humano no mundo” (COSTA *apud* Brasil, 2013, p. 63). Não é incomum, porém, a resistência por parte de famílias e comunidades, em assumir a responsabilidade pelos egressos de HP ou em situações de crise de difícil manejo. Esta resistência e, arriscamos dizer, *descompasso* devem-se, sem dúvidas, a um complexo de fatores. Certo, também, que está relacionado às mudanças na família contemporânea.

Na literatura específica a família também aparece, em seu modelo tradicional, como grupo social caracterizado pela “origem no casamento, ser constituído por marido, esposa e pelos filhos provenientes de sua união (...) a família que se construiu, com marido e filhos, mostra-se como geradora de sofrimento psíquico” (Pinheiro, Santos e Santos, 2009, p. 468, apêndice 01), e sua crise está entre os fatores que produzem ou intensificam o adoecimento mental (Pitta e Dallari, 1992, apêndice 01). Também é reconhecida como “rede de solidariedade (...) constituída por relações que se conformam das mais diversas formas e arranjos”, para além da família de laços consanguíneos, demandando a singularização de “cada família como única, conformando-se da melhor forma possível em um determinado momento e contexto” (Kantorski *et al.*, 2009, p. 280, apêndice 01). Este é o entendimento que se institucionaliza no discurso do Ministério da Saúde: a família identificada com um núcleo ou agrupamento mais ou menos estável que compartilha vínculos afetivos, convocada à corresponsabilidade e protagonismo, como *parceira* das estratégias de tratamento, desinstitucionalização e reinserção social (Brasil, 2013).

Mas seja qual for a conformação ou papel atribuído à família pelo Campo, dois aspectos são transversais: a absorção da família pela dimensão técnico-assistencial e sua localização no espaço da intimidade, do particular e do individual (ou da comunidade *virtualizada*). Estes aspectos desconsideram que, ao mesmo tempo em que a família é um espaço íntimo de relações interpessoais, ela é “tudo o mais: trabalho,



profissão, desigualdade, política, economia (...). Quem fala de família, tem de falar também de trabalho e de dinheiro” (Beck, 2010, p. 149), de dependência institucional e Direito, de posicionamento subjetivo e referenciais sociossimbólicos, de medicalização, subpolítica e revolução tecnológica. Quando nos confrontamos com mudanças estruturais na família e no trabalho, coordenadas centrais da sociedade industrial, confrontamo-nos com verdadeira metamorfose de toda sociedade.

Trabalho e família nuclear são categorias reciprocamente determinantes e determinadas, e estruturais na sociedade moderna. A renda familiar, por exemplo, era tomada como base para a identificação de classes (Beck, 2012) e as relações de trabalho eram também estruturadas a partir da família nuclear, encabeçada pelo homem, onde a mulher assumia um papel de cuidado e organização das atividades domésticas. Assim, há uma relação entre as categorias que presumem umas às outras:

Na imagem da sociedade industrial clássica, as maneiras coletivas de viver são compreendidas de uma forma que se assemelha às bonecas russas que se encaixam uma dentro da outra. A classe supõe a família nuclear, que presume os papéis dos sexos, que presume a divisão do trabalho entre homens e mulheres, que presume o casamento. (Beck, 2012, p. 30)

As políticas públicas de saúde têm tomado certo modelo de família, pautado por noções moderno-tradicionais. A centralidade do cuidado de pessoas com deficiência e sofrimento psíquico, pelos familiares, pressupõe situações familiares típicas de classe, em que há uma diferenciação de papéis: é necessário que haja provedores e cuidadores, e aqueles que serão cuidados e providos. Ainda que pense em múltiplas formas familiares – que não prescindem, mas antes *pressupõem* esta diferenciação – família e trabalho são categorias cindidas entre si e absorvidas pela dimensão técnico-assistencial no CSMC. E esta é uma questão central. A família nuclear está na base da Modernidade, com o trabalho assalariado que pressupõe o trabalho doméstico, que por sua vez pressupõe a divisão social do lugar do homem e da mulher – sobre a qual recai usualmente o cuidado doméstico dos usuários (Rosa, 2004, apêndice 01; Avanci et al, 2009, apêndice 01; Tomasi et al, 2010, apêndice 01). O século XIX marca o estabelecimento da sociedade industrial, com a generalização da forma trabalho assalariado e da família tradicional. Se por um lado, como diz Morgan (*apud* Engels, 2005, p. 91) a “família é produto do sistema social e refletirá o estado de cultura desse

sistema”, também é verdade que a sociedade Contemporânea é, reflexivamente, produto da metamorfose da família.

Há de se reconhecer que as premissas da relação familiar mudaram drasticamente: ao adulto “saudável”, o imperativo de organizar, planejar e executar, individual e independentemente, sua trajetória biográfica. Na tradição moderna, o cuidado era centrado na mulher (Beck-Gernsheim, 2002), que continuava em casa atendendo ao marido provedor e aos familiares improdutivos-dependentes: crianças, doentes e idosos. Desde o século XVIII, a família burguesa tradicional tinha na saúde um dos seus objetivos primordiais e, como explica Foucault (1979, p. 199), desde então “a família se tornou o agente mais constante da medicalização”. Contudo, há uma dissolução deste quadro, que sustentava a estrutura esquemática da modernidade industrial (Beck, 2010).

A inserção da mulher no mercado de trabalho e as exigências de sucesso e produtividade impostas aos economicamente ativos têm um papel fundamental nestas transformações. Crianças, idosos, casais e todos aqueles cujo cuidado esteve orientado pela família (pela mulher) sofrem quando o mercado de trabalho exige trabalhadores disponíveis *todo o tempo (disponibilidade em si) e em todo canto (mobilidade)*: ‘*round the clock and ‘round the globe*, na expressão de Beck-Gernsheim (2002). A nova organização das relações de trabalho trouxe um efeito reflexivo, no segundo processo de modernização: a radicalização e ampliação do trabalho, agora flexível e crescentemente instável<sup>109</sup>, acabou por minar o alicerce do trabalho assalariado, qual seja a família nuclear. Em um processo dialético, as transformações na família e no mundo laboral afetam-se mutuamente.

Com as transformações na família, na sociedade e nas relações laborais, o indivíduo vivencia conflitos de difícil conciliação. O processo de individualização gera uma demanda pessoal por independência (disponibilidade e mobilidade) e uma trajetória biográfica própria e, ao mesmo tempo, estimula a busca por laços, proximidade e senso

---

<sup>109</sup> Beck (2000) discute o fenômeno da *brasilianização* do Ocidente (*brazilianization of the West*) como consequência do projeto neoliberal de livre mercado globalizado. Junto com o desemprego tanto nos chamados países de primeiro mundo, como aqueles do terceiro mundo; espalha-se o trabalho temporário e instável, descontínuo e informal, mesmo em países que se desenvolveram sobre as bases do pleno emprego.

de comunidade. Mas estas demandas, no mais das vezes, são dificilmente conciliadas. Isto leva às *famílias negociadas* (Beck-Gernsheim, 2002; Beck, 2010), uma tentativa de harmonizar estas demandas individuais (liberdade e laços afetivos) depois de divórcios, novos casamentos, novos divórcios, filhos em diferentes uniões, novas e antigas famílias. Nas *famílias negociadas a longo prazo*, as posições individuais são direcionadas pela educação, o mercado de trabalho e a vida profissional (Beck, 2010). Por conta da tensão entre a autorrealização dos projetos biográfico-institucionais e o acalentado sonho de laços duradouros, as famílias “adotam um curioso acordo funcional com vistas a um intercâmbio afetivo regulado e revogável, isto quando já não forem preferidas formas de vida extra-familiares” (idem, p. 192).

No *imaginário teórico* do Campo, a autonomia individual convive com o modelo familiar abnegado, comunitário, que se sacrifica em nome do cuidado e, por isso, as famílias devem ser apoiadas e instruídas. Mas a família – que o CSMC espera conciliadora, resiliente e protagonista do cuidado – é constrangida pelas trajetórias de vida institucionalmente padronizadas dependentes do mercado de trabalho. A moral contemporânea não sustenta mais a abnegação dos familiares em função do cuidado dos *inválidos*, pelo contrário, percebe-a como uma violência – usualmente machista e misógina – contra a liberdade e realização pessoais: a prisão da maternagem. À figura do cuidador familiar opõe-se o ideal de realização pessoal, que atravessa todos os estratos sociais. Em coluna do jornal *El País Brasil*, na seção *Psicologia*<sup>110</sup>, fala-se na *síndrome da péssima mãe* e se questiona como compatibilizar maternidade, trabalho, amor e assim por diante. A coluna confronta o ideal de *ser mãe* – amor incondicional, abnegação, dedicação, renúncia – com o ideal presente naquilo que Beck e Beck-Gernsheim (2002) chamam de *self-derivem culture* e a autoimagem de indivíduos capazes de autoadministrar suas vidas:

Seus filhos serão mais felizes se sua mãe se sente satisfeita, plena e profissionalmente realizada. Não se engane convencendo-se de que ser mãe é suficiente para se sentir completa. Se conseguir compatibilizar seu trabalho, sua vida social, com o tempo que dedica a si mesma e aos filhos, vai ser mais feliz que se viver de forma abnegada e com sacrifício a relação com seus filhos.

---

<sup>110</sup> Disponível em <https://goo.gl/29ehdi>. Acesso em Jan. 2017.

Torna-se percepção comum que a tensão entre demandas da família e aspirações pessoais é geradora de conflitos. Calligaris em recente comentário ao filme *Como nossos pais*, da diretora Laís Bodanzky, afirma que o filme “oferece um “retrato verdadeiro e inesquecível da dificuldade de ser não só filha mas sobretudo mulher hoje – dividida entre sonhos, aspirações e desejos em permanente conflito: ser mãe, ganhar a vida, ser filha, ser mulher e amante”<sup>111</sup>. Este certamente não era um conflito para Úrsula Iguarán, matriarca e fundadora da dinastia dos Buendia e da vila de Macondo (Márquez, 2003, p. 14-5), graças a quem “o chão de terra batida, os muros de barro sem caiação, os rústicos móveis de madeira construídos por eles mesmos estavam sempre limpos”. Esta é uma questão eminentemente contemporânea e que atravessa as classes ou estratos sociais: sob os signos do empreendedorismo e do empoderamento, o trabalho de mulheres moradoras das periferias, que era subordinado à família, é também redefinido e integra os projetos pessoais, condicionado por estes projetos, no lugar de os condicionar. A família, em seu arranjo tradicional, fica em segundo plano, condicionada pelo projeto de realização profissional que envolve mais investimento de tempo e recursos em formação para entrada no mercado de trabalho (Rodrigues e Brito, *s.d.*)<sup>112</sup>.

A família nuclear é reconfigurada, abrindo-se às escolhas individuais, não em um espaço livre à parte da sociedade, mas em um espaço que envolve novas regulações sociais, pressões e controles (Beck-Gernsheim, 2002, p. 7)<sup>113</sup>. São famílias *individualizadas*, isto é, desoneradas das configurações tradicionais da sociedade industrial, abertas às escolhas individuais, mas submetidas a novas regulações à medida que são reconhecidas pelo Estado e dependem materialmente da inserção no mercado de trabalho. A família individualizada é a família negociada, dividida e alternada, com novos arranjos após divórcios ou separações, novos casamentos ou uniões consensuais (Beck-Gernsheim, 2002). São famílias que podem não dividir a mesma casa, podem não viver na mesma comunidade, ou serem famílias transnacionais inseridas nas novas ondas migratórias, por exemplo.

---

<sup>111</sup> Disponível em <https://goo.gl/3gEXUW>. Acesso em Ago. 2017.

<sup>112</sup> Disponível em <https://goo.gl/A3eUja>. Acesso em Set. 2017.

<sup>113</sup> Liv. Trad., do original: “not in a free space outside society but in one that involves new social regulations, pressures and controls”.

Quem deseja decifrar tais inconsistências – a romantização da relação amorosa e da família, o colapso de suas certezas tradicionais, os bastidores dos ruídos dos conflitos de gênero – precisa trazer ao foco *a contraposição – que se atesta historicamente – entre amor, liberdade e família*. (...) liberdade e independência que hoje reclamam seus direitos contra as formas tradicionais de privacidade e intimidade. (...) a pequena revolução pós-francesa – oculta nos desejos pessoais dos indivíduos – hoje também se volta contra o formato de desigualdade da família e, ao mesmo tempo, eleva os valores da família quase ao patamar de religião. Por um outro lado, o modelo de família surgido com a sociedade industrial e chamado pelos sociólogos de ‘família nuclear’ é o oposto da ideia de igualdade, que viveu sua ascensão política no mesmo período (Beck, Beck-Gernsheim, 2017, p. 13).

As pessoas querem “exercer a liberdade, o autodesenvolvimento e o desejo de alcançar as estrelas do eu” (idem, p. 16), sejam as bem sedimentadas classes médias alemãs, sejam as pessoas nas comunidades periféricas brasileiras, já tão intimamente inseridas no processo de individualização e *no fetiche autárquico*. Isto não exclui, mas de fato torna mais provável que se reaja com a esperança e o anseio de que a família seja um porto-seguro no turbilhão da sociedade contemporânea, uma fonte de reencantamento do mundo (Beck-Gernsheim, 2002, p. 39) <sup>114</sup>. Citando Talcott, Beck (2003, p. 71) fala sobre indivíduos desonerados das constrictões da família tradicional e *livres* para viver sua própria vida que, a um só tempo, querem ardentemente “se diluir em relações emocionais com as outras (...) essas culturas individualizadas desenvolvem uma concepção de amor, amor no sentido mais lato da palavra, amor no sentido do intercâmbio emocional, da ideia de simplesmente transcender as fronteiras da própria pessoa”.

Contudo, a estrutura familiar tradicional é incombátível com as novas demandas por liberdade e autorrealização de homens e mulheres (Beck, 1998). Talvez seja justamente por conta desse apego à estrutura familiar nuclear de pai, mãe e filhos, que se pode afirmar com Giddens que a “separação e o divórcio, e suas consequências, podem levar a ansiedades duradouras e a distúrbios psicológicos” (2002, p. 17). Esta *família dos comerciais de margarina* não habita apenas o imaginário dos cientistas sociais e dos indivíduos, mas é também bandeira levantada por políticos conservadores. Beck-Gernsheim (2002) cita o partido trabalhista de Tony Blair, e a celebração dos valores familiares na Inglaterra. O mesmo é visto no Brasil, com campanhas

---

<sup>114</sup> Liv. Trad., do original: “This does not exclude, indeed makes more likely, the appearance of counter-trends and the development of hopes and longings that the family will be a heaven in the stormy seas of the modern world, a source of re-enchantment in a world that has lost its magic”.

capitaneadas pelo movimento político neopentecostal, como um todo, e políticos autoritários que surgem como vestígio do regime ditatorial, ocupando um vácuo político deixado pelo PT e outros partidos identificados com a Esquerda. A busca é pela família idealizada e pela segurança como resposta às incertezas e ameaças, à perda de referências sociossimbólicas e pela sensação de abandono e excessiva liberdade.

Com a dissolução das balizas da família, os limites se tornam nebulosos. Nos debates políticos, nas políticas públicas, na pesquisa acadêmica e no dia-a-dia, a incerteza e a insegurança quanto à definição do que comporia a família crescem e com elas o valor das velhas redes sociossimbólicas tradicionais de significação subjetiva (Beck-Gernsheim, 2002). O modelo burguês de família era composto por uma união para toda vida, entre o pai, a mãe e os filhos, legitimado pelo reconhecimento jurídico do casamento. Hoje, com a inserção da mulher no mercado de trabalho, com as famílias monoparentais matriarcais, as mães solteiras e divorciadas, e as *produções independentes*, as mudanças na família se acentuam. Esses avanços médicos nas técnicas reprodutivas abrem um novo leque de questões sociais, sanitárias, éticas e jurídicas em torno da família.

De acordo com Beck-Gernsheim (2002, p. 4), somadas ao rápido desenvolvimento de tecnologias médicas, as transformações na legislação abriram a família às escolhas individuais<sup>115</sup>. Um exemplo próximo é a recente decisão do STF, o tribunal constitucional brasileiro, que reconheceu a união homoafetiva como entidade familiar. O STF reconheceu a união estável entre pessoas do mesmo sexo em 2011, ao julgar a Ação Direta de Inconstitucionalidade - ADI n.º 4277 e a Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental - ADPF n.º 132 ajuizadas, respectivamente, pela Procuradoria-Geral da República e pelo ex-Governador do Rio de Janeiro, Sérgio Cabral (PMDB). Reconhecida pela legislação civil, fica garantida a facilitação da conversão da união homoafetiva em casamento, conforme o art. 1.726, do CC/2002: “A união estável poderá converter-se em casamento, mediante pedido dos companheiros ao juiz e assento no Registro Civil”.

---

<sup>115</sup> Liv. Trad., do original: “*In addition to the rapid development of medical technology, changes in family law have created various new options*”.

Esta decisão desencadeou conversões de uniões estáveis entre pessoas do mesmo sexo país afora, levantou a questão de se a previsão legal modificou a interpretação da CF/1988, e as questões do casamento homoafetivo e da adoção por casais do mesmo sexo. Internacionalmente, além da ampliação do conceito legal de entidade familiar, houve radicais mudanças nas formas de família como a coabitação, a união estável e um crescimento exponencial de pessoas morando sozinhas ou em famílias monoparentais (Beck, 1998). No Brasil, os censos promovidos pelo IBGE<sup>116</sup>, em 2000 e 2010, seguem no sentido das mudanças apontadas por Beck. As uniões consensuais (sem casamento civil) subiram de 28,6% (2000) para 36,4% (2010), A proporção de pessoas morando sozinhas foi de 9,2%, em 2000 para 12,1%, em 2010. O número de divórcios praticamente dobrou, indo de 1,7% para 3,1% e houve um aumento da proporção de famílias sob responsabilidade exclusiva de mulheres, que passou de 22,2% para 37,3%.

O que se percebe é uma *família individualizada* (Beck, 2010), em que seus membros se veem como agentes e planejadores de sua biografia e responsáveis pelo sucesso (ou fracasso), que assumem individualmente. Homens e mulheres, pais, irmãos e filhos buscam esta realização como um imperativo que lhes cai sobre os ombros, e o cuidado com o familiar *doente* assume a dimensão de um obstáculo aos planejamentos a longo prazo e geram, por si só, impasses, crises familiares e sofrimento. Somado ao processo de adoecimento, o peso das imposições de padrões biográficos e pressões de mercado (educação e trabalho) podem gerar ou agravar impasses e adoecimentos mentais. Os ideais do CSMC se chocam com essa nova configuração de família individualizada, que não se harmoniza aos seus esquemas de pensamento e modelos de sociedade.

O mesmo se dá com a imagem construída em torno do trabalho pelo CSMC. O trabalho aparece como estratégia terapêutica de desinstitucionalização através das experiências de geração de renda e trabalho assistido<sup>117</sup>. Em 2003, no Fórum Social

---

<sup>116</sup> Disponível em: <https://goo.gl/CjCM2Z>. Acesso em jan. 2016.

<sup>117</sup> No programa De Braços Abertos, da Prefeitura de São Paulo, lançado em 2013 pelo ex-prefeito Fernando Haddad (PT), a economia solidária era um dos conceitos estruturantes desta ação que se tornou paradigmática para o Campo, na interlocução entre drogas e sofrimento psíquico, e vista pelos movimentos como uma trincheira a ser defendida, com a derrota de Haddad, que concorreu à reeleição

Mundial, é anunciada pelo ex-Presidente Lula da Silva a criação da Secretaria Nacional de Economia Solidária - SENAES, sob direção de um dos fundadores do PT, o economista e professor aposentado da USP, Paul Singer, falecido em 2018. Em 2004, em Brasília, ocorreu a primeira “Oficina Nacional de Geração de Renda e Trabalho de Usuários de Serviços de Saúde Mental”, em parceria com a SENAES (Martins, 2014). Em 2005, foi assinada conjuntamente pelo MS e Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), a portaria interministerial n.º 353, que institui o Grupo de Trabalho de Saúde Mental e Economia Solidária, e estabeleceu mecanismos de mapeamento, articulação e financiamento de experiências de geração de renda e trabalho.

O trabalho é descrito por publicações do Campo como instrumento de reabilitação psicossocial e reconstrução da cidadania (Quinderé, 2010, apêndice 01; Saraceno, 2016). Segundo Hirdes (2009, p. 166, apêndice 01), o trabalho se “constitui quase na única possibilidade de ser aceito, amado e compreendido em nossa sociedade”, o que intensifica a segregação do louco, vez que “formas de inclusão social pelo trabalho não são e não estão disponíveis” à adequada singularização da loucura (idem). O trabalho assume um lugar ainda mais relevante, e menos conflituoso, que a família e suas carências materiais, de formação assistencial ou de acolhimento e resiliência. Afinal, “nada é capaz de fazer a pessoa se sentir socialmente incluída como o trabalho” (Breda e Augusto, 2003, p. 32, apêndice 01) e

Nunca é demais afirmar que o reingresso no mercado de trabalho é de fundamental importância na vida do ser humano. O trabalho dá sentido à vida, significa a perspectiva através da qual se realizam como seres humanos incluídos no sistema. Nas palavras de Arendt (2007), permite ao homem o direito aos direitos (Frazão e Arcoverde, 2009, p. 292, apêndice 01)

---

em 2016. Em setembro de 2016, FEASP, Sindicato dos Psicólogos de São Paulo – SINPSI-SP e outros movimentos já haviam lançado uma nota em defesa do Programa e repudiando declarações de outros candidatos à prefeitura de São Paulo, que ameaçavam encerrar a política pública – disponível em <https://goo.gl/JQTg8x>, acesso em Fev. 2017. A defesa foi retomada em ato promovido pela FEASP, depois de Haddad perder a disputa eleitoral para João Dória (PSDB), em dezembro de 2016 – disponível em: <https://goo.gl/MpMyem>, acesso em Fev. 2017 –, e novamente em fevereiro de 2017: “a preocupação de Dória não é com os usuários, e sim em acabar com um dos símbolos da gestão Haddad e criar a sua. ‘Esse é o jeito do PSDB de governar’”, disponível em <https://goo.gl/NrmYQ2>, acesso em Fev. 2017.



Não estamos negando as possibilidades terapêuticas do trabalho artesanal, isto é, do fazer e do produzir artesanalmente (Costa-Rosa, 2013) <sup>118</sup>. Contudo, o CSMC assume o trabalho assalariado como modelo de aceitação e inserção social, ainda que em suas oficinas terapêuticas reproduza ao máximo um subemprego capturado pela clínica e destituído de garantias sociais. Junto à generalização do subemprego, ou das formas precarizadas que assume a relação de emprego e trabalho, uma crescente individualização dos riscos ocupacionais marca uma mudança estrutural na forma trabalho. Família e trabalho, como coordenadas sociossimbólicas de formação da subjetividade, perdem suas antigas garantias e funções tutelares. Se houve ganhos de regulação, direitos e garantias institucionais ligadas ao trabalho ao longo dos anos; com a flexibilização temporal (jornada) e espacial (local) do trabalho há “uma *privatização dos riscos que o trabalho oferece à saúde física e psicológica*” (Beck, 2010, p. 209). E a situação dos profissionais de SM e o trabalho assistido não passam incólumes ao processo de “*generalização de incertezas ocupacionais*” (idem).

Neste sentido, enquanto há uma crescente privatização e perda das seguranças atribuídas ao regime estatutário dos profissionais do SUS, a inserção dos usuários em oficinas de trabalho assistido, apesar de fazerem referência ao trabalho cooperado, funciona como extensões dos serviços de saúde, sem garantias trabalhistas ou previdenciárias, já que ali se dá espécie *melhorada* de laborterapia, ou trabalho terapêutico. No Município de Guarulhos (SP), o *Tear* integra a RAPS e “atua no campo da inclusão social pelo trabalho, convivência e cultura da população em situação de sofrimento psíquico e/ou outras vulnerabilidades socioafetivas” <sup>119</sup>. Sem ser, de fato, uma cooperativa em que os trabalhadores não alienam sua força de trabalho, “(...) o *Tear* consolida-se como uma iniciativa pública de geração de trabalho e renda a partir da aproximação com o campo da economia solidária, gerando valores como cooperação, coletividade, solidariedade, sustentabilidade e promoção da saúde”, com “atividades artesanais e de serviços por meio de nove oficinas de trabalho e um espaço cultural

---

<sup>118</sup> Dialogando com Marx, Costa-Rosa (2013, p. 52) diz que “Há no trabalho em Saúde Mental uma mestria artesanal, um saber-fazer que deve ser da ordem da técnica, mas não sem *poiesis* (criatividade e arte)” e discute sua importância nas estratégias da Atenção Psicossocial.

<sup>119</sup> Disponível em <https://goo.gl/zRiNVf>. Acesso em jul. 2017.

denominado multiforme, com diferentes intervenções culturais e de convívio, reafirmando o potencial produtivo e criativo dos participantes” *Idem*.

Em Campinas (SP), outra referência nacional de trabalho assistido, o Núcleo de Oficinas e Trabalho – NOT, “funciona como [se fosse] uma ‘cooperativa’, havendo a preocupação da equipe que o gerencia em favorecer a participação democrática dos usuários em todas as etapas do processo de trabalho, isto é, na produção, venda e processo de remuneração” <sup>120</sup>. Através do trabalho, o usuário se *reconstruiria*: a “produção é de um sujeito (portanto produtivo) e que ao mesmo tempo, é estruturado por sua produção. O encontro com o resultado dessa produção gera efeitos de reconhecimento deste sujeito com sua história e com sua identidade” *idem*. Absorvido pela *Epicentria*, o NOT é uma extensão terapêutica da RAPS da Prefeitura de Campinas e da OS (ou entidade conveniada símile) *Serviço de Saúde “Dr. Cândido Ferreira”*, contando com uma *triagem* em que “o usuário é encaminhado pelos serviços de saúde do município e após conhecer o projeto opta por uma das Oficinas de Trabalho” *idem* e *bolsa oficina*

(...) como resultado da produção e venda dos produtos. O resultado das vendas é dividido entre os participantes da oficina de acordo com a avaliação de desempenho de cada um. Essa avaliação é feita em grupo pelo coordenador, monitor e grupo de usuários durante o mês, considerando-se critérios como assiduidade, pontualidade, responsabilidade, iniciativa, criatividade, higiene pessoal, relação com o grupo e desempenho na tarefa específica *idem*.

Em que pesem as expectativas do CSMC e as possibilidades terapêuticas do trabalho artesanal, produção e venda deste trabalho, este é o quadro geral em que trabalho formal e informal, emprego e desemprego estão amalgamados. O trabalho *normal* típico da sociedade industrial e formas flexíveis de subemprego precário convivem em uma ambivalência típica “da sociedade de risco, com a ressalva de que esse segundo mercado se expande quantitativamente e absorve cada vez mais o primeiro” (Beck, 2010, p. 2010). Como alerta Beck (*idem*, p. 211), se “até recentemente era de se presumir que um reaquecimento da economia levaria à redução do desemprego [*normal*], nos últimos anos ficou claro que uma variável é independente da outra”, seja quanto às políticas público-estatais ou empresariais.

---

<sup>120</sup> Disponível em <https://goo.gl/c5dLq9>. Acesso em jul. 2017.

Sob a regência do gerencialismo e racionalidade tecnocrática de eficiência-eficácia, o CSMC promoveu modesta e fugaz resistência, naturalizando a terceirização como imposição legal (LC n.º 101/2000) e da conjuntura de crise econômica. As ideias rotellianas de *consumo terapêutico* e empresa social (Rotelli, 1994, 2000) associadas às tecnologias de cogestão ou corresponsabilização voltadas para a produção de vida e saúde mental (Amarante, Carvalho, 1996; Onocko-Campos, 2001; Merhy, 2007), harmonizam-se com “as vantagens em termos de produtividade para as empresas” (Beck, 2010, p. 214), que podem avaliar de forma flexível o volume de trabalho necessário em função dos objetivos da gestão, demandando uma atuação *criativa* e *heroica* (Rotelli, 2001), *engajada* e *autofágica* dos profissionais, “no sentido de que um produtor de novas possibilidades de vida, que para isso consome a sua própria, se não a produzir o tempo todo, se exaure” (Merhy, 2007, p. 62). Estas formulações se inserem na metamorfose social que marca a passagem da *sociedade disciplinar* para a *sociedade de desempenho*: no lugar de proibições e mandamentos, tem-se a motivação, iniciativa e criatividade do indivíduo como empresário de si mesmo (Han, 2014), capaz de autoadministrar até mesmo suas emoções (Salecl, 2012). Aproximando-nos da reflexão de Žižek sobre o neoliberalismo (2011, p. 53), o CSMC acentuando a “interação autopoiética e a auto-organização espontânea acabou usurpando da extrema esquerda a retórica da autogestão dos trabalhadores, transformando o lema anticapitalista em capitalista”.

A sociedade do desempenho de Han, inserida no quadro epistemológico geral da Contemporaneidade, é adoecedora não apenas pela exclusão do mundo do trabalho e da produção, *mas pela inclusão dos indivíduos, cindidos entre as pressões inconciliáveis da família e do alto desempenho profissional*. De um lado, as demandas familiares e expectativas de criação de laços pessoais e, de outro, o imperativo de autoconstrução biográfica dependente do mercado e das exigências ocupacionais por disponibilidade e mobilidade. Nesse quadro, as pressões para que os indivíduos sejam “agentes garantidores de uma existência mediada pelo mercado” (Beck, 2010: 193) e as dificuldades impostas pelo adoecimento, somam-se. Os padrões biográficos pautados pela educação e pelo mercado de trabalho, como em uma *esteira biográfica de montagem* inescapável, determinam os planos e projetos de vida. Aqui, o cuidado familiar relacionado aos processos de adoecimento pode gerar situações de conflito

ainda mais marcantes e desafiadoras que aquelas relacionadas às posições de gênero e maternidade/paternidade.

A inclusão das mulheres no mercado de trabalho, para além dos conflitos contemporâneos em torno das questões de gênero, ecoa nos cuidados domésticos. O processo de individualização sempre significa uma situação ambivalente de libertação e de constrangimentos à ação. Por um lado, as mulheres têm maior liberdade em relação à obrigação de cuidado doméstico, de outro passam, à moda dos suplícios setecentistas, a serem puxadas pelos braços por demandas da família e, pelas pernas, por demandas do trabalho<sup>121</sup>. É certo que as demandas da dupla jornada de trabalho de mulheres não é novidade, notadamente para mulheres que trabalhavam na composição orçamentária das famílias de baixa renda, especialmente, para o autodenominado *feminismo negro*, em que não estava em pauta a possibilidade de trabalhar fora de casa – obrigação naturalizada entre mulheres negras. Mas há uma mudança fundamental aqui: da *obrigação* de trabalhar em função das necessidades familiares para a *liberdade* de trabalhar em função dos projetos de vida, de autoconstrução biográfica individual. Se, conforme Beck (2012: 32-33),

As pesquisas documentam que para a próxima geração de mulheres, uma carreira e a maternidade serão certamente consideradas parte de seus planos de vida. Se a tendência para as famílias de duas carreiras continuar, então duas biografias individuais – educação, trabalho, carreira – terão de ser consideradas juntas e sob a forma de família nuclear.

As demandas relacionadas ao cuidado decorrente do processo de adoecimento e sofrimento mental (que não é pautado pelo elemento volitivo) comporta conflitos ainda mais marcantes. Trabalho e família deixam de ser o sustentáculo das experiências socio subjetivas fundamentais. Se há alguns anos era suficiente conhecer ou descrever alguém exclusivamente pela sua profissão, hoje isso não é mais possível. Experimentemos um exercício imaginativo banal: alguém que quer apresentar (no nordeste brasileiro, dir-se-ia *alcovitar*) dois amigos ou duas amigas, tendo em vista um relacionamento romântico. Além de *médico*, *professor*, *advogado*, *operador de telemarketing*, *psicólogo* ou *terapeuta ocupacional* e assim por diante, seria preciso

---

<sup>121</sup> Foucault (2008, p. 9) descreve, abrindo seu livro, o suplício em que, por fim, o *paciente* ainda vivo tem seu corpo “puxado e desmembrado por quatro cavalos”, cada um amarrado a cada braço e perna, e tracionando em direções opostas.

responder às perguntas: Já foi casado ou casada? Tem filhos e, se tem, com quem moram? E estes filhos são do casamento ou *produção* independente? E quanto à orientação sexual e a identidade sexual? E o alinhamento político ideológico? O que acha do PT, sobre o afastamento de Dilma, sobre Moro e Lula? É a favor ou contra a ditadura? Foi golpe ou impeachment? O que pensa sobre a legalização das drogas, a pena de morte, a diminuição da maioria penal? É a favor do estado mínimo ou do comunismo, do livre mercado ou do sexo livre? O que pensa sobre as cotas raciais, sobre os usuários de crack no centro da cidade?<sup>122</sup>

Com isto queremos dizer que o trabalho (e a situação de classe) deixa de ser a principal dimensão de construção da identidade individual e com a crescente ampliação neoliberal, as condições de integração pelo trabalho e de ganho de autonomia se tornam cada vez mais limitadas, ainda que o trabalho permaneça como categoria estrutural da sociedade contemporânea e elemento fundamental para compreendê-la, e dimensão marcante do processo de subjetivação. Contudo, o trabalho e família não respondem mais às expectativas idílicas e comunitárias de realização individual, reabilitação e promoção de saúde e felicidade. Trabalho-família, inclusão e saúde em oposição à Psiquiatria, exclusão e adoecimento mental é um antagonismo que não se sustenta hoje, se é que já se sustentou. A inclusão pelo trabalho e família não significa menos sofrimento-adoecimento e, pelo contrário, sob exigências de desempenho e flexibilidade no trabalho e nas relações de afeto, companheirismo e sustento na família; os impasses, crises e adoecimento são uma realidade com a qual o CSMC precisa se haver. A destradicionalização da família e do trabalho integram a dissolução de instâncias ou agências nômicas (Benilton, 2007; Salecl, 2012), que marca uma metamorfose radical na subjetividade e na forma de atuação da Psiquiatria.

---

<sup>122</sup> No *site* da revista digital *Everyday Feminism* foi publicada uma coluna com o título “10 coisas que toda feminista interseccional deveria perguntar no primeiro encontro” (10 Things Every Intersectional Feminist Should Ask On a First Date). Como diz a autora, “O pessoal é político”, e as perguntas englobam temas como posicionamentos sobre *Black live matters*, opiniões sobre gênero e orientação sexual, colonialismo e direitos indígenas, e apoio a imigrantes e pessoas com deficiência. De acordo com o texto, “estas são questões a serem feitas antes de se ficar íntimo de alguém” (But there are questions we have to ask before we get close to someone). Disponível em: <https://goo.gl/jHUXiM>. Acesso em Dez. 2017.

## 4.2. SUBJETIVIDADE CONTEMPORÂNEA

*“Digo: o real não está na saída nem na chegada: ele se dispõe para a gente é no meio da travessia”.* (Rosa, 2005, p. 80).

No Campo, há um recorrente antagonismo entre a dimensão individual e as dimensões do social e do político, associadas ora à dimensão das relações com o Estado e transformações estruturais (Amarante, 1995), ora às políticas direcionadas às comunidades e grupos (Onocko-Campos, 2001, apêndice 01) e ao olhar excessivamente *sociologizante do doente mental* (Passos, 2009) ou, ainda, opondo o universo mental, objeto da clínica individual, às políticas e práticas *psico-sociais* – às necessidades em saúde, à determinação social do processo saúde-doença mental. É um dualismo que, em síntese, opõe o indivíduo à sociedade. Está é uma oposição que não é estranha, tampouco, às Ciências Sociais, como nos mostra Elias (1994, p. 129): os conceitos de indivíduo e de sociedade “exibem conotações que sugerem que estejam sendo usados para apontar não apenas diferenças, mas uma antítese”.

Neste sentido, a sociedade é por vezes colocada, pelo CSMC, em posição antagônica ao indivíduo, enquanto ameaça de destruição ou apagamento de sua singularidade. A dimensão supra-individual é compreendida em oposição à “subjetividade única e absolutamente singular” (Freitas, 2004, p. 229, apêndice 01), que se aproxima mais de uma bandeira de afirmação dos ideais da Reforma do que, propriamente, de uma construção teórica ou histórica pautada por um olhar sobre este *sujeito singular* – e neste sentido incorre em uma *objetificação* tão anuladora do indivíduo, quanto aquela que se dá nas relações de produção (Basaglia, 1985) ou na Psiquiatria manicomial (Rotelli, 2001). É a contradição da *paixão pelo real* como negação da realidade (*vide* p. 193 desta Tese), e neste sentido ao colocar o indivíduo sob o *microscópio* da singularidade cotidiana, têm-se um indivíduo atomizado, a-histórico e dissociado da realidade das relações, forças e estruturas sociais. Esta marca idealizada da diferença e da absoluta singularidade cinde o objeto do Campo – à imagem *espelhada* da Psiquiatria tradicional à qual diz se opor e que por essa oposição se define (*cf.* Rotelli, 2001) – colocando de um lado o *singular* e o *eu* em oposição ao *social* e o *outro*, ainda que defenda a Reforma Psiquiátrica enquanto um encontro destas duas

dimensões, como sugere Yasui (2006, p. 26) e, contudo, permanecem distintas. Já para Onocko-Campos (2001, p. 99, apêndice 01)

(...) o escopo do olhar abriu-se tanto que já não mais enxergava os indivíduos, os problemas de saúde seriam problemas dos grupos e comunidades (...). A dimensão social continua cindida, pois agora se pode olhar e até escutar as comunidades, mas elas não se encarnam em doentes concretos.

Apropriando-se da lógica *thatcherista*, Onocko-Campos pergunta *quem é a comunidade? Não existe tal coisa! Há doentes. Não há sociedade*. Seguindo a tradição rotelliana, a autora dissocia a dimensão política e social – ou as trabalha de forma *virtualizada* na perspectiva do cotidiano e do *sujeito no corpo social* (cf. Capítulo 3) – opondo o *cidadão* (indivíduo político) ao doente (*objeto* da clínica). Denunciando o que entende como um olhar excessivo para o primeiro em detrimento do segundo, critica: “Os cidadãos devem ser escutados; os doentes nem tanto” (idem, p. 99). Onocko-Campos cita a invenção da saúde, a reprodução social do doente e, os trabalhos com a família e com grupos, para ao fim reafirmar a trajetória e história *singulares*. Mais uma vez, parece retomar Thatcher, quando esta disse:

Não há sociedade. Há o entrelaçamento vivo de homens e mulheres e pessoas e a beleza deste entrelaçamento e a qualidade de nossas vidas dependerá do quanto cada um de nós se responsabilizará por si e cada de um de nós está preparado para se voltar e se esforçar em ajudar aquelas desafortunados<sup>123</sup>.

Toda esta oposição está na base da *Perspectiva Micropolítica* e da inflexão pós-1987, já bastante explorada nos capítulos anteriores. Contudo, nossa discussão sobre subjetividade não se refere ao indivíduo autárquico da *Perspectiva Micropolítica* (cf. Subcapítulo 3.3). Diferencia-se, ainda, da noção de singularidade, particularidade e individualidade que o CSMC associa à subjetividade e opõe à dimensão do coletivo.

---

<sup>123</sup> Em 23 de setembro de 1987, em entrevista ao periódico semanal britânico “Woman's Own”, Margareth Thatcher dizia: “quem é a sociedade? Não existe tal coisa! Há indivíduos, homens e mulheres, e há famílias (...). Não há sociedade. Há o entrelaçamento vivo de homens e mulheres e pessoas e a beleza deste entrelaçamento e a qualidade de nossas vidas dependerá do quanto cada um de nós se responsabilizará por si e cada de um de nós está preparado para se voltar e se esforçar em ajudar aquelas desafortunados”. Em livre trad. “*who is society? There is no such thing! There are individual men and women and [end p29] there are families (...) There is no such thing as society. There is living tapestry of men and women and people and the beauty of that tapestry and the quality of our lives will depend upon how much each of us is prepared to take responsibility for ourselves and each of us prepared to turn round and help by our own efforts those who are unfortunate*” Disponível em <http://www.margareththatcher.org/document/106689>. Acesso em Mai. 2017.

#### 4.2.1 O que (não) é Subjetividade para efeitos desta Tese

Dentre os autores com os quais dialogamos, é Žižek (2012, p. 252) quem melhor sintetiza (valendo-se de Beck) a mudança paradigmática que a modernização reflexiva promove sobre a subjetividade, pelo “modo como nossa postura subjetiva fundamental passou de ‘tenho fome’ para ‘tenho medo’”. Como síntese, é um bom lugar para começarmos nossas reflexões sobre a subjetividade contemporânea. De imediato, faz-se *mister* ter muita clareza do que nós chamamos de *subjetividade: entendemos a subjetividade como relação simultaneamente individual e social*. A subjetividade é a forma pela qual o indivíduo se relaciona consigo mesmo, com outros indivíduos, e com a sociedade e suas instituições. Nos termos que coloca Salecl (2005, p. 11), diz respeito a certa percepção (consciente e inconsciente) do indivíduo sobre si mesmo “bem como [às] mudanças de sua posição dentro da sociedade como um todo”. Neste nosso entendimento, o processo de subjetivação é orientado por uma rede referencial sociossimbólica de significação, e reciprocamente dá forma à rede de funções e relações assumidas pelos indivíduos em sociedade.

Neste ponto, é preciso marcar a distinção entre *Subjetividade* e *subjetivismo*. É preciso lembrar, com Badiou (2017, p. 15), que mesmo nossas experiências mais particulares, nossas sensações mais íntimas de alegria ou angústia, aquilo que tomamos como *só nosso*, “é totalmente forjado e constituído por relações que remetem imediatamente à ditadura da figura do real (...) aquilo que ‘real’ quer dizer nas opiniões dominantes” estruturando por uma ordem sociossimbólica historicamente constituída<sup>124</sup>. E, por outro lado, não se trata da tentativa de “sociologização da psicanálise”, para usar a expressão de Adorno (2015, p. 43), mas da compreensão de que as dinâmicas psíquicas e as dinâmicas sociais estão em constante processo dialógico de determinação e significação recíprocas, reconhecimento da “ação recíproca entre fatores sociais e psicológicos” (idem).

---

<sup>124</sup> O “caráter intimidante” do real em Badiou (2017) diz respeito a certo monopólio sobre a *verdade do real* que nos é imposto, “uma opinião dominante segundo a qual existiriam realidades impositivas a ponto de não se poder imaginar uma ação coletiva racional cujo ponto de partida subjetivo não seja aceitar essa imposição” (idem, p. 7, *sic.*)



A subjetividade é sempre um constructo histórico e, nesta Tese, preocupamo-nos com a *subjetividade contemporânea* enquanto produção histórico-reflexiva do segundo processo de modernização e, portanto, constituída de forma *não-planejada e não-estratégica*. A subjetivação contemporânea se caracteriza como processo de formação histórico-social do indivíduo, peculiar ao Processo de Individualização e à Sociedade de Risco, nos termos empregados por Beck e Beck-Gernsheim (Beck-Gernsheim, 2002; Beck e Beck-Gernsheim, 2002; Beck, 2010). Ao discutir a subjetividade contemporânea, não nos interessa tampouco o olhar atomizado ou *psicologizante* sobre o indivíduo ou a defesa de um ideal de autonomia, ou do olhar e posição singulares dos sujeitos; mas tentar entender como se dá, na dimensão individual, a incorporação do processo social de individualização dos riscos, a forma como o indivíduo internaliza a entrada “numa dinâmica institucional endereçada ao indivíduo, não ao grupo” e em que “muitos problemas basicamente condicionados pelo institucional são descarregados nos indivíduos” (Beck, 2003, p. 69). Em outras palavras, como se relacionam e se constituem, reciprocamente, a *realidade psíquica* e a *realidade social*: como, psiquicamente, os indivíduos assumem e atuam segundo o imperativo de autoconstrução e responsabilidade individual, na *self-derivem culture*. Parece-nos insuficiente pensar apenas do ponto do indivíduo *consciente*, de sua autopercepção e do temor frente ao abismo material ou inseguranças culturais percebidas conscientemente – ainda que estes dois aspectos sejam também verdadeiros. Então, a síntese de Žižek sobre a passagem do *tenho fome* para o *tenho medo* não se realiza, plenamente, pela (auto)imagem do indivíduo que avalia, escolhe e age *conscientemente*.

Neste sentido, subjetividade não é apenas (falsa) autoconsciência, autoimagem ou autopercepção, alienação ou ideologia, não é apenas conhecimento e reflexão. Os indivíduos não estão sempre conscientes das razões de seu comportamento, de suas reações e sentimentos. Apesar de uma percepção e potencial racionalização que lhes permite “fazer interpretações discursivas da natureza e das razões do seu comportamento” (Giddens, 2002, p. 39), há algo de mais sutil, que escapa ao registro da consciência, que ora pende sobre o que os indivíduos (não) sabem, ora sobre o que eles (não) fazem (Žižek, 1996).

Desde a virada do século XIX para o século XX, conhecemos o caráter dinâmico das “idéias que se mantêm à parte da consciência, apesar de sua intensidade e atividade” (Freud, 1976, p. 144, *sic.*), de estados e eventos psíquicos volitivos e não-volitivos, conscientes e inconscientes, de uma vida psíquica ligada às transformações civilizacionais. O inconsciente não é a negação do caráter social da subjetivação, mas sua confirmação: a ideia de que mesmo os mais recônditos aspectos do comportamento humanos – inacessíveis à consciência e que fogem às técnicas de condicionamento eficaz do comportamento da tradição *behaviorista* – são uma construção histórico-reflexiva e social: da linguagem, das instituições, dos valores e normas socialmente compartilhados, da rede de funções e relações que o indivíduo estabelece em sociedade. A psicanálise “empresta um brilho humano a uma realidade inumana” (Adorno, 2015, p. 63). Neste sentido, a subjetividade não se opõe ao social-coletivo, mas eles antes estabelecem uma dinâmica dialética radical. Um indivíduo que não é *apenas* singular *ou* coletivo, natural *ou* cultural: a subjetivação deste indivíduo se dá por “uma ruptura radical imposta pela ordem simbólica à dimensão natural do indivíduo humano” (Bezerra Jr., 2013, p. 223), isto é, pela entrada na linguagem e na cultura. “Esse sujeito, embora dependa da existência da atividade psíquica promovida pelo funcionamento neuronal (sem cérebro não há sujeito), não é pensado como uma propriedade naturalmente emergente dos mecanismos neurológicos”, mas heterônomo em relação à natureza (Bezerra Jr., 2013, p. 223).

A psicanálise evoca as relações entre cultura e indivíduo, entre restrições ou estímulos culturais que conformam a fantasia e o desejo, as formas como se ordena o gozo nos discursos do laço social, os sentimentos de inadequação, sofrimento, infelicidade, que marcam a subjetividade contemporânea. E neste sentido, o quanto o sofrimento mental é marcadamente cultural. A ruptura originária, imposta pela ordem simbólica a que se refere Bezerra Jr. (2013), os contatos violentos com o *real* discutidos por Badiou (2007, 2017) e as experiências traumáticas que atingem a realidade psíquica (Žižek, 2012), no decorrer da vida, respondem ao alerta de Adorno (2015, p. 48) de que uma crítica à sociedade atual “não pode se furtar ao fato de que ela é experienciável em choques, em golpes repentinos e abruptos, condicionados precisamente pela alienação do indivíduo em relação à sociedade”. Ainda, segundo Žižek (2012-b, p. 10), “as determinações ‘objetivas’ da realidade social são ao mesmo tempo determinações

‘subjetivas’ do pensamento (determinações dos sujeitos presos nesta realidade)” ao ponto em que “os limites de nosso pensamento, seus impasses e contradições, são ao mesmo tempo da realidade objetiva social em si”.

O inconsciente implica, ainda, em algo que extrapola a razão e o esclarecimento, e que não pode ser debelado ou superado apenas pelo esclarecimento consciente, e que reafirma a ingovernabilidade dos indivíduos em um contexto de *dissolução do Grande Outro* (Bezerra Jr., 2007; Salecl, 2012). O inconsciente advoga em nome do humano não-programável e não-gerenciável, seja por dispositivos e estratégias de gestão, seja por determinismos hereditários e engenharias genéticas. Em verdade, os indivíduos e sua rede subjetiva de relações tornam-se cada vez *menos administráveis*, cada vez mais *ingovernáveis* e *imprevisíveis*, o que é uma questão-chave para pensar o CSMC e as políticas públicas do setor saúde.

Apesar de ser uma ideia construída a partir e em torno do indivíduo, a subjetividade contemporânea não é igual ao indivíduo da ideologia neoliberal (*aquele que tudo pode*), tampouco o indivíduo da crítica à ideologia neoliberal (*aquele que nada sabe*). O indivíduo da subjetividade contemporânea não é o herói transformador de Rotelli (2001) e Amarante (1995, 1997), mas também não é o *vírus que corrompe e ameaça a integridade do sistema*. Tomemos o seguinte exemplo: no segundo filme da trilogia Matrix, das irmãs Wachowski<sup>125</sup>, aquele que conhecíamos como o *programa Agente Smith* reencontra Neo e eles travam um dos diálogos mais interessantes do filme:

Agora, aqui estou eu graças a você, senhor Anderson, graças a você eu não faço mais parte do sistema. Graças a você eu estou desconectado [*unplugged*]: um novo homem, por assim dizer, como você, aparentemente, livre. Mas, como você bem sabe, aparências podem enganar. Isto me traz de volta à razão de estarmos aqui: não estamos aqui porque somos livres, estamos aqui porque *não* somos livres.

E esta é a imagem do sujeito neoliberal ou *neossujeito* da crítica à ideologia neoliberal, que se acha livre, mas em verdade é um produto de forças externas: as aparências podem enganar, “não estamos aqui porque somos livres, estamos aqui porque não somos livres”. Smith não é mais um *agente* da Matrix, não luta mais pelo sistema contra os *hackers* rebeldes. Ele assume a figura metafórica do *vírus de*

---

<sup>125</sup> **Matrix Reloaded**. Direção: Lana Wachowski e Lilly Wachowski. 136 min. EUA: Warner Bros., 2003.

*computador*, um programa *defeituoso* que persegue não apenas os insurgentes, mas ameaça a própria Matrix e as máquinas, como é dito por Neo ao *Deus Ex-Machina* – interface central para comunicação com as máquinas, fora da Matrix: “O programa Smith cresceu além de seu controle, em breve ele vai se espalhar por esta cidade como ele se espalhou na Matrix”<sup>126</sup>. Smith seria este *neossujeito* enquanto anomalia patológica fabricada pelos dispositivos biopolíticos do patronato, e que ameaça a coesão social, destrói a solidariedade, a consciência de classe, as comunidades e assim por diante, em nome dos interesses neoliberais que incorpora. A solução – mesmo entres os grupos identificados à Esquerda – é *restaurar o sistema*, dar um *reboot* na Matrix (como ao final do terceiro filme), tentar voltar atrás o relógio da história, retomando a expressão de Hobsbawm (2009, p. 92), e retornar pela escada do Processo de Individualização. Retomemos a provocação de Žižek (2008, p. 414), em sua própria leitura da trilogia Matrix:

(...) a solução [de Neo] é arriscar a revolta total, resignar-se aos jogos locais de ‘resistência’, permanecendo dentro da Matrix, ou envolver-se numa colaboração entre classes com as forças ‘boas’ da Matrix? É aí que termina *Matrix Reloaded*: no fracasso do ‘mapeamento cognitivo’ que espelha com perfeição as tristes tribulações da esquerda atual e de sua luta contra o sistema.

Neste sentido, a subjetividade contemporânea não corresponde ao (1) ideal de indivíduo empreendedor plenamente livre, criativo e autônomo, tampouco (2) ao indivíduo que *se pensa* livre, mas é fabricado por dispositivos e estratégias de gestão empresarial. Na crítica *neofoucaultiana*, as estratégias pedagógicas e dispositivos de gestão fabricam o indivíduo, à imagem de um plano orquestrado por algum enxadrista abstrato e ideal, ora personificado pelo Estado, ora pelo patronato, valendo-se de técnicas específicas, prêmios e coerções, avaliações, vigilância e disciplina. É preciso levar em consideração que esta leitura imprime (1) *intencionalidade* ao processo histórico de transformação social, uma conspiração não apenas global, mas atemporal e onipotente, racionalmente organizada e administrada *plenamente* por autoridades políticas e econômicas, o que evoca (mais uma vez) a distopia futurista das irmãs Wachowski; e (2) *governabilidade dos indivíduos*, recolocando-os como peças do xadrez, colonizáveis, passíveis de serem plenamente administrados.

---

<sup>126</sup> **The Matrix Revolutions**. Direção: Lana Wachowski e Lilly Wachowski. 129 min. EUA: Warner Bros., 2003.

Este *neossujeito* descreve, em alguma medida, elementos da subjetividade contemporânea, que “age na ilusão de ser dono de uma autonomia sem limites” (Beck, 2003, p. 73), mas é também uma leitura parcial e insuficiente, reducionista e enganosa da subjetividade contemporânea. O *neossujeito* é um *aggiornamento* das leituras do trabalho e da sociedade industrial, orbitando em torno da figura atualizada da *empresa*, imerso em sua atividade laboral e transmutado em *mônada empresarial* que visa apenas à competição e intensificação do desempenho, e que “[como os esportistas profissionais] não hesitam um instante sequer em se vender a quem pagar mais, sem muitas considerações a respeito da lealdade e da fidelidade” (Dardot e Laval, 2016, p. 354). Esta leitura se insere em uma longa tradição – presente no CSMC e na PNSM (Brasil, 2013) – que “consistem na reedição do tema familiar de que o capitalismo gera individualismo, sendo a obsessão com a terapia uma consequência da ilusão da autossuficiência atomística” (Rose, 2011, p. 217).

A imagem deste *neossujeito* egoísta e cínico não se confunde com a subjetividade contemporânea, ainda que este arquétipo-estereótipo possa ser identificado na Contemporaneidade. Não explica, por exemplo, os jovens organizados ao redor do mundo contra o 1% (Beck, 2012-b), as mobilizações políticas de jovens e estudantes no Brasil, a atuação engajada por ideais coletivos nas mais diversas frações ideológicas, ou mesmo dinâmicas peculiares aos movimentos sociais pela Reforma Psiquiátrica e do modo de funcionamento dos serviços de SM. Isto porque, conforme sustemos, a subjetividade contemporânea é estabelecida por “pessoas com muita sensibilidade em relação às outras, às necessidades das outras, tanto que só conseguem organizar a própria vida enredando-a com as demais” (Beck, 2003, p. 74-5). O estereótipo do egoísmo neoliberal não responde à complexidade das subjetividades de risco contemporâneas, em que os indivíduos se relacionam como

(...) artesãos não só de sua existência como de redes. São quase empresários, empresários sociais de si mesmo, pois só conseguem viabilizar a vida em processos permanentes de conagração com as outras. Portanto, nesse sentido, levar vida própria significa levar uma vida social e inclusive de modo muito mais consciente que outrora (idem, p. 75).

Esta não é uma visão utopista ou mesmo otimista. Pautamo-nos pela observação de eventos mundiais como o *Occupy Wallstreet*, a *Primavera Árabe*, os *Indignados* na Espanha, em 2011, as *Jornadas de Junho* no Brasil, em 2013, e os

movimentos secundaristas e as ocupações de escolas, em 2016, por exemplo. Pesquisas empíricas<sup>127</sup> nos permitem afirmar que mesmo as mobilizações nacionalistas e anti-corrupção, identificadas à Direita, traziam bandeiras de igualdade e liberdade civis, e direitos sociais “de maneira surpreendentemente forte a universalidade, o caráter público e a gratuidade dos sistemas de educação e saúde” <sup>idem</sup>, o que dificilmente seria explicado pela fórmula dos *neossujeitos*. Mesmo a autoimagem transformadora e revolucionária dos profissionais do CSMC não condiz com os *neossujeitos* de Dardot e Laval (2016). A aparente contradição evidenciada em pesquisas empíricas é: (1) entre pessoas que representam valores egoístas de realização pessoal e ao mesmo tempo tem ideais de bem-comum e, por outro lado, (2) os destinatários dos serviços assistenciais e de redistribuição de renda, que também buscam a (auto)realização de seus projetos individuais, enfim

(...) se pode falar em individualismo altruísta ou em egoísmo cooperativo. O importante, porém, é que nós somos obrigados a explicar pela perspectiva do projeto individual a questão do tipo de vínculo e de moral sociais que aqui emerge (...). Acredito que as instituições assistenciais acham difícil entender isso. Ninguém mais está disposto a ser soldado raso na hierarquia da execução de políticas de assistência social (Beck, 2003, p. 76).

A Contemporaneidade sinaliza em direção a uma ética de *individualismo altruísta*, e quem quer que queira viver uma vida independente (*a life of one's own*) deve ser radicalmente sensível às questões sociais e à alteridade (Beck e Beck-Gernsheim, 2002). A subjetividade contemporânea, portanto, não equivale ao *indivíduo que tudo pode* do neoliberalismo tampouco *àquele que nada sabe*, da crítica tradicional ao neoliberalismo. Estas perspectivas contradizem “a experiência cotidiana (e estudos sociológicos) sobre trabalho, família e comunidade, que mostra que o indivíduo não é uma mônada, mas é auto-insuficiente e crescentemente dependente de outros, inclusive nas relações estabelecidas globalmente e com as instituições” (Beck e Beck-Gernsheim, 2002, p. xxi) <sup>128</sup>. Não condiz com o otimismo neoliberal ou do CSMC e à potência do ato de saúde (da *Perspectiva Micropolítica* sustentada na *Epicentria* e no *fetichismo do indivíduo autárquico*, vide Subcapítulo 3), mas também não anuncia o fim dos tempos e

<sup>127</sup> Disponível em <https://goo.gl/5PvxCs>. Acesso em abr. 2016.

<sup>128</sup> Liv. Trad., do original: “conflicts with everyday experience in (and sociological studies of) the worlds of work, family and local community, which show that the individual is not a monad but is self-insufficient and increasingly tied to others, including at the level of worldwide networks and institutions”.

dos valores comunais em que o *individualismo* “é um perigo para a sociedade e/ou para a própria individualidade” (idem) <sup>129</sup>, em que o indivíduo agiria como quem *rompeu com o mundo e queimou seus navios*<sup>130</sup>, ilhado em si mesmo.

Ao discutirmos a *subjetividade contemporânea* nossa intenção é superar certos antagonismos presentes na leitura social, e aqui a contribuição de Elias (1994, p. 23) é importante pois nos ajuda a pensar *Sociedade e Indivíduo* como elementos indissociáveis e dialogicamente constituídos: trata-se de indivíduos que se constituem necessariamente em sociedade, em relações e funções sociais, presentes e passadas, que determinam os “hábitos mentais”, a “autoconsciência” ou “individualidade”. Simultaneamente é a essa “rede de funções que as pessoas desempenham umas em relações a outras, a ela e nada mais, que chamamos ‘sociedade’” (idem). Para Elias, “não apenas a individualidade e a inter-relação social das pessoas não são antitéticas como também a moldagem e a diferenciação especiais das funções mentais a que nos referimos como ‘individualidade’ só são possíveis para a pessoa que cresce num grupo, numa sociedade” (idem, p. 27).

Ele reconhece que a constituição das funções psíquicas dos indivíduos se *crystaliza* em contornos mais nítidos a depender das relações interindividuais que estabelecem e não de sua *natureza inata*. Assim, reafirmar a dimensão inconsciente não implica, em absoluto, retomar o antagonismo indivíduo-sociedade ou promover uma sociedade *psicanalisada* ou *psicologizada* <sup>131</sup>, mas busca o reconhecimento de que nesta relação dialógica entre indivíduos constituídos em sociedade e de uma sociedade constituída por indivíduos, o inconsciente desempenha um papel *inestimável* <sup>132</sup>. Este é um elemento da análise negligenciada pelas ciências sociais. Conforme Ianni (2012, p. 78):

Na luta sobre quem havia de controlar o conhecimento sobre o mundo humano, as ciências sociais, acabaram por (de)negar a natureza, aí incluído o

---

<sup>129</sup> Liv. Trad., do original: “a danger to society and/or individuality itself”.

<sup>130</sup> Referência à música “Eu te amo”, de Chico Buarque (letra) e Tom Jobim (música), do *Long Play* (LP) “Vida” (Polygram/Philips) de 1980.

<sup>131</sup> A tentativa de atribuir à sociedade características individuais como psiquismo, inconsciente, luto e sofrimento psíquico, recalque etc., e às dinâmicas sociais explicações psicanalíticas que transmutem a sociedade e sua historicidade em um “indivíduo coletivo” a ser analisado no divã dos *experts*.

<sup>132</sup> Neologismo do qual lançamos mão, significando aquilo que não pode ser subestimado.

universo biológico e o meio externo natural, bem como (de)negaram o indivíduo focando-se nos processos societários, coletivos. Na árdua luta pela sua validação deixaram de lado dois ‘objetos’ muito caros à saúde - a biologia e os corpos humanos, ou a natureza e os indivíduos.

Segundo Beck e Beck-Gernsheim (2002), as Ciências Sociais em geral são baseadas na **negação** do indivíduo, concentrando seus estudos em categorias como tribos, religiões, classes, associações e sistemas sociais. O indivíduo era reduzido a produto das circunstâncias e a subjetividade – relações conscientes e inconscientes estabelecidas consigo, com outros e a sociedade – é o elemento inescrutável e indefinível. Mas a dimensão psíquica ou mental não é estranha às Ciências Sociais, por exemplo, na discussão de Elias (1994), Simmel (2004) e Goffman (2012), ou quando Beck e Beck-Gernsheim (2002, p. 107) citam “toda uma série de mecanismos [para evitar conflitos subjetivos] que tem sido analisada desde Freud a Leon Festinger”. No ensaio “*A psicanálise revisitada*”, originalmente escrito em 1952, Adorno (2015, p. 44) se refere aos “discernimentos críticos sobre a essência da sociedade que a psicanálise poderia fornecer” e às consequências para teoria social das teorias psicanalíticas sobre as relações entre cultura e indivíduo. Ele vai além e afirma que “a compreensão de Freud sobre a inevitabilidade dos conflitos culturais, portanto, sobre a dialética do progresso” importa para compreensão da “essência da história” (idem, p. 47). Para Adorno, Freud

(...) torna evidente o caráter antagônico da realidade social, até onde é possível à sua teoria e à sua práxis no interior de uma divisão do trabalho predeterminada. A incerteza da própria finalidade da adaptação, a desrazão da ação racional, que a psicanálise revela, refletem algo da desrazão objetiva. Elas se tornam uma denúncia da civilização. (idem, p. 68-9)

No ensaio “*Sobre a relação entre sociologia e psicologia*”, publicado em 1955, Adorno (2015-a, p. 71-2) discute a adesão de massa às políticas fascistas, e critica a análise sociológica restrita à manipulação ideológica da opinião pública:

(...) se considerou necessário, com relação ao fascismo, completar a teoria da sociedade com a psicologia, sobretudo a psicologia social analiticamente orientada. A ação conjunta do conhecimento de determinantes sociais e das estruturas pulsionais predominantes nas massas prometeu um completo discernimento sobre a composição da totalidade (...). Se os fenômenos sociais devem ser deduzidos de condições objetivas ou da vida psíquica dos indivíduos socializados, ou de ambas; se os dois tipos de explicação completam-se, excluem-se, ou se sua própria relação necessita de reflexões teóricas ulteriores – tudo isso se reduz à metodologia.



Na produção sociológica nacional, Ianni (2014, p. 216) nos explica que “toda configuração social de vida e trabalho compreende sempre quadros mentais de referência. As atividades dos indivíduos e coletividades compreendem sempre modos de ser, agir, pensar e imaginar”. Rose (2011, p. 11), na introdução de seu livro, fala-nos sobre a centralidade política e social do indivíduo: “É em torno de nossos *selves* autônomos que entendemos nossas paixões e desejos, moldamos nosso estilo de vida, escolhemos nossos parceiros, casamento e mesmo a paternidade”. Ele fala de uma subjetividade entendida em termos de singularidade, identidade e individualidade, apesar de *distinta de nossa perspectiva*, sua observação é importante e dialoga com as formulações de Beck e Beck-Gernsheim (2002). Segue Rose (2011, p. 11):

Nossa política proclama em voz alta seu compromisso com o respeito aos direitos humanos e poderes do cidadão enquanto indivíduo. Nossos dilemas éticos são debatidos em termos semelhantes (...) noções de autonomia e identidade atuam como ideais ou critérios de julgamento em conflitos sobre identidades nacionais, em lutas por direitos de minorias, e em toda uma variedade de debates nacionais e internacionais.

Rose refere-se a uma autoimagem individual construída historicamente e de uma razão política e cultural de empreendedorismo que “conferiram um valor político vital a uma certa imagem de ser-humano” (idem, p. 210). Essa autoimagem não atende apenas a valores ideológicos identificados à direita, ao contrário, “remetia a pressuposições básicas a respeito do ser humano contemporâneo, as quais permanecem plenamente aplicáveis ao nosso presente” (Rose, 2011, p. 210): autonomia, luta por realização pessoal, responsabilidade individual e significado existencial:

Essas novas práticas de pensar, julgar e agir não são simplesmente questões “privadas”. Elas estão ligadas às formas pelas quais as pessoas figuram no vocabulário político das avançadas democracias liberais – não mais como sujeitos com deveres e obrigações, mas como indivíduos, com direitos e liberdades (idem, p. 210-11).

Tendo em mente as considerações de Rose, podemos dizer que o indivíduo é não apenas o *objeto final* das políticas públicas e regulações jurídicas, mas principal *agente* da metamorfose social contemporânea, com a qual estas políticas e regulações têm que se haver. São os indivíduos, em sua busca por autoconstrução biográfica e realização pessoal, que promoveram as mais radicais transformações nos papéis de gênero, na família, no trabalho e assim por diante, bem como nas identidades e autoimagem das pessoas com diagnósticos psiquiátricos, e nas relações entre loucura e

Psiquiatria, e a sociedade e o Estado. Ignorar a *dimensão subjetiva* seria negligenciar uma análise sobre o papel central desempenhado pelos indivíduos em suas relações consigo mesmos, com outros indivíduos e com a sociedade.

Nesta Tese, a discussão sobre subjetividade é fundamental à compreensão dos mecanismos da Individualização no plano da autopercepção e significação da metamorfose da Sociedade Contemporânea, e como o Processo de Individualização estrutura os posicionamentos e ações individuais. É neste sentido que Beck e Beck-Gernsheim (2002, p. 15) nos dizem: “Veja, por exemplo, a queda do índice de natalidade, que só pode ser decifrada em contraste com as mudanças no quadro de desejos, esperanças e planos de vida de homens e mulheres”<sup>133</sup>: os indivíduos com suas preferências e estilos de vida, seus fetiches e medos, suas pulsões e desejos, aquilo que sabem e fazem, aquilo que não sabem e fazem e aquilo que *mesmo sabendo, ainda assim o fazem*. Em síntese, as dinâmicas subjetivas do indivíduo estão “se tornando um fator de interferência, que é simplesmente incalculável (...). Entre políticos e gestores, e acadêmicos e experts e suas produções, isto levanta suspeitas de irracionalidade, conforme torna inúteis as fórmulas legais, administrativas e estatísticas” (idem)<sup>134</sup>. Torna-se inviável pensar a sério a sociedade, a loucura e a Psiquiatria sem um olhar criterioso sobre a subjetividade.

#### 4.2.2 Self-Driven Culture e a Individualização Sociossimbólica

Um dos mais relevantes aspectos da subjetividade contemporânea é a chamada *self-culture*, em que estão presentes as ideias de *sociedade civil*, *sociedade do consumo*, *Psicocultura* e *Sociedade do Risco*. Beck e Beck-Gernsheim (2002, p. 43) destacam 03 aspectos centrais da *self-culture*: (1) a *estetização* dos projetos e estilos de vida, “(...) a *encenação do self no processo estético de criação de estilos de vida*. A meta de fazer da própria vida uma obra de arte torna-se uma ideia orientadora da

---

<sup>133</sup> Liv. Trad., do original: “Take, for example, the declining birthrate, which can only be deciphered if seen against the background of the changed wishes, hopes and life plans of men and women”.

<sup>134</sup> Liv. Trad., do original: “Individuals, their preferences and aversions, are becoming the interference factor, that which is simply incalculable, a constant source of irritation, because they upset all calculations – education quotas, study plans, pension calculations etc. Among politicians and administrators, and the academic experts who prepare their texts, this heightens the suspicion of irrationality, since it keeps turning the current legal, administrative and computing formulae into waste paper”.

geração entre 18 e 35 anos”<sup>135</sup>, ao mesmo tempo em que há uma padronização em estilos de vida compartilhados coletivamente. Tomando de empréstimo o termo de Lipovetsky e Serroy (2015, p. 387), nós podemos dizer que a estetização se traduz por um ideal de vida baseado na fruição onipresente das *experiências* de vida<sup>136</sup> em um “modo de vida estético de massa (...). A sociedade estética hipermoderna designa este estado social que celebra cotidianamente e difunde em escala de massas um ideal de vida estética”.

(2) A internalização e prática *conscientes* da liberdade que não conflitam, mas antes pressupõem regulações institucionais, reconhecimento de direitos e cidadania, e o Estado de Direito e (3) autorganização subpolítica – a autonomia, tanto pública quanto privada, em termos habermasiano – orientada à ação e não limitada ao voto. “Isto difere da simples *participação* que pressupõe uma divisão hierárquica de jurisdições [competências] e autoridades e ordenações sobre quem deve se envolver e com o quê” (Beck e Beck-Gernsheim, 2002, p. 43)<sup>137</sup>. Esta é uma esfera de ação autorreferenciada, que se desenvolve em torno da busca por realização pessoal (idem). A *self-culture* envolve o reconhecimento do indivíduo (seus conflitos e impasses, medos e desejos), enquanto referência do processo de subjetivação e autoprodução biográfica. Homologamente, podemos dizer que a Reflexividade (Beck, 2010, 2012) atinge a Ordem sociossimbólica, promovendo um processo de *Subjetivação Reflexiva*, em que poderíamos falar de uma *Individualização do Outro lacaniano*.

*Mas o que é este Outro?* Žižek (2008) descreve o Outro como a ordem ou rede simbólica que estrutura a realidade: como o indivíduo significa (e se relaciona

---

<sup>135</sup> Liv. Trad., do original: “First, *the staging of the self in processes of aesthetic lifestyle creation*. The goal of making one’s own life a work of art has become a guiding idea for the generation of 18 to 35 years old”.

<sup>136</sup> A página virtual *Obaoba* elenca “50 experiências que todos deveriam ter na vida”, indo desde (2) doar sangue e “(24) Ler algum livro muito grande” a “(25) Pedir demissão de um emprego que não te faz bem e sentir aquele alívio depois”. Segundo seus organizadores “O *ObaOba* é hoje o portal brasileiro de notícias de entretenimento e lazer mais tradicional. Os conteúdos sobre shows, baladas, bares e comportamento são focados no público jovem. Com audiência mensal de 15 milhões de page views, orienta mais de 3 milhões de usuários em diversas plataformas digitais”. Disponível em <https://goo.gl/sgj6gF>. Acesso em set. 2017. O *Uber* dá a seus clientes a opção de uma “experiência VIP” (disponível em <https://goo.gl/zoGWOc>), e o serviço de *stream* de músicas *Spotify* recomenda que o “*upgrade premium*” para que se aproveite a “experiência completa do *Spotify*”. Disponível em <https://goo.gl/HXtKP3>. Acesso em set. 2017.

<sup>137</sup> Liv. Trad., do original: “This differs from mere *participation*, which assumes a hierarchical division of jurisdiction and authority and sorts out who should be involved in what.”

com) sua própria existencial individual e a realidade social. Portanto, este quadro de significação sociossimbólica é estrutural no processo de subjetivação, ou constituição da subjetividade, nos termos adotados nesta Tese. À medida em que o Processo de Individualização é uma característica estrutural das sociedades altamente diferenciadas e a Individualização se torna, ela própria, a estrutura social na Contemporaneidade (Beck e Beck-Gernsheim, 2002, p. xxi-xxi), é pelo Processo de Individualização que a subjetividade contemporânea é constituída.

Žižek (2010, p. 16) explica a ordem simbólica como “constituição não escrita da sociedade”. Nas múltiplas relações que o indivíduo estabelece, há uma complexa rede de dependência e pressupostos, de referenciais norteadores do indivíduo em sociedade, desde os aspectos linguísticos e discursivos, ao Direito ou normas de decoro social. Há formas e relações sociais estabelecidas por hábito ou costume, pautadas por razões de que se tem plena consciência e maior ou menor concordância, e outras “que ignoro que sigo, significados que ignoro que me perseguem (como proibições inconscientes)” (idem, p. 17) e o que “pode ser articulado na sintaxe da linguagem cotidiana comum” e pertence ao “sistema ‘consciência/pré-consciência’” que persegue e atormenta o indivíduo (Žižek, 1996, p. 298), e outras condicionadas por ameaças: a coerção institucional do Direito Penal, as ameaças ecológicas, os riscos à saúde, a perda de possibilidades de existência material. O simbólico “é o que estrutura nossas experiências da realidade, a complexa rede de regras e significados que nos faz ver o que vemos da maneira como o vemos (e o que não vemos da maneira como não vemos)” (Žižek, 2017, p. 112).

A ordem simbólica se insere na tríade lacaniana *Simbólico, Imaginário e Real*, “registros essenciais da realidade humana” para Lacan (2005, p.12). O Imaginário é o “domínio do aparente, de como as coisas se parecem para nós” (Žižek, 2017, p. 112) e o Real, que não é simplesmente a *realidade externa*, mas aquilo “que não pode ser diretamente vivenciado nem simbolizado – como um encontro traumático de extrema violência que desestabiliza inteiramente nosso universo de significação” (idem). Noutras palavras, são experiências com as quais não conseguimos lidar, que não conseguimos nomear e interpretar: situações de crise e impasse psíquicos. Žižek (2012, p. 200) diz que “Hoje, contudo, nossa própria realidade sociopolítica impõe versões

múltiplas de intromissões externas, traumas que são apenas interrupções brutais e sem sentido que destroem a textura simbólica da identidade do sujeito”, e traz como exemplos a violência física brutal, o “choque e pavor” em face a atos terroristas e grandes catástrofes naturais, e os “efeitos destrutivos da violência sociossimbólica, como a exclusão social” (idem).

Buscando exemplos mais próximos, podemos pensar na *intrusão do Real* em nossos projetos de vidas, *desmascarando* o fetiche de que somos capazes de avaliar, planejar, escolher, decidir e atuar na construção de nossas biografias. Ao semblante de que somos capazes de *autoadministração*, somos confrontados com o *Real* (inaceitável) de nosso *descontrole* sobre planejamentos, e projetos de vida e trabalho que ruem em face, por exemplo, da morte de um familiar ou amigo, do fim de um relacionamento sobre o qual depositamos tantas expectativas, ou frente a demandas familiares que não conseguimos conciliar com demandas laborais, ou ainda pelos impasses psíquicos inconscientes entre o *desejo próprio* e o *desejo dos outros*. O *Real* é o que frustra nossa encenação de plena liberdade e autonomia e, mesmo quando nos sabemos incapazes, quando temos consciência desta *falsa verdade*, ainda assim sofremos e temos dificuldade para significar este contato com o *Real*. Retomando a discussão do Subcapítulo 3.5, mesmo que saibamos muito como as coisas realmente são, agimos e nos responsabilizamos, e sofremos como se não soubéssemos<sup>138</sup>.

Para Badiou (2017) o *Real* é aquilo que *assombra* nosso entendimento do mundo e sobre nós mesmos, nossa interpretação sobre a *peça* que se desenrola, cotidianamente, diante de nossos olhos: “o real é *aquilo que frustra a representação*” (idem, p. 21), que *desmascara* o semblante ou interrompe a *teatralização* do *Real*, e no *arrancamento* deste semblante “há necessariamente certa dose de violência (...) todo o acesso ao real fere” (idem, p. 28). Não é incomum, assim, nos sentirmos *traídos pela realidade*, quando o *Real* nos desperta do sonho da realidade como um microfone suspenso que, de repente, aparece na tela do cinema e nos lembra que aquela experiência, na qual estamos imersos, é uma encenação. Valendo-nos de Badiou,

---

<sup>138</sup> Parafrazeando Žižek, supracitado a página 203 desta Tese: Eles “sabem muito bem como as coisas realmente coisas são, mas continuam a agir como se não o soubesses (...) e essa ilusão desconsiderada e inconsciente é o que se pode chamar de fantasia ideológica” (Žižek, 1996, p. 316).

podemos dizer que *o real é o impasse da formalização*, isto é, aquilo que escapa ou é impossível-inaceitável no quadro das referências sociossimbólicas ou institucionais. Ao sermos confrontados com o Real, queremos fugir e reagimos como o eu-lírico da música *Soneto*, de Chico Buarque:

Por que me descobriste no abandono  
Com que tortura me arrancaste um beijo  
Por que me incendiaste de desejo  
Quando eu estava bem, morta de sono (...).  
Com que direito me ensinaste a vida  
Quando eu estava bem, morta de frio?

O encontro com o Real é traumático, é escandaloso e inaceitável. Neste sentido, o Real é aquilo que de alguma forma escapa às nossas possibilidades de significação, em relação à ordem sociossimbólica na qual nos inserimos de forma traumática (Bezerra Jr., 2013), desde a linguagem à rede interrelacional de instituições e rituais de organização e significação da vida social. A realidade não teria, neste sentido, significado em si mesma, “adquirindo somente algum poder ou *status* temporário ao ocupar uma certa posição na ordem simbólica da hierarquia social” (Salecl, 2005, p. 35).

Tendo isto em mente, a dissolução reflexiva da rede de referências sociossimbólica, ou a *Individualização do Outro*, dá-se, primeiramente, pela dissolução e desincorporação das instâncias referenciais identificadas como “encarnação do Grande Outro” na modernidade industrial, segundo Salecl (2012, p. 21): família, Estado, atribuições de gênero, nacionalidade, classe social, etnia, sexualidade, normalidade e assim por diante. Em segundo lugar, pela reincorporação do *Mercado*<sup>139</sup> enquanto o Outro da ordenação simbólica na Contemporaneidade, mas *um Outro subversivo, que irá remeter o indivíduo a si mesmo, enquanto instância organizadora do mundo psíquico e da experiência social*. Aproximando nossas reflexões às formulações sociológicas de Beck e Beck-Gernsheim sobre as transformações sociais na Modernidade Reflexiva diríamos que, de forma homóloga, há primeiramente uma

---

<sup>139</sup> Assumiremos daqui em diante a grafia maiúscula de *Mercado* para designar especificamente esta nova configuração do Outro, ou da rede sociossimbólica de significação. **Não nos referimos ao mercado de trabalho, ou ao mercado econômico dos interesses do sistema capitalista, ou neoliberal.** Ao utilizarmos a grafia *Mercado* referimo-nos exclusivamente a forma histórico-reflexiva assumida pela rede sociossimbólica de significação subjetiva, no bojo do Processo de Individualização.

dissolução dos laços tradicionais que, por um lado, restringiam “com rigor as possibilidades de escolhas dos indivíduos” mas também ofereciam “intimidade e proteção, uma base de estabilidade e identidade interior” (Beck e Beck-Gernsheim, 2017, p. 63). Em segundo lugar, com o *Mercado* individualizado há “novas formas de condução da vida, no nível socioestrutural novas possibilidades bem como exigências, e no nível subjetivo novos modos de pensamento e comportamento” (idem) que, acrescentaríamos talvez por zelo excessivo, também traz novas possibilidades, bem como exigências de autoconstrução biográfica atravessada pelo mercado de trabalho.

Esta *subjetivação reflexiva* significa que, ao mesmo tempo em que o *Mercado* assume o lugar de Outro, *há uma percepção de que não há ordenação simbólica* ou que houve uma *dessimbolização* do mundo e de que o indivíduo é (entende-se) livre, autônomo, auto-ordenador de sua experiência de vida: o *selfmade man*, as biografias autoconstruídas, o indivíduo que escolhe, decide e molda a si mesmo, e que almeja a autoria de sua própria vida, o criador de uma identidade individual, que é a personagem principal de nossos tempos (Beck e Beck-Gernsheim, 2002, p. 22-3)<sup>140</sup>. Homologamente ao que nos diz Beck (2010), o indivíduo se torna não apenas unidade reprodutiva, mas também referencial simbolizante da dimensão social: a experiência da subjetividade e as relações que estabelece se dão sob o registro da *mercadoria* e do *consumo*.

A modernização reflexiva, como resultado do bem-sucedido casamento entre o projeto moderno ocidental e o Capitalismo, é a causa desta individualização *universal* das referências socio-simbólicas, com suas conseqüentes repercussões sobre a subjetividade. Neste sentido, o “capitalismo é a primeira ordem socioeconômica que *destotaliza o significado*: (...) a lição fundamental da globalização é justamente que o capitalismo pode se acomodar a todas as civilizações, da cristã à hinduísta, passando pela budista, do Ocidente ao Oriente” (Žižek, 2012, p. 256) ou os adeptos das religiões de matriz africana ou evangélica, no Brasil. Aquilo que, com Adorno e Horkheimer (1985), poderia ser lido como *sintomas* de um desvio da Modernidade ou uma crise e

---

<sup>140</sup> Liv. Trad., do original “The choosing, deciding, shaping human being who aspires to be the author of his or her own life, the creator of an individual identity, is the central character of our time” (Beck, Beck-Gernsheim, 2002, p. 22-3).

impasse do projeto inacabado da Modernidade; mostra-se historicamente como resultado reflexivo do sucesso e radicalização da Modernidade ocidental. Esta *vitória* da Modernidade ocidental não se manifesta apenas nas estruturas e formas sociais que emergem do processo de modernização reflexiva, mas também sobre a subjetividade contemporânea.

Na Contemporaneidade, o indivíduo livre é um indivíduo dependente das instituições e altamente inserido e referido ao *Mercado*, ainda que assim não se perceba, seguindo o imperativo de permanência no mercado de trabalho como encarnação social deste Outro individualizado: são as demandas de produção, consumo e subsistência material que cumprirão o papel de instância nômica referenciada no próprio *indivíduo individualizado*. É o mercado de trabalho que assumirá o lugar de “terceiro” da mediação entre o indivíduo e si mesmo, com outros indivíduos e em sua relação com a sociedade. O *Mercado* é o “personagem transcendente” (Lacan, 2005, p. 34), a ameaça indissolúvel que paira sobre o indivíduo e regula a busca pela *Jouissance*. A autoridade simbólica “para funcionar como autoridade efetiva, ela deve permanecer não plenamente atualizada, como uma eterna ameaça” (Žižek, 2012-a, p. 191), como “**risco de**”. O *Mercado*, contudo, tem uma posição ambígua de *não-controle* externo, de *liberdade* (ainda que precária) e do indivíduo aparentemente sem limites: as balizas de atuação são referenciadas no próprio indivíduo, no imperativo de autoconstrução, de responsabilidade individual, de avaliação de riscos e tomada de decisão, “sob a suposição de que tudo na vida pode ser uma escolha” (Salecl, 2012, p. 15). Porém todas estas escolhas livres estão sob a autoridade simbólica do *Mercado*, sob o risco de exclusão (e sucesso), podendo levar à crise material e impasses psíquicos que remetem a esta Ordem simbólica individualizada.

Não se trata de uma sociedade dessimbolizada, mas de um Outro instaurado historicamente sobre novas formas e que denominamos *Mercado*. A *sensação* de liberdade quanto a este *Mercado* individualizado traduz-se em liberdade precária, na medida em que o indivíduo autorreferenciado permanece radicalmente inserido nesta ordem socio simbólica individualizada. Valendo-nos de Salecl (2012, p. 40-1): “é fácil ver que os limites na verdade não desaparecem ou que as proibições ainda existem, mas o *locus* de onde eles surgem foi alterado. Se no passado as proibições eram transmitidas



com a ajuda de rituais sociais (...) hoje o sujeito determina seus próprios limites”. São os indivíduos que se tornam cada vez mais auto-legisladores de suas formas de vida, “os juízes de seus delitos, os sacerdotes que, com um beijo, absolvem sua culpa, os terapeutas que afrouxam e desatam os grilhões do passado” (Beck e Beck-Gernsheim, 2017, p. 18).

Neste cenário, o Estado assume uma posição ambivalente à medida em que o indivíduo toma o centro do palco social: à dimensão de libertação das formas sociais moderno-tradicionais, seguem-se novas formas de reintegração, regulação e dependência institucionais. Os indivíduos são agentes da mudança reflexiva (não-intencional, não-planejada, não-controlável), regulada e intensificada pelo Estado: é o paradoxo do *individualismo institucional* (Beck, 2003). As normas e regulações institucionais são majoritariamente direcionadas aos indivíduos (não a grupos), assim reforçando o imperativo crescente de que os indivíduos devem organizar suas próprias vidas (Beck, Beck-Gernsheim, 2002, p. 23) <sup>141</sup>. Contraditoriamente, estes mesmos indivíduos se debatem para construir seus planos de vida em um mundo globalizado, de técnicos e *experts*, de risco e identidades mediadas pela genética e a neurologia, pelas violências invisíveis do mercado financeiro, das revoluções tecnológicas e dos jogos de poder entre líderes internacionais narcisistas. Um mundo em que é cada vez mais evidente que o controle sobre suas vidas escapa aos indivíduos.

Nas biografias institucionais (dependentes das instituições), os indivíduos são desonerados das formas tradicionais da sociedade industrial, mas reintegrados pelas exigências do mercado de trabalho e pelas regulações do Estado, que condicionam sua busca por realização pessoal e sucesso profissional, sob risco de exclusão do circuito do consumo (Beck, 2010). Mais uma vez, isto não se confunde com uma biopolítica regulatória e estratégica projetada pela *mão invisível do patronato*: A diferença crucial é que as *guidelines* modernas, em verdade, compelem à auto-organização, autoformulação e autossignificação das biografias e experiências pessoais<sup>142</sup>. *A tradicional oposição*

---

<sup>141</sup> Liv. Trad., do original: “This is what I call the paradox of ‘institutional individualism’. The legal norms of the welfare state make individuals (not groups) the recipients of benefits, thereby enforcing the rule that people should organize more and more of their own lives”.

<sup>142</sup> Liv. Trad., do original: “The crucial difference is that modern guidelines actually compel the self-organization and self-thematization of people’s biographies”.

entre regulação (biopolítica) e autonomia (individual) é superada e, de fato, a autonomia pressupõe a regulação que, simultaneamente, reforça o imperativo de autonomia e a individualização dos riscos: autoavaliação, autoformulação e autoconstrução biográficas, autorresponsabilização individuais. Isto leva a uma dissolução das seguranças coletivas – ou das possibilidades de coletivização (e significação coletiva) dos riscos – e, neste sentido, a autoconstrução biográfica implica em biografias e subjetividades de risco, em que as ameaças e demandas, impasses e crises individuais são uma constante.

A regra é *sua vida, sua culpa*<sup>143</sup> e a responsabilidade é *coletivamente individualizada*, de forma que não se trata apenas de uma autopercepção particular (e inacessível às Ciências Sociais), mas uma cultura de atribuição de responsabilidades, uma maneira de entender a sociedade e o indivíduo de forma que, quanto a “doenças, adicção, desemprego e outros desvios da norma que eram vistos como golpes do destino, a ênfase hoje é na culpabilização e responsabilização pessoais”<sup>144</sup> (Beck, Beck-Gernsheim, 2002, p. 24). Consequentemente, mesmo desemprego estrutural ou doenças congênitas e o adoecimento psíquico podem ser convertidas em culpa e responsabilidade pessoais. O Processo de Individualização leva à formação do que nos referimos como um *Outro subversivo*, que remete o indivíduo a si mesmo em uma *subjetivação reflexiva*, levando à constante (auto)confrontação do indivíduo consigo mesmo.

A destradicionalização ampla da sociedade, em relação às formas da sociedade industrial, impõe aos indivíduos que convivam com demandas contraditórias e mesmo inconciliáveis entre família e trabalho, por exemplo, mas também contradições que repercutem diretamente sobre suas subjetividades intensificando o sentimento de insegurança e os riscos de crise psíquica. Não há modelos externos a seguir, as *guidelines* rementem as soluções de volta aos indivíduos que devem avaliar, escolher e atuar para lidar com os riscos e ameaças (sejam as regulações institucionais, os

---

<sup>143</sup> Beck e Beck-Gernsheim fazem um trocadilho com o *slogan* (de tom publicitário) adotado por movimentos identitários, como os ligados às sexualidades e ao feminismo: *my life, my rules*. Este *slogan* representa, fielmente, o fenômeno de reinterpretação e apropriação de valores como autonomia, liberdade e autodeterminação pelo neoliberalismo *progressista* (Žižek, 2011; Fraser, 2013).

<sup>144</sup> Liv. Trad., do original: “illness, addiction, unemployment and other deviations from the norm used to count as blows of fate, the emphasis today is on individual blame and responsibility”.

aconselhamentos de autoajuda ou os modelos de atuação das lideranças carismáticas nos serviços de SM). Ampliam-se as dimensões da vida que se abrem à possibilidade de escolhas e necessidade de negociação. Desde a família às escolhas em saúde nas consultas médicas, “Em todas as dimensões da biografia, irrompem *possibilidades e obrigações* de decidir” (Beck e Beck-Gernsheim, 2017, p. 50). Os impasses e crises pessoais devem ser sopesados em face do *Mercado* e, frente a impasses subjetivos, o indivíduo é forçado a pensar, agir e viver em constantes negociações. “Mesmo condições tradicionais de vida se tornam dependentes de decisões; elas devem ser escolhidas, defendidas e justificadas em oposição a outras opções e assumidas como risco pessoal. Não apenas face a alimentos transgênicos, mas também no amor e casamento” tornam-se uma dimensão de risco pessoal (Beck e Beck-Gernsheim, 2002, p. 27) <sup>145</sup>.

Para Salecl (2012, p. 17), a “escolha parece ser o mais opressor problema atual do capitalismo”. Se no espaço do consumo, o espectro de escolhas causa ansiedade e opressão, tanto maior é o sofrimento gerado por escolhas que podem empurrar o indivíduo para o “escanteio” social, parafraseando Beck (2010). Salecl refere-se à medicina como um campo de escolhas especialmente traumático: quando o médico lista os riscos e opções terapêuticas, retira de seus ombros para depositar sobre os do paciente as consequências dessas escolhas *consentidas e informadas*. Contudo, não há garantias, não há certezas. As novas tecnologias médicas, paradoxalmente, aumentaram as incertezas biográficas à medida que a responsabilidade individual em saúde é reafirmada, o que aumenta a exigência de que os indivíduos ajam e decidam. As escolhas e a sobrecarga individual da construção biográfica e identitária implicam em biografias e subjetividades de risco, suscetíveis a crises e sofrimento. Para Žižek (2012, p. 251),

(...) somos obrigados a escolher sem ter à nossa disposição o conhecimento que nos permitiria uma escolha qualificada; mais exatamente, o que nos torna incapazes de agir não é o fato de que “ainda não sabemos o bastante” (...), mas, ao contrário, o fato de sabermos demais e não sabermos o que fazer com essa massa de conhecimento incoerente.

---

<sup>145</sup> Liv. Trad., do original: “Even traditional conditions of life become dependent on decisions; they have to be chosen, defended and justified against other options and lived out as a personal risk. Not only genetically modified food but also love and marriage, including the traditional housewife marriage, become a risk”.

Para Žižek (2011, p. 60-1), vivemos radicalmente os impasses de uma *sociedade da escolha*, com “múltiplos investimentos ideológicos na questão da escolha (...) nós nos vivenciamos ‘livres’ simplesmente quando somos capazes de agir do modo que nosso organismo determinou, sem nenhum obstáculo externo para atrapalhar nossa propensão íntima”. Dialogando com este entendimento, a crise se instala porque somos impelidos pelo *Mercado* a escolher e atuar individualmente sem, contudo, termos as “coordenadas cognitivas básicas necessárias para fazer uma escolha racional” (idem).

Sobrecarregados pelas obrigações e possibilidades de escolher, vivenciamos ansiedade, impasses e inação, isto é, sentimo-nos incapazes de decidir e agir: frente ao imperativo de escolhas imposto pelo Processo de Individualização, o indivíduo não consegue posicionar-se entre opções de consumo, de relacionamentos amorosos, de opções terapêuticas, alternativas de ação política ou empresas de telefonia móvel, empregos e assim por diante. Seguimos *pulando de galho em galho* em busca da melhor opção e, contudo, permanecemos insatisfeitos, frustrados (Salecl, 2005, 2012). Este parece ser o mesmo fenômeno identificado por Beck e Beck-Gernsheim (2017) na *busca compulsiva* e na contemporânea *obsessão pelo amor*, buscando conciliar o amor e o imperativo geral de “planejar e concretizar uma biografia profissional” (idem, p. 18), em uma biografia de escolhas. Este não é um impasse apenas íntimo e particular, mas radicalmente social: as escolhas nunca são feitas individualmente, como se houvesse indivíduos escolhendo *fora da sociedade*, mas antes se escolhe levando em consideração como outros indivíduos reagirão a elas, bem como em relação ao *Mercado*. Por isto, precisam ser avaliadas, negociadas, justificadas e sustentadas como riscos assumidos individualmente (Beck, Beck-Gernsheim, 2002).

Esta é uma das principais razões, segundo Salecl, para a escolha ser um fator tão *ansio gênico*: sempre tentamos tomar uma escolha ideal, como se fosse possível evitar plenamente os riscos ligados às decisões. Contudo, escolhas sempre envolvem uma *perda*, sejam os riscos entre procedimentos médicos, seja a escolha entre ter ou não filhos, entre ofertas de trabalho e assim por diante, quando em uma bifurcação escolhemos uma direção e não outra, perdemos a possibilidade preterida. E lidar com perdas é algo muito ansio gênico, atualmente, justamente porque devem ser negociadas, justificadas e assumidas sob pena de culpabilização e responsabilização individual.

Esta liberdade do *Mercado* é precária, pois nos tornamos institucionalmente dependentes e radicalmente referidos ao *Mercado*: a dependência do mercado de trabalho pressupõe uma biografia profissional, que por sua vez pressupõe uma biografia educacional, e ambas pressupõem uma família negociada que comporte e tente harmonizar demandas individuais (Beck-Gernsheim, 2002; Beck, 2010; Beck, Beck-Gernsheim, 2017). A liberdade de escolha não afasta, mas antes pressupõe uma rede de regulações institucionais, garantias e sanções, procedimentos e condições de aplicabilidade, limitações a ação e riscos à sobrevivência material no mercado de trabalho. “Assim, a existência privada individualizada torna-se cada vez mais vivamente e claramente dependente de relações e decisões que escapam totalmente ao controle dela” (Beck, Beck-Gernsheim, 2017, p. 56).

As *biografias institucionais*, ou *trajetórias de vida institucionalmente padronizadas*, dependem do cumprimento das etapas biográficas institucionais: reconhecimento jurídico ao nascer, educação formal, qualificação acadêmica, inserção no mercado de trabalho, recolhimento contributivo e adequação aos requisitos previdenciários, reconhecimento jurídico-político e assim por diante. “Em outras palavras, as individualizações conduzem as pessoas a uma *padronização e um redirecionamento controlados de fora*” (Beck, 2010, p. 195), ao mesmo tempo em que exigem do indivíduo que escolha e se responsabilize por suas escolhas. Quem estiver fora desta *esteira de (auto)produção biográfica*, estaria fadado ao abismo material e social (Beck, 2010). Assim, autobiografias institucionais são também biografias de risco, sujeitas a crises.

É assim que as “questões filosóficas do existencialismo, por exemplo, tornam-se parte da vida cotidiana”, levando a situações generalizadas de angústia e ansiedade ligadas à tomada de decisão (Beck, 2012, 78-9). Como na música de Raul Seixas, a *verdade do universo e a prestação a vencer*<sup>146</sup> se misturam no cotidiano das preocupações, enquanto o indivíduo deve lidar com as exigências do mercado de trabalho e a dimensão de desencantamento, tendo que dar (ou buscar) significado às

---

<sup>146</sup> “*Eu também vou reclamar*”, de Raul Seixas: “Dois problemas se misturam/ A verdade do Universo/ A prestação que vai vencer”.

suas biografias autoconstruídas, entre o fim do mundo e o fim do mês<sup>147</sup>. A individualização do Outro como *Mercado* e a autorreferência individual faz com que contradições, que eram simbolizadas e atribuídas a fatores externos, sejam internalizadas e percebidas como culpa ou responsabilidade pessoal.

A individualização da ordem sociossimbólica significa, *aproximando da discussão* de Beck e Beck-Gernsheim (2017, p. 17), que já não podemos mais “partir, de forma seguramente consensual, de velhos modelos e fórmulas” e assim “a biografia das pessoas se desvincula dos modelos e certezas tradicionais, de controles alheios e de leis morais suprarregionais e é posta na ação de cada indivíduo, de modo aberto, dependente de decisões e como uma tarefa”. Redenção e reconhecimento pressupõem o *Outro* e a relação com os outros. A falta ou impossibilidade de estabelecer estes laços “é a condição transcendental de possibilidade para a crise de gratificação e a crise de culpa” (Han, 2017, p. 24). Sem *Outro* tradicional através do qual se possa expiar a culpa ou buscar reconhecimento e gratificação, buscamos avidamente a redenção uns nos outros à medida que nos tornamos auto-legisladores de nossas biografias, juízes de nossos delitos, auto-expiadores de nossa culpa e nossos próprios terapeutas (Beck e Beck-Gernsheim, 2017).

A questão da (liberdade de) escolha, no contexto do Processo de Individualização, é especialmente problemática pois apresenta as contradições e riscos socialmente produzidos “segundo o espetáculo do único nos trajes do pessoal e individual” (idem, p. 16), como se fossem questões de um *sujeito da querência*, indivíduo livre e autônomo que quer realizar e age para realizar seus desejos mais íntimos. Este *espetáculo* – ou *teatralização* como diz Badiou (2007) – de que nos falam Beck e Beck-Gernsheim, é o *semblante* (Badiou, 2007, 2017), sob a qual se apresenta o *Real* da Contemporaneidade: sob o *fetice do indivíduo autárquico* é mascarada a realidade das relações sociais, qual seja, de que quanto mais *livres* menos temos controle, quanto mais avança a individualização menores são as condições que viabilizariam a conquista da autonomia individual (Beck e Beck-Gernsheim, 2017), e

---

<sup>147</sup> “A *Revolta Dos Dândis I*”, Engenheiros do Hawaii: “Entre um rosto e um retrato, o real e o abstrato/ Entre a loucura e a lucidez/ Entre o uniforme e a nudez/ Entre o fim do mundo e o fim do mês/ Entre a verdade e o rock inglês/ Entre os outros e vocês/ Eu me sinto um estrangeiro”.

esta autoconfrontação com nosso real descontrole sobre nossas biografias é traumática: percebemos que não podemos tudo, que planejar não é suficiente, que não conseguimos harmonizar família e trabalho, ou as exigências do amor e da autorrealização individual, e ainda assim, apesar de o sabermos, o sentimento que resta é: “se só dependia de mim, este fracasso é meu e me destrói: o meu fracasso *sou* eu”. Neste sentido, por mais que se individualize a Ordem simbólica, permanecemos radicalmente inseridos e referidos ao *Mercado*, ao Outro individualizado e suas exigências irrealizáveis.

O indivíduo é constantemente confrontado por suas escolhas, tendo que as justificar, negociá-las e se responsabilizar por suas consequências individualmente. Não é à toa que a *subjetivação reflexiva* é acompanhada de um crescente sentimento de ansiedade, desamparo, solidão e isolamento, diagnósticos de síndrome do pânico, depressão, adicção, suicídios, alto consumo de medicamentos psiquiátricos e assim por diante. O indivíduo se sente plenamente autônomo (Salecl, 2012) e, ao mesmo tempo, *impotente*. “A biografia normal, então, torna-se uma ‘biografia eletiva’, uma ‘biografia reflexiva’, uma ‘biografia faça-você-mesmo’” (Beck, Beck-Gernsheim, 2002, p. 3) e uma biografia aberta a escolhas e autoconstrução “é sempre uma ‘biografia de risco’, de fato uma ‘biografia na corda-bamba’, um estado de permanente ameaça” (idem) <sup>148</sup>. Neste sentido, quanto mais se aprofunda o Processo de Individualização, mais tem-se uma *sociedade psicológica*, mais se tem uma sociedade do mal-estar e do risco de crise subjetiva: mais faz sentido referirmo-nos a uma *psicocultura* em que o sofrimento ou adoecimento mental, os impasses psíquicos, as relações entre conflitos subjetivos e transformações sociais, as razões e motivações pessoais por trás das escolhas que fazemos em sociedade, como se dá a incorporação individual do processo social de individualização dos riscos; questões desta natureza assumem (ou deveriam assumir) lugar central para quem reflete sobre a sociedade contemporânea e, generalizadamente, assumem lugar central na experiência de viver na Contemporaneidade.

São fundamentais para pensar a autorreferenciação individual do *Mercado*, que promove a sensação de que não há uma “estrutura simbólica que supostamente

---

<sup>148</sup> Liv. Trad., do original: “The normal biography thus becomes the ‘elective biography’, the reflexive biography’, the ‘do-it-yourself biography’.<sup>2</sup> This does not necessarily happen by choice, neither does it necessarily succeed. The do-it-yourself biography is always a ‘risk biography’, indeed a ‘tightrope biography’, a state of permanent (partly overt, partly concealed) endangerment”.

aliviará nossa ansiedade diante do abismo da escolha” (Salecl, 2012, p. 20), e como nos sentimos em uma perigosa aproximação do *Real*. Diante das experiências de risco e ameaça que escapam às instituições, não há *guidelines* ou redes tradicionais de referência para significação além do ideal *Just do it* (e não pense) e do *Yes, we can* (se esforce mais e você conseguirá), e da convocação ao autocontrole total (até dos sentimentos), à avaliação, decisão e responsabilidade individuais. Tanto as expectativas (e imperativos) de sucesso e felicidade, como as constantes ameaças de exclusão do mercado de trabalho, como a possibilidade de realização dos *projetos de si mesmo* e de alcançar a *Jouissance* oprimem e *aterrorizam* (Salecl, 2005; Žižek, 2010) o indivíduo. Os imperativos de auto-organização e autoconstrução biográficas, como biografias eletivas e biografias de risco (Beck, Beck-Gernsheim, 2002)<sup>149</sup>, são incorporadas subjetivamente e, assim, balizam as relações interindividuais, sociais e a autocompreensão individual. Na medida em que as novas formas de enquadramento e reintegração se tornam *egocentradas* (Beck, 2010), a possibilidade de simbolização das experiências se desloca para o próprio indivíduo e se esvanece. Isto é o que chamamos de *Individualização do Outro* e *Subjetivação Reflexiva*.

Somos “seres da fragilidade” (Lacan, 1992, p.14), e a subjetivação reflexiva faz emergir as *subjetividades de risco*, com indivíduos que se percebem em uma relação *imediate* com os riscos (de fracasso e sucesso) biográficos e que se sentem em contato direto com o *Real*, fenômeno que Beck (2010, p. 147) identificou e nomeou como uma *mediação entre indivíduo e sociedade* “no sentido de que crises sociais se manifestam como crises individuais e já não são percebidas em sua dimensão social”. A individualização significa que “Somos forçados a viver como se fôssemos livres” (Gray *apud* Žižek, 2011, p. 22). E o indivíduo “lançado ao mundo”<sup>150</sup> é entendido como criador de si mesmo e, por esta mesma razão, é responsável tanto pelo que faz como

<sup>149</sup> Liv. Trad., do original “(...) modern guidelines actually compel the self-organization and self-thematization of people’s biographies. (...) therefore means that standard biographies become elective biographies, ‘do-it-yourself biographies’, risk biographies” Beck, Beck-Gernsheim, 2002, p. 24).

<sup>150</sup> Lembrando Sartre (1970, p. 7): “(...) não teremos nem atrás de nós, nem na nossa frente, no reino luminoso dos valores, nenhuma justificativa e nenhuma desculpa. Estamos sós, sem desculpas. É o que posso expressar dizendo que o homem está condenado a ser livre. Condenado, porque não se criou a si mesmo, e como, no entanto, é livre, uma vez que foi lançado ao mundo, é responsável por tudo o que faz”, do original “*nous n'avons ni derrière nous, ni devant nous, dans le domaine numineux des valeurs, des justifications ou des excuses. Nous sommes seuls, sans excuses. C'est ce que j'exprimerai en disant que l'homme est condamné à être libre. Condamné, parce qu'il ne s'est pas créé lui-même, et par ailleurs cependant libre, parce qu'une fois jeté dans le monde, il est responsable de tout ce qu'il fait*”.



pelos efeitos e riscos produzidos socialmente. Mais do que um ideal moderno, a autoconstrução biográfica e identitária – e o indivíduo como *projeto livre de si* que deve a todo tempo se redefinir e reinventar – passa a ser um imperativo contemporâneo. Como afirma Salecl (2012, p. 14):

A ideia de que supostamente somos capazes de nos administrar, e que existe uma escolha sobre como lidamos com nossas emoções, está ligada a percepção do “eu” que domina a sociedade no capitalismo tardio. Hoje, o verdadeiro “eu” é cada vez mais autoconstruído e, mais do que isso, um projeto individual.

A autoconstrução biográfica institucionalmente dependente não se presta a uma estratégia de gestão intencional ou a um projeto ideológico de controle biopolítico. É resultado da individualização do Outro como *Mercado* enquanto processo histórico-reflexivo, que pode coincidir parcialmente com o ideário neoliberal, mas isto não equivale a uma “instrumentalização por parte da lógica econômica capitalista” da estrutura simbólica (Dardot e Laval, 2016, p. 368). A rede sociossimbólica não é uma arquitetura coerente e *modelável*, como um xadrez em que se pode antecipar movimentos, prever e manipular resultados, desde que se tenha mais conhecimento, mais tecnologia, mais intervenção, mais técnicas e dispositivos de auditoria, vigilância e avaliação, com coerções combinadas a técnicas de *coaching* e *training* em uma *pedagogia* de desempenho e prazer.

A ideia de *Ordem* (simbólica) “designa nada mais que um domínio: não indica uma ordem a ser respeitada e obedecida, muito menos um ideal a ser aceito ou uma harmonia” (Balmès *apud* Žižek, 2017, p. 113-4). Esta *ordem* é “inerentemente inconsistente, antagônica, inadequada, ‘recusada’, uma ordem de ficções cuja autoridade é a de uma fraude” (idem, p. 114), não é, portanto, o universo intencional e plenamente governável da *Matrix*, em que há apenas estrutura e a ilusão de escolha. Mas a dissolução da Ordem simbólica (e das instituições modernas) não é um projeto ideológico e suas consequências não são planejadas, não são resultados de dispositivos estratégicos de *gozo*, em uma *arte de governar*. E aqui faz-se *mister* uma aproximação ao conceito de *Jouissance*: de acordo com Žižek (2012-a, p. 2010), Lacan faz uma distinção fundamental entre prazer (*plaisir*) e gozo (*jouissance*): “O paradoxo básico da *jouissance* é o fato de que ela é ao mesmo tempo impossível e inevitável (...) cada

renúncia ao gozo gera um gozo na renúncia, cada obstáculo ao desejo gera o desejo do obstáculo”.

Na explicação de Roudinesco e Plon (1998), a *jouissance* (no alemão *Geniessen* de Freud) é um conceito eminentemente lacaniano (raramente citado em Freud), entendido como um dos componentes estruturais do psiquismo. Para além do sentido hedonista de gozo (*Lust, plaisir*), Lacan desenvolve o conceito de *jouissance* a partir da distinção entre *necessidade* – aquilo de que se tem necessidade de satisfação –, *demanda* – instituída pelo processo repetitivo de satisfação e pela resposta à necessidade, e que remete ao Outro – e o *desejo*. *Desejo*, em Freud, é antes de tudo *desejo inconsciente* que quer ser consumado ou realizado, não se confunde com a *querência*, com o querer ou almejar *conscientes*, aquilo que se sabe que quer e que se pode planejar como alcançar. Lacan “estabeleceu um elo entre o desejo baseado no reconhecimento (ou desejo do desejo do outro) e o desejo inconsciente” de Freud (Roudinesco e Plon, 1998, p. 147). Em síntese,

(...) na terminologia lacaniana, a necessidade, de natureza biológica, satisfaz-se com um objeto real (o alimento), ao passo que o desejo (*Begierde* inconsciente) nasce da distância entre a demanda e a necessidade. Ele incide sobre uma fantasia, isto é, sobre um outro imaginário. Portanto, é desejo do desejo do outro, na medida em que busca ser reconhecido em caráter absoluto por ele, ao preço de uma luta de morte.

É, portanto, diametralmente oposto ao sentido que ganha na literatura estendida do CSMC, que entende o *desejo* como *vontade* e expressão da autonomia e autodeterminação individuais. Na literatura estendida fala-se no “*sujeito desejante*” enquanto aquele que é o *dono de seu próprio desejo*, cujo o não reconhecimento da “capacidade de desejo e (...) desejo de desejar aquilo que acho que ele tem que desejar” (Merhy, 2010, p. 272) pelos profissionais de saúde implicaria em um *agir torturador*: uma “lógica em que o saber do usuário só interessa se ele falar aquilo que se quer ouvir” (idem, p. 271). Já tivemos oportunidade de discutir como esta perspectiva gera a *absolutização* de um falso autonomismo autárquico (cf. Subcapítulo 3.3), em que mesmo as condições de maior degradação e vulnerabilidade devem ser abordadas sob a perspectiva do “sujeito do desejo, sujeito da vontade, de conhecimento relevante, produtor de modos de vida” (idem, p. 270), de formas de vida que valem à pena, sob

risco de as “construções do cuidado individual e nas práticas coletivas da saúde [implicarem] em modo torturador de ser” (idem, p. 272).

Na teoria lacaniana, a ideia de *sujeito do desejo* não se refere a este sujeito autonomista e atomizado que “*quer querer*”. Pelo contrário, *o sujeito desejante não é dono de seu desejo*, mas antes seu inconsciente está repleto do desejo de outros, pois não desejamos *fora da sociedade e das relações que estabelecemos com outros indivíduos*. Assim, é comum ouvirmos (e sentirmos nós mesmos) que pessoas estão “trabalhando em algo que nem sequer realmente desejam, empenhando-se para corresponder a expectativas que nem mesmo endossam, ou declarando objetivos que sabem perfeitamente bem que tem pouca ou nenhuma motivação para alcançar” (Fink, 1998, p. 26): respondendo às expectativas e desejando (a realização de) os desejos de pais, professores, amigos, amantes e assim por diante. “O inconsciente está, neste sentido, transbordando de *desejos de outras pessoas*” (idem), está transbordando de referências sociais, de expectativas ligadas aos lugares ocupados pelos indivíduos em sociedade. A busca pela *jouissance*, assim, é a tentativa permanente de ultrapassar os limites do princípio de prazer – a tendência a solucionar o tensionamento psíquico entre prazer e desprazer no sentido da diminuição dessa tensão, seja evitando o desprazer ou gerando prazer –, a busca pelo elemento perdido pela introdução na linguagem, a falta originária da entrada traumática na linguagem e na cultura, que é causa de sofrimento. De acordo com a leitura de Žižek (2011, p. 61), para o sujeito do desejo lacaniano, o “enigma originário, não é ‘o que eu quero?’, mas ‘o que os outros querem de mim [?]’”.

A utilização do termo em francês (*jouissance*) cumpre a dupla função de distinguir da noção vulgar de *gozo* apenas como *prazer* perseguido e querido, espontaneamente, mas também “para tornar palpável seu caráter excessivo, propriamente traumático” e ligado as exigências do supereu: “gozar não é uma maneira de seguir nossas tendências espontâneas, é algo antes que fazemos como um tipo de dever ético estranho e distorcido” (Žižek, 2010, p. 99). Esta busca pela *jouissance* é sempre (também) social, referida aos outros indivíduos e às referenciais sociossimbólicas de significação – é, neste sentido, o oposto do neossujeito de Dardot e Laval (2016) que se vê como quem *não deve nada a ninguém*. Mesmo quando o *Outro-Mercado* remete as questões individuais de volta ao indivíduo, este nunca escolhe fora

da sociedade, mas avalia e escolhe segundo aquilo que outros escolhem, aquilo que é esperado dele escolher, e em função do que outros indivíduos pensarão de suas escolhas (Salecl, 2005, 2012). A subjetividade contemporânea e as biografias autoconstruídas dependem destas escolhas, que devem ser avaliadas, tomadas, defendidas e justificadas como riscos pessoais assumidos individualmente (Beck e Beck-Gernsheim, 2002).

Neste sentido, segundo Žižek (2010), Lacan – a partir da tríade freudiana eu-isto-supereu (popularmente conhecida como *ego-id-superego*) – se refere a 03 agências deste *dever ético estranho e distorcido*: (1) o “eu ideal”, a autoimagem idealizada pelo indivíduo – como ele ou ela gostaria de ser e ser visto por outros indivíduos –, (2) o “ideal de eu”, a imagem que se tenta seguir e alcançar, referenciada à rede sociossimbólica de significação, e (3) o *supereu*, o imperativo externo assumido individualmente e que dá forma à ação, não apenas em termos do que é ou não permitido fazer, mas daquilo que se deve fazer apesar (e porque) não é permitido ou possível, é aquilo que gera o gozo da renúncia e o desejo pelo obstáculo. O que estrutura esta distinção é a já referida tríade lacaniana: *Simbólico*, *Imaginário* e *Real*. O “eu ideal é imaginário, (...) a imagem especular idealizada de meu eu; o ideal do eu é o simbólico, o ponto de minha identificação simbólica, ponto no grande Outro a partir do qual eu observo (e julgo) a mim mesmo”, e o *supereu* liga-se ao real, que *bombardeia* o indivíduo com demandas irrealizáveis (Žižek, 2010, p. 100). O *Imaginário*, *Simbólico* e *Real* estão entrelaçados e neste entrelaçamento entre a forma como gostaria de ser visto, a forma como sinto que devo ser (como me observo e me julgo) e as cobranças de realização que me imponho (imperativo de responsabilização individual, pensando a sociedade de risco individualizada), encontramos a forma pela qual se incorpora, individualmente, o Processo de Individualização dos riscos: nesta dinâmica referenciada ao *Outro-Mercado* e remetida de volta ao indivíduo, assumimos psiquicamente o ideal de responsabilidade individual, isto é, o *eu ideal/ ideal de eu/ supereu* são condensados na imagem do “ser humano que escolhe, decide e se molda, aspirando a ser o autor de sua própria vida, o criador de uma identidade individual [que] é a personagem principal de nosso tempo” (Beck e Beck-Gernsheim, 2002, p. 22-3) <sup>151</sup>.

---

<sup>151</sup> Liv. Trad., do original: “The choosing, deciding, shaping human being who aspires to be the author of his or her own life, the creator of an individual identity, is the central character of our time”.

Partindo deste referencial, podemos pensar nos projetos autobiográficos para fazermos de nós mesmos uma obra de arte (Beck e Beck-Gernsheim, 2002; Salecl, 2005) como imagem do *eu ideal*, na incorporação dos imperativos ligados à Individualização incorporados no *ideal de eu* e a forma pela qual assumimos, intimamente, a reponsabilidade por demandas inconciliáveis do trabalho e da família, por exemplo, em nossas “tentativas canhestras” (Žižek, 2010, p. 100) de satisfazer as exigências do *supereu*. E, assim, nós nos atiramos na impossível jornada de atendê-las, gerando sentimento de culpa, impasses, insegurança e adoecimento. Não se tratam de três etapas ou dimensões distintas, mas de um processo complexo e entrelaçado que expressa a relação subjetiva simultaneamente individual e social, simultaneamente psíquica e histórica. É nestes “registros essenciais da realidade humana e que se chamam simbólico, imaginário e real” (Lacan, 2005, p. 12), que os riscos são assumidos pelos indivíduos, e a autoconstrução biográfica é entendida como biografia de risco: *sua vida - sua culpa, seu fracasso*. Isto é, como os indivíduos significam psiquicamente o Processo de Individualização, com a dissolução histórico-reflexiva das referências socio-simbólicas tradicionais, as novas formas sociais emergentes, e a individualização do *Mercado*. Assim, buscando uma (re)aproximação com Beck, os problemas sociais se convertem em

(...) disposições psíquicas: insuficiência pessoal, sentimentos de culpa, angústia, conflito, neuroses. De modo suficientemente paradoxal, surge uma *nova imediação* de indivíduo e sociedade, a imediação de crise e enfermidade, no sentido de que crises sociais se manifestam como crises individuais e já não são percebidas em sua dimensão social, ou somente o são com muita mediação (Beck, 2010, p. 147).

Este aporte teórico nos permite delinear, partindo da reconfiguração histórica da subjetividade, a *imediação* entre a *realidade psíquica* e a *realidade social*, entre as formas sociais que emergem na Modernidade Reflexiva e a incorporação psíquica do Processo de Individualização: como, psiquicamente, os indivíduos assumem e atuam segundo o *imperativo geral* de autoconstrução biográfica e responsabilidade individual, na *self-derivem culture*, tornando-se os agentes transformadores da sociedade contemporânea. O mecanismo pelo qual a subjetividade contemporânea leva o indivíduo a se relacionar consigo mesmo, com outros e a sociedade, de tal maneira que as crises sociais são percebidas, intensamente, como crises individuais, como culpa e responsabilidade pessoal. A subjetividade contemporânea, este *imperativo geral*:

Obedece à obrigação de planejar e concretizar uma biografia profissional, o que pressupõe uma biografia educacional, de satisfazer as correspondentes exigências de mobilidade requeridas no mercado de trabalho justamente por aqueles que evocam a harmonia familiar, mas não a levam em consideração (Beck e Beck-Gernsheim, 2017, p. 18).

Neste esforço analítico, o conceito de *fantasia ideológica* de Žižek (1996) nos ajuda a compreender o mecanismo psíquico responsável pela internalização individual da *self-derived culture* e a centralidade, assumida *livremente*, dos projetos de autoconstrução biográfica, como se dá a dinâmica *desejante* amplamente difundida e consolidada pelo projeto moderno ocidental, “aquilo que realmente move as pessoas, pelo que elas se esforçam e se debatem para avançar (...) a promessa de uma vida singularmente delas [*a life of one's own*]” (Beck e Beck-Gernsheim, 2002, p. 22)<sup>152</sup> na tentativa de preencher a falta marcada pela entrada traumática na ordem sociossimbólica (cf. Bezerra Jr., 2013). Por que viver uma vida singular (*a life of ones own*) se torna uma espécie de compulsão ou *comando divino* (Beck e Beck-Gernsheim, 2002, p. 23, p. 154)

Na interpretação de Žižek (2010, p. 62) o conceito lacaniano de *fantasia* é aquilo que “nos ensina literalmente como desejar”. Noutras palavras, é a *imediação individual* ou a forma particular como o indivíduo vai se relacionar com o processo social de subjetivação. A questão central na *fantasia* não assume o sentido popular de *fantasiar*, devanear, sonhar ou produzir uma ficção: por exemplo, se penso em meu projeto de vida, eu “fantasio” como seria minha família, meu trabalho, minha casa. Para Žižek a questão que precisa ser formulada está em um momento anterior a este: *Por que eu desejo?* Por que eu tenho esta compulsão a conduzir e construir uma vida só minha, *a life of my own* (emprestando a expressão de Beck e Beck-Gernsheim)? A fantasia é a forma particular como o indivíduo entra em contato *imediato* com a realidade social e de como se estrutura a subjetividade contemporânea: a fantasia é a mediação entre a realidade psíquica e a relação “*imediata*” entre o indivíduo e a sociedade<sup>153</sup>.

---

<sup>152</sup> Liv. Trad., do original: “what really moves people there, what they strive and struggle to achieve, the answer may be money, work, power, love, God or whatever, but it would also be, more and more, the promise of ‘a life of one’s own’”.

<sup>153</sup> Cf. Beck (2010, p. 147), “surge uma *nova imediação* de indivíduos e sociedade, a imediação de crise e enfermidade, no sentido de que crises sociais se manifestam *como* crises individuais e já não são percebidas em sua dimensão social, ou somente o são com muitas mediações”. Esta nova *imediação* pode

A subjetividade é sempre um *constructo* social, o sujeito se relaciona e assume o imperativo de escolher sempre em relação aos outros e ao Outro (Salecl, 2005, 2012). Por isto, *a fantasia é também sempre social*: a “fantasia não é do próprio sujeito, mas o desejo do *outro*, o desejo daqueles à minha volta com quem interajo, a cena ou o cenário fantasístico, é uma resposta para: ‘Você está dizendo isto, mas *o que você realmente quer dizendo isto?*’” (Žižek, 2010, p. 63). Assim, a questão central do desejo por uma vida própria e singular (*life of my own*) não seria respondida pelo *desejo íntimo, consciente e egoísta*, passível de gestão estratégica e biopolítica dos *sujeitos da querência* que buscarão realiza-lo de toda forma, mesmo ao custo de “corrosão dos laços sociais (...) da generosidade, da fidelidade, da lealdade, da solidariedade, de tudo o que faz parte da reciprocidade social e simbólica dos locais de trabalho” (Dardot e Laval, 2016, p. 365).

Como nos explica Žižek (2010, p. 63), a “questão original do desejo não é diretamente ‘Que quero eu?’, mas ‘O que querem os *outros* de mim? O que veem eles em mim? O que sou eu para esses outros?’. Neste sentido, a questão não é de como pensar políticas e dispositivos para “manter juntos sujeitos que não devem nada a ninguém” (Dardot e Laval, 2016, p. 366), mas de como, em uma sociedade altamente diferenciada, indivíduos não abrem mão de conduzir uma vida só deles, simultaneamente precisando compartilhá-la e vê-la reconhecida por outros indivíduos, e apenas parcial e temporariamente se envolvendo, *co-operando* e *co-laborando* enquanto fantasiam se autoconstruir como obras de arte inéditas, que realizem a imagem do *eu ideal*. Entender como, “em seu nível mais fundamental, a fantasia me diz o que eu sou para meus outros” (Žižek, 2010, p. 63), como a realização dos projetos de vida diz respeito ao lugar assumido pelo indivíduo em relação a si mesmo, a outros indivíduos e à sociedade, e que esta é uma dimensão inegociável, quando se pensa em possibilidades de integração social, construção do *comum*, ou de coletivos de mobilização política.

A fantasia é um *particular socialmente construído*, o modo pelo qual a experiência particular é “regulada por mecanismos inconscientes objetivos que são descentrados em relação à minha experiência de mim mesmo e, como tais, fora de meu

controle (uma ideia afirmada por todo materialista), mas sim algo muito mais perturbador” (Žižek, 2010, p. 76-8), de que mesmo a experiência mais íntima, aquilo que às Ciências Sociais poderia ser visto como *subjetivismo*, é socialmente referido à rede de significação sociossimbólica e, simultaneamente “o que experimentamos como ‘realidade’ é estruturado pela fantasia e se a fantasia serve como o crivo que nos protege, impedindo que sejamos diretamente esmagados pelo real cru, então *a própria realidade pode funcionar como uma fuga de um encontro com o real*” (idem, p. 73). Noutras palavras, aquilo que Žižek (partindo de Badiou) chama de *paixão pelo real* pode, em última instância, ser uma fuga da realidade. Este *oximoro aparente* joga luz sobre o curioso fenômeno do CSMC: um Campo eminentemente empírico e técnico-assistencial que é, ao mesmo tempo, normativo e orientado por um *dever-ser* idealista. De profissionais que podem, ao mesmo tempo, ser tão engajados e tão alienados.

Para Badiou (2007, p. 58) a *paixão pelo real* é a chave de compreensão do século XX: “uma convicção patética de que se está convocado ao real do começo”, retornando às promessas de emancipação do homem, às promessas de um *homem novo* proferidas no começo do século passado que, a partir de certo momento, “foi obcecado pela ideia de mudar o homem, de criar um homem novo” (idem, p. 21). Esta é uma ideia presente, em alguma medida, tanto no “proletário aprumado na soleira do mundo emancipado, mas também a [ideia] do ariano exemplar, do Siegfried arrastando os dragões da decadência. Criar homem novo equivale sempre a exigir que o homem seja destruído” – seja qual for o entendimento sobre quais sejam esses *homens velhos* (a serem destruídos) e estes *homens novos* (a serem criados). A *paixão pelo real* – a vã promessa de um novo homem emancipado – é colocada *para além do Bem e do Mal*, sem que haja contato concreto, direto e imediato com o *real* da destruição do *homem antigo*: uma “forte indiferença pelo preço pago, numa legitimação dos meios mais violentos. Quando se trata do homem novo, o homem velho pode bem ser apenas um material” (idem, p. 59).

A *virtualização* do mundo (*cf.* tópico 3.3.1) compõe o quadro de dissolução das formas e referências da sociedade industrial. A isto, respondemos com “uma volta violenta à paixão pelo Real” (Žižek, 2003, p. 24), *uma paixão desesperada de estar no*



*mundo* (Badiou, 2017, p. 49)<sup>154</sup>, reafirmando o passado de seguranças tradicionais e, ao mesmo tempo, aprofundando o processo de individualização dos riscos. Nós nos voltamos para o cotidiano dos serviços, para a família e a comunidade, que em realidade são redefinidos pelo *dever-ser* do Campo, enquanto afirmamos o poder transformador do ato de saúde e vivenciamos a impotência dos profissionais frente ao desmonte do SUS. É neste quadro, em que o indivíduo é confrontado consigo mesmo e não há outras *guidelines* de atuação, que as *categorias zumbis* (Beck, 2003)<sup>155</sup> da modernidade industrial são mais valorizadas dando uma falsa impressão de que permanecem vivas, quando na verdade se arrastam em decomposição, como nos *thrillers* estadunidenses.

Neste sentido, Žižek (2011, p. 57-8) nos fala que esse “empurrão para o real” assume basicamente 03 formas, que relacionamos também com outros autores de nosso referencial teórico-epistemológico:

(i) A busca por formas extremadas de *jouissance* e busca por preencher a falta constitutiva da subjetividade, resultando em distúrbios alimentares, compulsões e no quadro de adicções, na radicalização de identidades individuais e de valores tradicionais, e na polarização ideológica de posições políticas. Como previu Beck (2012), vemos o retorno do nacionalismo e do racismo na Europa (e sua exacerbação no Brasil), como resultado reflexivo da globalização e da dissolução do Estado-nação enquanto figura central da Modernidade;

(ii) Uma guinada intimista no sentido que lhe confere Lipovetsky e Serroy (2015, p. 389) de “um ideal de vida propriamente estética, em outras palavras, baseada no culto da experiência, do prazer, da realização individual”, do imperativo para ser você mesmo (*be-yourself-culture*) e das ego-culturas e *do-it-yourself-biographies* (Beck, Beck-Gernsheim, 2002), e do *seflmade man* imperativo de autoconstrução e autoadministração e dos empresários de si mesmo e;

---

<sup>154</sup> Nesta obra, Badiou retoma sua discussão sobre a *paixão pelo real*, citando o poema “As cinzas de Gramsci” (1954), de Paolo Pasolini: “Tu me pedirás, morto desadornado,/ para abandonar esta desesperada/ paixão por estar no mundo?”

<sup>155</sup> Beck (2003) se refere às *categorias zumbis* – esta “expressão maravilhosamente feia” como diz Johannes Willms (idem, p. 17) – para criticar “a sociologia que se quiser enxergar além das categorias zumbis tem de reinventar o ofício da sociologia” (idem). As *categorias zumbis* são aquelas “cujo mundo imagético e os conceitos estão radicados no contêiner do Estado nacional” (idem), pelo quadro da sociedade industrial e da primeira modernidade. **Arriscamos a aproximação entre Beck e Žižek, ainda que estes não a façam.**

(iii) A busca pela ação direta e pela experiência cotidiana, pelas utilidades imediatas. A canção de Belchior ilustra bem esta sede pelo real: “Eu não estou interessado em nenhuma teoria, em nenhuma fantasia ou no algo mais (...) A minha alucinação é suportar o dia-a-dia e o meu delírio é a experiência com coisas reais”. Nesta perspectiva, as estratégias macropolíticas e de crítica que se propõem a pensar a realidade são tomadas como conservadoras ou *estruturantes demais* na fantasia ideológica que permeia autores e profissionais do CSMC (*vide* Subcapítulos 3.3 e 3.5).

Assim, a *paixão pelo real*, que no CSMC se expressa pela inflexão micropolítica e o império da ação cotidiana pode ter “por trás das aparências (...) o estratagema definitivo para evitar o confronto” (Žižek, 2003, p. 39) com a realidade do Campo: quais sejam, as mudanças nas relações da loucura, da psiquiatria e da sociedade; a impotência dos profissionais e gestores, a incapacidade e inação frente aos impasses e ineficácia das políticas, por mais que se promova mais regulação, mais tecnologias, mais intervenção, mais prevenção e assim por diante.

No plano cotidiano, a *alucinação de suportar o dia-a-dia e o delírio da experiência com coisas reais*, da música de Belchior, que vemos cotidianamente na compulsão por fazer e na rejeição à reflexão pode ser a estratégia inconsciente para *não* se colocar em questão. Os *slogans* do *Just do it* e o *Yes, we can* (atualizações do *Time is Money* dos anos 1980 e 1990) podem funcionar à imagem do consumo generalizado e banal de medicações psiquiátricas, formas de *escapar para o real*: agimos para não pensar e “evitar o enfrentamento com [nossas] questões subjetivas” (Kehl, 2009, p. 16)<sup>156</sup>. E neste sentido, não é incomum que se associe o adoecimento ao pensar excessivo, ao se preocupar demasiadamente, à reflexão considerada excessiva sobre a realidade: não pense demais, não se preocupe demais, *não procure chifre em cabeça de cavalo* (diz-se no Nordeste), *cabeça vazia é oficina do diabo*, mantenha-se ativo, caminhe, faça uma atividade física, ocupe a cabeça, mantenha o usuário sempre ocupado, preencha o seu dia com oficinas e assim por diante.

---

<sup>156</sup> Kehl liga a recusa ao enfrentamento com questões subjetivas ao uso de medicamentos. Ela não discute a ideia do “agir para não pensar”, mas aqui aproximamos homologamente das reflexões da autora.

#### 4.2.3 O risco de dar certo

Arriscar-se não significa apenas colocar-se em ameaça, mas considerar as chances de algo acontecer ou não, isto é, abrir-se às *possibilidades de*. Neste sentido, falar em subjetividades de risco não equivale exatamente a falar em ameaças à subjetividade. O imediatismo da relação com os riscos, a dissolução e individualização da ordem simbólica não significam apenas o confronto direto com ameaças ou a destruição dos laços e das relações interindividuais. O indivíduo é instado a avaliar, decidir e atuar frente às oportunidades que se abrem, quando se dissolvem as autoridades tradicionais da sociedade industrial, sem outras *guidelines* além de si mesmo. É neste sentido a provocação de Salecl (2005, p. 71): “O que há de tão aterrador na possibilidade de fazermos de nós mesmos uma obra de arte, isto é, de sermos livres para criar nossas vidas da maneira como bem quisermos?”.

Como disse Žižek (2010, p. 100), o supereu é a agência que nos *bombardeia* com demandas irrealizáveis “e depois zomba de [nossas] tentativas canhestras de satisfazê-las, a agência a cujos olhos eu me torno cada vez mais culpado” à medida que para conciliar demandas opostas – como da família e do mercado de trabalho – eu traio meu *eu ideal* (tanto de bom pai ou bom marido como de profissional comprometido e eficiente). Uma leitura precipitada desta assertiva poderia relacionar a ansiedade, o sofrimento e os impasses ao medo do fracasso (como pai e profissional *in casu*). Salecl (2005, p. 72), contudo propõe inverter esta conclusão e “produzir um novo *insight* segundo o qual, paradoxalmente, não é a possibilidade de fracasso, mas a própria possibilidade de sucesso que produz a ansiedade”. Os impasses podem não ser, necessariamente, o resultado final e patológico do fracasso, tanto quanto podem ser uma tentativa de fuga ou recusa à aproximação da *jouissance* e conseqüente perda do desejo. Essa fuga pode se dar pela crise, pelo impasse e pela imobilidade e passividade, mas também pode se expressar pela *pseudoatividade*, quando o indivíduo se torna “freneticamente ativo para evitar que a coisa real aconteça” (Žižek, 2010, p. 37), para evitar a realização e o sucesso, para evitar a aproximação da *jouissance*.

Como vimos até aqui, a *jouissance* está ligada à insatisfação e à falta originária, decorrentes da entrada na ordem simbólica. Para Salecl (2005), o impasse não surge à medida que nos aproximamos do objeto de desejo, mas quando este é

substituído pela *jouissance*, “ou seja, quando nos avizinhamos de um objeto que não mais se constitui como objeto evasivo, mas antes no objeto que estimula um gozo especial associado à dor” (idem, p. 72). Assim, a ansiedade (os impasses, a depressão, o *burnout* e assim por diante) pode ser entendida como uma recusa, um escudo contra o sucesso, enquanto aproximação da *jouissance*, que permite a sobrevivência do desejo. Se aceitarmos a formulação de Salecl, a ansiedade, a inação e os impasses estão menos ligados às ameaças e à possibilidade de fracasso e ao controle biopolítico; do que à possibilidade de sucesso e à liberdade de escolhas abertas aos indivíduos, no Processo de Individualização. A individualização do *Outro-Mercado* e a subjetivação reflexiva levam a novas formas de ansiedade e de insegurança, junto às novas possibilidades de ação e de como lidar com elas.

Queremos dizer com isto que seria precipitado afirmar que, junto com a individualização dos referenciais sociossimbólicos, temos uma generalização do egoísmo, de patologias mentais ou a desintegração da solidariedade e da ação coletiva. Como seria precipitado falar em generalização da perversão ou da *psicotização* decorrentes de uma *dessimbolização* do mundo (Salecl, 2012). A coincidência entre a *self-derived culture*, ideais neoliberais e a emergência destes novos indivíduos em um mundo dessimbolizado (ou simbolicamente apropriado pelo patronato) estaria produzindo mais indivíduos psicóticos e perversos? Para Salecl “Esta seria uma conclusão pessimista e simplista” (idem, p. 35). Reconhecemos que há uma grande *celebração da indeterminação*, da libertação de estruturas autoritárias, dos constrangimentos da família, dos lugares predeterminados de gênero e sexualidade binária, em um mundo autocentrado e que nos *lança ao abandono da liberdade, sem redes de segurança*. Contudo, isto é muito diferente de afirmar uma generalização de patologias e diagnósticos psiquiátricos, que pressupõem um pano de fundo de *normalidade moderna* ameaçada ou em crise frente às metamorfoses da Modernidade Reflexiva.

Sem dúvidas, há uma dissolução das referências simbólicas, mas isso não significa sua desintegração. Quando dizemos que há uma individualização do Outro convertido em *Mercado* significa que temos indivíduos liberados das autoridades de um Outro tradicional, mas reintegrados pela dependência institucional e do mercado de

trabalho, indivíduos livres para escolher, mas também condenados à liberdade de escolha. A individualização da ordem simbólica não significa sua negação, mas seu deslocamento para os indivíduos que passam a delimitar as balizas de simbolização e a impor eles próprios os limites da subjetividade e das ações individuais, sensíveis e dependentes de outros indivíduos e das instituições, que precisam ser sempre avaliadas e escolhidas, negociadas e justificadas em relação a outras opções, e assumidas como risco (de sucesso ou fracasso) pessoal. Na formulação sintética de Salecl (2012, p. 42), o “sujeito contemporâneo é assim não apenas seu próprio criador, mas também seu próprio ‘proibidor’”. Ele é altamente sensível a outros indivíduos, também atua em nome de ideais próprios de bem-comum e justiça – como, noutros momentos, pode atuar por interesses puramente egoísticos –, quer criar laços e busca (desesperadamente) por amor e companheirismo, bem como por novas formas de autoridade, por novas referências de posicionamento e atuação. E aqui se abre o *risco* de um lado, do autoritarismo, nacionalismo, xenofobia e lideranças carismáticas, mas, de outro lado, abrem-se oportunidades para novas formas de *co-operação* e *co-laboração*, novas formas de sociabilidade e de coletivamente experimentar o fardo da responsabilidade individual.

Afinal, a perspectiva de superação das autoridades tradicionais e das referências externas da sociedade industrial é, realmente, algo tão nocivo assim? A resposta seria retornar o relógio a tempos de instâncias mais autoritárias, de lugares determinados de gênero e sexualidade, da família nuclear, sob a suposição de que seria uma sociedade de maior estabilidade e menos ansiedade, com espaços comunitários e familiares para lidar com a ansiedade e os riscos? À *celebração da indeterminação* citada por Salecl (2012) e às autobiografias estetizadas da *self-derivem culture* responderíamos com a *ressubmissão* dos indivíduos ao coletivo? Não nos parece razoável a perspectiva que vê no processo histórico-reflexivo da Individualização uma crise de valores a ser remediada. Como nos dizem Beck e Beck-Gernsheim (2002), o declínio dos valores e a emergência de um novo sujeito egoísta (que a análise pessimista é tão afeita a denunciar) está em verdade abrindo a possibilidade para superar a imagem solipsista do indivíduo como mônada competindo com mônadas.

Não é *contra* o processo de individualização, mas *no processo de individualização que serão forjadas as novas formas sociais e as respostas aos impasses que enfrentamos*. O CSMC tenta encaixar a Contemporaneidade no quadro referencial moderno-tradicional do Estado-nação e da sociedade industrial biopolítica (Pitta, 2011, 2011-a), no entanto, os indivíduos, muito mais que as instituições, mostram-se habilitados a lidar coletivamente com as ameaças e riscos que escapam às instituições.

(...) falar sobre a “era do narciso” (Lasch) é, de alguma forma correto, mas também reducionista e enganoso, pois ignora o alcance e profundidade do desenvolvimento posto em movimento. Os mundos de vida individualizados entraram, em grande parte involuntariamente, numa *fase histórica de busca e experimentação*. Trata-se de vivenciar (no sentido ativo da palavra) novas formas do social, contra a dinâmica de prescrições de papéis cada vez mais irreais (...). Essas experiências geram embriões de uma *nova ética*, baseada no princípio dos “deveres consigo mesmo” – o qual não deve ser mal-entendido num sentido solipsista, mas como o esforço de ajustar o individual e social de modo novo, levando em conta identidades fugazes, projetivas, sociais (Beck e Beck-Gernsheim, 2017, p. 58-9).

Esta nova ética de *individualismo altruísta* parece indicar a subjetivação de indivíduos que estão intimamente ligados aos outros – para a família, para coletivos, movimentos sociais ou grupos dos mais variados registros ideológicos, para namorados e namoradas, para a empresa e assim por diante – e cuja ação é baseada na defesa radical da vida como um projeto pessoal, do direito a fazer de sua vida uma obra de arte (Beck e Beck-Gernsheim, 2002; Salecl, 2005), o que provoca ansiedade, medo, sofrimento e impasses, mas que ao mesmo abre novas e importantes possibilidades de ação, mesmo confrontados pelas situações mais sofridas e desafiadoras, e dos estigmas e instituições mais autoritárias, os indivíduos encontram formas de lidar e coletivizar os riscos. Vemos isto ao acompanhar a leitura de Nobre (2013, p. 144, grifo nosso) sobre os movimentos de junho de 2013, como exemplo concreto e relevante destas novas formas coletivas de co-atuação individual de impulso auto-organizativo, nas quais, tão “importante quanto se sentir parte é fazer a sua própria manifestação, é encenar a individualidade sem diluí-la no coletivo, sem colá-las em uma liderança ou grupo”.

Os indivíduos individualizados e *co-laborando* entre si parecem mais bem-preparados do que as instituições para lidar com a individualização e a ansiedade, impasses e crises mais radicais. É isto que nos parece evidenciar, por exemplo, os movimentos de neurodiversidade. Outro exemplo recente encontramos na reportagem

do jornal *O Estado de S. Paulo* cuja manchete é “Aumento de transtornos mentais entre jovens preocupa universidades”<sup>157</sup>. Os universitários, muitos deles tendo finalmente realizado o *sonho* de entrar em cursos universitários de renome, relatam a perda de prazer e alegria em estudar, depressão e tentativas de suicídio. E foi entre estudantes que se organizaram grupos de apoio, de solidariedade buscando “auxiliar colegas e sensibilizar as instituições”. Não se está com isto, em absoluto, defendendo a supremacia da ação individual sobre a ineficiência institucional, mas a capacidade de indivíduos *co-laborarem* para lidar com os riscos que escapam das instituições e os sobrecarregam. Indivíduos que mesmo quando questionados sobre mecanismos de aprimoramento da performance neurocognitiva, no ambiente altamente competitivo das universidades, trazem como maior preocupação o risco de aumento de injustiças e desigualdades de acesso (Barros e Ortega, 2011, *vide* p. 304 desta Tese).

São estudantes de Universidades públicas e privadas de SP, que se organizaram em torno da *Frente Universitária de Saúde Mental – FUSM* em reação a tentativas de suicídio na Faculdade de Medicina da USP, e vêm organizando palestras, dando apoio a colegas e lidando coletivamente com os impasses vividos individualmente pelos estudantes. Ao contrário da percepção precipitada do indivíduo neoliberal contemporâneo que se vê em constante competição e só pensa em si mesmo porque *não deve nada a ninguém* (Dardot e Laval, 2016); a FUSM ilustra a percepção de que todos são afetados pelas crises das biografias de riscos e de que todos se percebem afetados. Ilustra a emergência de uma *solidariedade de risco* (Beck, 2010), “uma espécie de consciência das crises alimentada pelos riscos que representam, exatamente, o tipo de ameaça comum, um novo tipo de destino coletivo” (Beck, 2012-b, p. 124). Uma consciência que tem se espalhado globalmente, em torno do risco e necessidade de prevenção do suicídio, pautando desde a agenda de atores internacional como a OMS e, por sua vez, conformando a agenda das políticas nacionais brasileiras, ao dia-a-dia das pessoas que encampam subpoliticamente o debate.

Enquanto isto, espaços como os CAPS parecem cada vez menos capazes de lidar (ou mesmo perceber) estes fenômenos. Primeiramente, já tivemos oportunidade de

---

<sup>157</sup> Disponível em: <https://goo.gl/oAgTzR>. Acesso em set. 2017.

discutir, no Subcapítulo 3.1, o olhar parcial e limitado do CSMC sobre o quadro da miséria-exclusão e ao perfil do usuário de baixa renda-escolaridade, o que excluiria do seu campo de práxis a maioria dos estudantes de universidades como a USP. Mais do que isto, a clínica orientada pela diferença-singularidade é eminentemente atomizante e desconstrói as possibilidades de ação coletiva de indivíduos autorganizados, uma vez que a centralidade da dimensão técnico-assistencial virtualiza a ação política, em nome do sentido totalizador da clínica. A reportagem de *O Estado de S. Paulo* também ajuda a ilustrar nossas críticas ao Campo e às perspectivas que assume: (1) a ideia de *sujeitos da querência*, do desempenho e busca pelo prazer, do falso autonomismo autárquico e, simultaneamente, (2) o entendimento de que os indivíduos são *governáveis* e de que o sofrimento é *evitável*: desde que se aporte mais e melhor tecnologia, técnicas de avaliação e gestão, ampliação de acesso a bens e serviços, mais e melhores regulações e assim por diante, é possível prevenir riscos, como o de suicídio.

Há um senso comum, compartilhado por acadêmicos e pesquisadores, tecnocratas, gestores e planejadores públicos, de que as transformações na subjetividade são a consequência patológica e anômala da Modernidade, ou sinais de sua crise. O que Beck e Beck-Gernsheim (2002) nos mostram é a necessidade de deslocar o olhar e as bases interpretativas, realizar um *shift*: precisamos nos abrir à possibilidade de que os *sintomas superficiais* (o aparente egoísmo, a suposta crise da solidariedade, a desconstrução da família e da comunidade) de uma crise ou ameaça à sociedade *normal*, como a conhecemos e a concebemos, sejam em verdade sinais de uma transformação mais profunda, uma metamorfose ampla da sociedade, da qual emergirão novas formas colaborativas, novas formas de solidariedade, vidas compartilhadas, e relações sociais e políticas. Em síntese, os indivíduos em sua subjetividade autorreferenciada e em sua busca por realização pessoal, podem estar anunciando mudanças tão significativas e amplas que nosso vocabulário político-social não consegue *simbolizar*, não consegue apreender senão como ameaça, crise ou desvio daquilo que conhecemos.



### 4.3. NEURO-PSIQUIATRIA, TECNOLOGIA E A REVOLUÇÃO SILENCIOSA

A Psiquiatria é o fio de costura que atravessa, transversalmente, as perspectivas do CSMC. No curso de nossa discussão, dividimos estas perspectivas em 02 grandes blocos ou momentos: a perspectiva *marxista* e a perspectiva *pós-moderna* ou da *Perspectiva Micropolítica* (pós-1987) identificadas, respectivamente, às discussões de Basaglia e de Rotelli. Em ambas, a Psiquiatria assume um lugar central para as formulações dos autores. Em Basaglia (1985), a Psiquiatria assume o mandato social de violência, cujo exercício não pode ser justificado por outros meios senão pela psiquiatrização da luta de classes, isto é, a dissimulação das contradições sociais ligadas à exploração burguesa do proletariado, travestindo seu caráter político como questões clínicas e psicopatológicas. Por sua vez, a formulação crítica de Rotelli (2001) orbita em torno da doença mental, o *objeto fictício* (dissociado da existência global do paciente) constituído pela Psiquiatria como a *pedra fundamental* sobre a qual se erigiu a ciência psiquiátrica, as legislações e regulações sobre a loucura, referências culturais e relações de poder, controle e exclusão.

Em ambas as perspectivas, a Psiquiatria é tomada como a materialização de “uma sociedade repressiva e alienante”, em que o “sistema psiquiátrico [é percebido] como uma rede de controle social” (Bezerra Jr., 2007, p. 129-30), e que na produção do CSMC aparece como a *Psiquiatria hegemônica* ou *manicomial*. Ambas as perspectivas, ainda que diverjam quanto à *ordem dos fatores*, falam de uma Psiquiatria da tutela e do controle, que busca o reestabelecimento da normalidade e que asila, segrega e estigmatiza o anormal, o diferente, o louco. A Psiquiatria do CSMC é aquela do reducionismo biomédico às custas do apagamento da dimensão social e do silenciamento do indivíduo singular, seja ao dissimular as contradições sociais da luta de classes, seja ao dissociar a doença da existência singular do paciente no corpo social. Apesar de uma inflexão epistemológica marcante entre a leitura basagliana e a de Rotelli, permanece esta Psiquiatria da violência e dos manicômios, inserida em uma sociedade do controle biopolítico foucaultiano. À medida que os serviços substitutivos são implementados e a Reforma é institucionalizada como PNSM, a vinculação do sistema psiquiátrico repressivo ao manicômio é colocada em segundo plano: ainda há HPs a serem fechados e há a constante ameaça do asilamento manicomial desconstruir

as conquistas dos movimentos; contudo, a discussão se desloca para a prevenção ou reformulação de práticas manicomiais nos serviços substitutivos. Notadamente com a inflexão micropolítica e a influência da leitura rotelliana, a Psiquiatria manicomial é associada às práticas não alinhadas à Reforma, ainda que extramuros.

Nesta leitura do social, a medicalização ou psiquiatrização é vista como estratégia ideológica para *escamotear a produção social da doença mental*, ligada à estigmatização, internações e asilamento, segregação e exclusão, e controle do *diferente* pela Psiquiatria, ou para caracterizar práticas violentas e não condizentes com a Reforma e facilitadoras do asilamento, denunciando uma “dinâmica assistencial individual, passiva, pouco criativa, centrada na internação psiquiátrica e na medicalização dos sintomas” (Breda e Augusto, 2003, p. 28, apêndice 01). A medicalização é percebida como um avanço do controle sobre a sociedade e do poder psiquiátrico pela violência manicomial, estigmatização e silenciamento do louco e apagamento de sua singularidade. As tecnologias médico-psiquiátricas são indissociavelmente relacionadas à Psiquiatria da violência, do estigma e da exclusão, no CSMC, e não surpreende que a memória de técnicas e tecnologias psiquiátricas violentíssimas que eram aplicadas em manicômios e HPs (hiper-farmaceuticalização, laborterapia, lobotomias, eletrochoques, duchas geladas e assim por diante), que provoquem reações negativas tão fortes no Campo. Tanto pela violência e apagamento da dimensão singular, quanto pela “longa história pendular da disputa entre concepções fundamentalmente biológicas e concepções humanistas pela hegemonia no campo psiquiátrico” (Bezerra Jr., 2007, p. 130).

Esta disputa pendular corresponde, em alguma medida, a críticas válidas e importantes formuladas no CSMC. Contudo, imprimem uma parcialidade e conseqüente reducionismo ao fenômeno – tanto por parte do autoentendimento do Campo e de suas possibilidades de atuação, como seu olhar sobre a Psiquiatria que critica – que, por fim, é incapaz de responder adequadamente à complexidade e atualidade da medicalização-psiquiatrização do adoecimento mental. Reduzir a Psiquiatria e as tecnologias médicas às estratégias de controle e asilamento, e de violência e segregação é, simplesmente, equivocado. Em que pese a permanência de práticas e espaços de asilamento, a Psiquiatria passou por uma verdadeira revolução nos últimos 50 anos, afastando-se

progressivamente da chamada *Psiquiatria hegemônica manicomial*, que permanece residualmente.

Como explica nos Beck (2010, p. 302), a Medicina que se profissionaliza na Europa do século XIX funda-se no monopólio do conhecimento e administração do sofrimento e da doença, que foram “por meio de uma exoneração operada por especialistas, delegados exaustivamente à instituição da medicina e isolados em ‘hospitais’ enquartelados e, em grande medida, à revelia dos enfermos, ‘cirurgicamente removidos’ de um modo ou de outro pelas mãos dos médicos”. Hoje, a relação entre indivíduos, a Psiquiatria e a sociedade se afasta das dinâmicas da tutela, e abre-se à escolha e decisão e responsabilidade individuais do “paciente ativo” (idem, p. 303). A tecnologia médica está cada vez mais vinculada às demandas sociais, aos seus interesses e conflitos enquanto é, simultaneamente, causa e efeito destas demandas, interesses e conflitos (Beck e Beck-Gernsheim, 2002). O Processo de Individualização assentou as bases para a aceitação do espaço ocupado pela *Neuropsiquiatria* – a Psiquiatria aliada e em grande medida subsumida pelas Neurociências – e a redefinição do lugar social do diagnóstico psiquiátrico, à medida em que se dissolvem as instâncias de coletivização e significação da experiência humana, e o indivíduo se torna, a um só tempo, autorreferência socio simbólica e motor da reprodução social.

A individualização dos riscos, o constante sentimento de inadequação e insegurança, as novas tecnologias, o abandono às escolhas e a falta de elementos cognitivos básicos para orientar estas escolhas fazem da Neuropsiquiatria uma instância fundamental de significação da experiência social, coletivamente individualizada. Hoje, há uma generalização das situações de crise intimamente ligadas à individualização da Ordem simbólica e à constante autoconfrontação do indivíduo consigo mesmo, a autorreferência simbólica que discutimos anteriormente. **O adoecimento mental é a metáfora patológica da Contemporaneidade**, e a distinção entre normais e anormais, assim como a estigmatização do diagnóstico psiquiátrico faz menos sentido: quem hoje seria *normal*? E quem *gostaria de ser normal*, ao invés de ser *singular, diferente*? O diagnóstico deixa, progressivamente, de ser um estigma para se tornar uma identidade individual, e este é um elemento central do que denominamos de *psicocultura*.

Sobre as bases da modernização reflexiva, a Psiquiatria promove uma verdadeira *revolução*, no sentido que atribui Beck (2017, p.73)<sup>158</sup>, atingindo não só as mundivisões filosóficas, mas as relações e formas sociais e políticas, a vida cotidiana e o entendimento coletivo sobre quem somos e o que constitui a essência de nossa humanidade. As dinâmicas entre a loucura, a Psiquiatria e a sociedade são apanhadas *na dinâmica da metamorfose histórico-reflexiva*. Tomando as palavras de Beck-Gernsheim (1995, p. 23), com estas novas tecnologias médicas, “o que se desenrola diante de nossos olhos, ainda que não vejamos, é uma ‘revolução silenciosa’”<sup>159</sup>.

Esta *revolução silenciosa* vem ocorrendo há mais de 60 anos, em pequenos e cumulativos eventos que, isoladamente, passaram despercebidos ou foram incorporados aos marcos analíticos prevalecentes à época, apesar de promoverem mudanças sociais fundamentais. Desde os movimentos de contracultura, a Psiquiatria Democrática Italiana e outros movimentos internacionais que recolocaram a loucura “como condição subjetiva radicalmente inscrita na rede de relações sociais”, até hoje, “o quadro mudou completamente. A biologia tornou-se hegemônica como ciência de base da psiquiatria, varrendo de seus domínios a psicanálise a fenomenologia. As intervenções biológicas se tornaram o modelo padrão de tratamento de todos os transtornos mentais” (Bezerra Jr., 2007, p. 130-1). Entre os fatores desta transformação estão as críticas ao HP e mudanças na percepção social da loucura que são *também* caudatárias dos movimentos de crítica à Psiquiatria. São fundamentais as transformações amplas promovidas pela modernização reflexiva e a dissolução e individualização das formas sociossimbólicas da Modernidade Industrial, com as consequências discutidas até aqui. Mas um elemento central que precisamos enfrentar é o papel desempenhado pelas biotecnologias,

(...) para que o discurso científico (e o biológico em particular) tenha se tornado um ponto de referência privilegiado na apreciação dos fatos humanos; e a transformação no regime de subjetivação, com a utilização crescente de predicados biológicos para definir os indivíduos [e suas

---

<sup>158</sup> Nesta publicação póstuma, Beck (2017, p. 73-5) apresenta a *revolução* como uma das formas de mudança social histórica, caracterizada não apenas pelas mudanças ao nível das mundivisões, mas “por superar o caráter natural assumido da ordem social e política” atingindo também a vida cotidiana que é “apanhada na dinâmica da mudança histórica” (idem, p. 73).

<sup>159</sup> Liv. Trad., do original: “What is happening before our eyes, although we don’t see it, is a ‘quiet revolution’”.

relações] – processo identificado por termos como “biossociabilidade” e “bioidentidades” (idem, p. 133).

A década de 1950 foi prodigiosa para a indústria farmacêutica, que se voltava para as doenças mentais. Em 1951, a clorpromazina era exaltada como uma *verdadeira lobotomia*<sup>160</sup> *medicamentosa* e, em 26 de março de 1954, a FDA - *Food and Drugs Agency* estadunidense aprovou a venda da clorpromazina como Thorazine, lançado pelo laboratório *Smith, Kline and French* (Whitaker, 2010). Segundo Whitaker, o Thorazine foi aclamado pela revista *Time* como o *Medicamento Maravilha de 1954* (*Wonder Drug of 1954*), tão importante quanto os bactericidas da década de 1930. O jornal *The New York Times*, em uma série de artigos publicada entre 1954 e 1955, refere-se ao Thorazine como uma *pílula milagrosa* “que trouxe aos pacientes psiquiátricos ‘*paz de espírito*’ [*peace of mind*] e os ‘libertou da confusão’. Jornais e revistas concordavam que o Thorazine inaugurou uma ‘nova era da psiquiatria’” (Whitaker, 2010, p. 58-9)<sup>161</sup>, uma *revolução psicofarmacológica na Psiquiatria* (Conrad, 2007).

Ainda segundo Whitaker, é associando-se à indústria farmacêutica que a Medicina se destaca na *defesa do bem-estar* do público estadunidense. Similar ao movimento da proto-psiquiatria no início do século XIX, que corre aos tribunais como defensora da sociedade contra a periculosidade do louco (Foucault, 2006); a Associação Médica (Norte) Americana - AMA assume a defesa contra o *charlatanismo* (*quackery*) e passa a conduzir testes para comprovar a eficácia das medicações. Em 1938, é aprovado o *Food, Drug, and Cosmetic Act*<sup>162</sup>, que condicionava a venda de medicamentos à aprovação da FDA, cuja Emenda Legislativa de outubro de 1951 (Lei

---

<sup>160</sup> A lobotomia (corte do lobo cerebral) frontal ou leucotomia consistia na destruição cirúrgica do lobo frontal levando à *cura milagrosa* de pacientes diagnosticados com esquizofrenia e depressão. A técnica chegou a ganhar o Prêmio Nobel de Medicina ao psiquiatra português António Egas Moniz, considerado o inventor da lobotomia. Segundo Whitaker (2010, p. 49), a imprensa da época referia-se à lobotomia com uma técnica habilidosa que extirpava a loucura da mente. Também conhecida, à época, como psicocirurgia, foi popularizada nos EUA por Walter Freedman e sua *ice pick lobotomy* que consistia, literalmente, no uso de um picador de gelo inserido por trás do globo ocular e, com um martelo de borracha, na mutilação do lobo frontal do paciente. Sem cortes ou cicatrizes aparentes, o paciente *tranquilamente* voltava para casa apenas com um olho roxo. É possível ver o procedimento bárbaro no documentário **The Lobotomist**. Direção: Barak Goodman e John Maggio. EUA: PBS, 2008.

<sup>161</sup> Liv. Trad., do original: “The *New York Times*, in a series of articles in 1954 and 1955, called Thorazine a ‘miracle’ pill that brought psychiatric patients ‘peace of mind’ and ‘freedom from confusion’. Thorazine, newspapers and magazines agreed, had ushered a ‘new era of psychiatry’”.

<sup>162</sup> Disponível em: <https://goo.gl/XbbDb5>. Acesso em jul. 2017.

Durham-Humphrey) passou a exigir a prescrição médica e apresentação de receituário para compra de novas doses de medicações<sup>163</sup>. “A partir de então, médicos desfrutam de um lugar privilegiado na sociedade estadunidense. Eles controlam o acesso do público a antibióticos e novos medicamentos” (Whitaker, 2010, p. 56)<sup>164</sup>, entre os quais, a *pílula milagrosa* (Thorazine) e a *pílula da felicidade* (*happy pill*): meprobamate, lançada pelo laboratório Wallace com o nome fantasia *Miltown*.

O *Miltown* marca a passagem das *pílulas milagrosas* destinadas aos anormais e à loucura psicótica, para a *pílula da felicidade* que atendia a uma demanda generalizada por alívio da ansiedade e das preocupações, proporcionando “uma renovada capacidade para aproveitar a vida” (Whitaker, 2010, p. 59)<sup>165</sup>. A Psiquiatria contava agora com um tranquilizante potente para os pacientes internados e um tranquilizante leve contra a ansiedade, acessível à população em geral. O ápice desta *abertura de mercado* vem na década de 1970, com o *Prozac*. A popularidade do *Prozac* e seu impacto sobre a cultura estadunidense pode ser sintetizado pela personagem de Woody Allen, Larry Lipton, em *Manhattan Murder Mystery*: “não há nada de errado com você que não possa ser curado com um pouco de Prozac e uma partida de Polo”<sup>166</sup>.

Desde a década de 1950, havia um debate entre neurologistas sobre o funcionamento do cérebro: se a transmissão de sinais era de natureza elétrica ou química. Esta última perspectiva prevaleceu e, na década de 1960, é proposta a tese de que os distúrbios afetivos são resultado de um desequilíbrio químico, primeiro pilar da chamada *psiquiatria biológica* (Whitaker, 2010). O segundo pilar, de acordo com Whitaker, é a *hipótese que relaciona a dopamina à esquizofrenia* e os medicamentos neurolépticos à regulação da captação de dopamina pelo cérebro dos psicóticos. A *caça aos desequilíbrios químicos do cérebro* continuou, e na década de 1970 é formulada a teoria da depressão ligada aos baixos níveis cerebrais de serotonina. O Laboratório *Eli Lilly* lança, em 1987, o *Prozac* (fluoxetina): o inibidor seletivo de recaptção de serotonina que produziu uma profunda mudança na percepção social sobre a forma

---

<sup>163</sup> Disponível em: <https://goo.gl/4XeGs6>. Acesso em jul. 2017.

<sup>164</sup> Liv. Trad., do original: “Physicians now enjoyed a very privileged place in American society. They controlled the public’s access to antibiotics and other new medicines”.

<sup>165</sup> Liv. Trad., do original: “a renewed ability to enjoy life”.

<sup>166</sup> **Manhattan Murder Mystery**. Direção: Woody Allen. EUA: Sony Movie Channel, 1993.

como sentimos e podemos ou não manipular nossas emoções, compondo a dinâmica espiral do processo de Individualização e *o entendimento do corpo aberto às escolhas individuais* – e em uma velocidade inédita, que melhor condiz com o ritmo da sociedade Contemporânea dos que os longos anos de sessões psicanalíticas. Sobre a impressão deixada pelos avanços psicofármacos à época, significativo o relato de Kramer (1993, p. 21), “eu achei chocante que uma pílula pudesse, em questão de dias, fazer o que psiquiatras esperavam, e frequentemente falhavam em atingir de outras formas no curso de anos”<sup>167</sup>. O *Prozac* marca aquilo que Kramer denominou de *psicofarmacologia cosmética*, uma medicação não apenas para aqueles seriamente perturbados, mas para aprimorar a vida de pessoas com dificuldades ou aflições psíquicas menores (Conrad, 2007, p. 62).

Junto ao que parecia o *milagre* farmacológico, crescia o descrédito com a perspectiva humanista do sofrimento mental, e ao que seria uma abordagem ideológica e sem cientificidade dos movimentos de reforma ou negação da Psiquiatria, como a Psiquiatria Democrática e a Antipsiquiatria. Assim também, aumentavam as críticas ao que era tido como uma inconsistência das múltiplas escolas psicanalíticas que, na década de 1960, dominavam o influente cenário clínico estadunidense: “Na década de 60, a maioria dos chefes de departamento de psiquiatria eram psicanalistas, e a psicanálise não só havia se tornando a referência teórica mais fundamental da psiquiatria, como também havia invadido o imaginário social” (Bezerra Jr., 2007, p. 136-7). Bezerra Jr. aponta, contudo, uma *crise de confiabilidade* na capacidade diagnóstica da Psiquiatria de orientação humanista e psicanalítica, à medida em que, por exemplo, “muitos dos que eram diagnosticados como esquizofrênicos nos EUA eram diagnosticados como deprimidos ou neuróticos no Reino Unido (...). Para não falar das distâncias teóricas e práticas existentes entre os psiquiatras de língua francesa e alemã”, em comparação com a psiquiatria anglo-saxã (idem, p. 138).

Neste contexto, segundo Bezerra Jr., é relevante a publicação do artigo *Being sane in insane places* de David Rosenhan que, em síntese, relata o experimento em que “oito pessoas sãs foram secretamente admitidas em 12 diferentes hospitais (...).

---

<sup>167</sup> Liv. Trad., do original: “I found astonishing that a pill could do in a matter of days what psychiatrists hope, and often fail, to accomplish by other means over the course of years”.

Os oito pseudopacientes eram de um variado grupo” (Rosenhan, 1973, p. 251)<sup>168</sup>, que contava com psicólogos, psiquiatras e artistas, de ambos os sexos. Todos relatavam um único sintoma: eles ouviam vozes desconhecidas, nem sempre nítidas, que lhes repetiam unicamente algo como a palavra *vazio* [*empty, hollow*]. Esta era a *única* falsa informação, além do uso de pseudônimos e uma falsa formação profissional ou vínculo empregatício. A partir da admissão nos hospitais, os falsos sintomas cessavam e tudo o que mais foi relatado pelos pseudopacientes era verdadeiro, contudo, “apesar de sua demonstração pública de sanidade, os pseudopacientes nunca foram identificados”<sup>169</sup> ou desmascarada sua simulação dos sintomas pelos psiquiatras responsáveis que, sem outros sinais de *insanidade*, deram alta, mas mantiveram em pelo menos 07 dos 08 pseudopacientes, o diagnóstico de *esquizofrenia em remissão* (Rosenhan, 1973, p. 153). Apesar das duras críticas à hospitalização psiquiátrica e ao apego a *rótulos psiquiátricos* – fatores que, para Rosenhan (idem, p. 158), foram determinantes para a incapacidade em identificarem os pseudopacientes, entendendo que “em um ambiente mais benigno, menos apegado ao diagnóstico global, seu comportamento e julgamento [dos técnicos] poderiam ser mais benignos e eficazes”<sup>170</sup> – a publicação aprofundou a crise de confiabilidade no modelo psiquiátrico e provocou um amplo debate público sobre os critérios de avaliação e diagnóstico em saúde mental, de acordo com Bezerra Jr. (2007).

A publicação do DSM-III, em 1980, veio responder também a esta *crise de confiabilidade* e assumiu protagonismo na reconfiguração da Neuropsiquiatria em seu molde hegemônico atual, que Costa-Rosa (2013) denomina como *psiquiatria-DSM*. A publicação do DSM-III é uma etapa fundamental da *revolução silenciosa* promovida pela Neuropsiquiatria, e se afasta dos DSMs anteriores adotando uma perspectiva descritiva e ‘a-teórica’, em que não mais se tentava desvendar os impasses e conflitos por trás dos sintomas, voltando-se para uma “detalhada e rigorosa observação da superfície visível de comportamentos e atitudes” (Bezerra Jr., 2014, p. 21). O Manual

---

<sup>168</sup> Liv. Trad., do original: “Eight sane people gained secret admission to 12 different hospitals (...) The eight pseudopatients were a varied group. One was a psychology graduate student in his 20’s. The remaining seven were older and “established.” Among them were three psychologists, a pediatrician, a psychiatrist, a painter, and a housewife. Three pseudopatients were women, five were men”.

<sup>169</sup> Liv. Trad., do original: “Despite their public “show” of sanity, the pseudopatients were never detected”.

<sup>170</sup> Liv. Trad., do original: “In a more benign environment, one that was less attached to global diagnosis, their behaviors and judgments might have been more benign and effective”.



Diagnóstico de 1980 tem uma peculiaridade importante, qual seja, o amplo debate político em torno da Neuropsiquiatria e de suas categorias nosológicas, promovido não apenas pelo *caso Rosenhan*, mas especialmente pelo movimento gay e suas demandas por igualdade de direitos, que se direcionou “contra o sistema de classificação diagnóstica então vigente, o DSM II, que incluía a homossexualidade entre suas categorias nosológicas”. A Neuropsiquiatria retomava seu lugar na *esfera pública* (Habermas, 2003) e com uma distinção em relação ao Brasil: enquanto no bojo dos movimentos pela Reforma o debate era protagonizado, majoritariamente, pela categoria dos profissionais *psi* (cf. Subcapítulos 2.1 e 3.1), o debate em torno do DSM-III era atravessado por “grupos de interesse externos à corporação médica, oriundos de vários setores da sociedade e defendendo interesses de múltiplas ordens” (Bezerra Jr., 2007, p. 139).

Impulsionado pelas *pílulas milagrosas* que prometiam felicidade e apaziguamento da loucura e da ansiedade, o DSM-III vem com a pretensão de uniformizar a prática e aproximá-la da clínica médica, estabelecendo critérios claros e objetivos que imprimissem caráter científico, unificassem o processo diagnóstico e ampliassem o acesso, possibilitando o diagnóstico por médicos não-psiquiatras e outros profissionais de saúde mental (*idem*) – instrumento que se alinhava bem às recomendações da OPAS para o Brasil, quanto à ampliação da SM na atenção básica.

As críticas ao DSM são centradas em seu potencial medicalizante e iatrogênico, ampliado pelas edições seguintes do DSM-IV (1994) e DSM-5 (2013) (Viégas, 2014; Collares e Moyses, 2014), consistindo na preocupação com: (1) a ampliação do raio de atuação psiquiátrica biomédica e da indústria farmacêutica, que subtrai do sofrimento mental sua dimensão psicodinâmica, psicossocial e sócio-histórica, e (2) com a radicalização e consolidação desta perspectiva biológica que, como coloca Wolff (2012, p. 135), levaria à destruição do homem como “*sujeito* (de pensamento, de ação, de conhecimento), [que] é destruído como *objeto* de Ciência”. Esta crítica pode ser correta e, de fato, acreditamos que socorre muita razão às preocupações com uma ampliação desta perspectiva biologizante e a-histórica do sofrimento mental. Contudo, esta leitura conta apenas uma parte da *estória*.

Certamente, há um alinhamento bastante evidente entre a ampliação da ação neuropsiquiátrica e a produção e prescrição de psicotrópicos, e os interesses econômicos e da Indústria Farmacêutica e das associações médicas. Certamente, esta ampliada medicalização das mais variadas esferas e relações sociais comporta um grau de *ameaça* iatrogênica, bem como de esvaziamento sociopolítico da experiência humana. Contudo, os riscos que emergem das transformações sociais contemporâneas sempre comportam, ao lado das ameaças, novas possibilidades de ação. Se, por um lado, ainda nos *assombram* as violências do manicômio (arquitetônico e químico), do eletrochoque e da lobotomia, não seria coerente interpretar a *revolução silenciosa* da Psiquiatria promovida pelas novas tecnologias diagnósticas, psicofarmacológicas e pelo DSM, sem levar em conta que ela se dá no contexto de uma metamorfose social ampla e profunda, em meio às águas turbulentas do processo de modernização reflexiva.

É preciso, portanto, pensar estas questões no contexto social amplo enquanto resultantes e também promotoras de individualização. Isto é, como respondem a interesses político-econômicos, mas também aos impasses, demandas, conflitos, novas possibilidades e fardos que os indivíduos devem assumir. A Neuropsiquiatria e a sociedade se transformam reciprocamente, e a *revolução silenciosa* promovida pelas novas tecnologias faz com que a relação entre indivíduos, Psiquiatria e sociedade seja cada vez menos relacionada ao controle e normalização de comportamento, e cada vez mais sobre o aprimoramento da experiência individual e a realização dos projetos de vida, da melhor performance nas mais variadas esferas da vida e do desempenho no mercado de trabalho e no sistema educacional (como etapa prévia ao mercado de trabalho). As novas tecnologias neuropsiquiátricas transformam cada vez mais a autocompreensão individual, enquanto o cérebro é identificado como a dimensão fundamental do ser humano. À medida que se desvela o funcionamento cerebral e são desenvolvidas novas técnicas de aprimoramento neurocognitivo, a própria essência do que nos faz humanos nos parece cada vez mais maleável, abrindo-se como uma questão de escolhas, “categorias originalmente (ainda que relativamente) claras e fatos evidentes relacionados a compreensão do mundo e a compreensão de si mesmos dos seres humanos tornam-se obsoletos, contingentes e abertos à redefinição” (Beck, 2010, p. 310).

Sobre a apropriação nosológica de determinados comportamentos, qualquer “conceito empírico de doença conserva uma relação com o conceito axiológico de doença. Não é, portanto, um método objetivo que qualifica como patológico [ou não] um determinado fenômeno biológico (...), não é tanto um fato mas, sobretudo, um valor” (Canguilhem, 2012, p. 166-7). Por um lado, isto coloca em xeque certa pretensão de cientificidade e objetividade (a-valorativa) da Medicina. Mas esta é uma *via de mão-dupla* e é imperativo reconhecer que, de outro lado, se o conceito empírico de doença se refere a um *valor* não há, propriamente, equívoco em assumir certos comportamentos sociais como objeto da Neuropsiquiatria. Na medida em que todo sofrimento ou adoecimento mental é um fenômeno social, isto quer dizer que todo fenômeno social que cause sofrimento ou adoecimento mental é, em tese, passível de medicalização, se for assim significado socialmente. Aqui, portanto, acreditamos que a crítica deva se dirigir menos ao que *poderia ou não ser medicalizado*, e mais a como se dá esta medicalização: se reconhecendo ou não a dimensão social do adoecimento, se como instrumento concretamente à disposição do indivíduo ou falso *gadget* paliativo que apenas dissimula os conflitos e impasses sociais, anestesiando os indivíduos.

Tomando a lição de Canguilhem, não há categorias nosológicas objetivas, cuja natureza a-social justificaria ser objeto de medicalização, notadamente quando se trata de psicopatologias. Mas a crítica à medicalização de comportamentos ou fenômenos sociais pressupõe esta falsa distinção entre o sofrimento *natural* – passível de intervenção médica – e o sofrimento *puramente* social, que não deveria se sujeitar à medicalização. À medida em que se dissolvem as fronteiras entre natureza e sociedade, e reconheçamos que não há natureza sem social, *tampouco há subjetividade sem cérebro* como nos ensina Bezerra Jr. (2007, 2014), a crítica à medicalização se transmuta na disputa entre dois reducionismos, disputa que sequer nega o reducionismo, mas antes o reafirma em nome de uma delimitação que contenha um reducionismo, em benefício de outro.

É por isto que, na discussão sobre a medicalização contemporânea, é imprescindível considerar o cenário social amplo, o processo histórico-reflexivo de individualização e percepção dos riscos, a dependência do mercado de trabalho e a individualização da Ordem simbólica, porque mais do que nunca a medicalização se

liga a uma (auto)percepção social do indivíduo em relação ao risco, o processo reflexivo de subjetivação e constituição da tríade *eu ideal/ ideal de eu/ supereu*, discutidas no Subcapítulo 4.2 e, especialmente, no Tópico 4.2.2. Neste sentido, perde substância a dinâmica entre as 04 dimensões da Reforma (Amarante, 2008), que assume a dimensão sociocultural como consequência ou objetivo final das outras transformações (desencadeadas pela epicentria técnico assistencial, *cf.* subcapítulo 3.3). A dimensão sociocultural, isto é, **a forma como a sociedade lida com a loucura e a Psiquiatria é ponto de partida de análise e ação, e com uma distinção crucial**: em vista das subjetividades de riscos, trata-se menos de transformar a relação entre a sociedade e a loucura, e mais de se entender como os indivíduos percebem e se relacionam consigo mesmos, com os outros e com os riscos sociais que devem assumir enquanto fazem as escolhas necessárias à autoconstrução biográfica. Entendemos que não se trata mais, nuclearmente, de como a sociedade e os indivíduos que a compõem se relacionam com a figura do louco – se com medo ou fascinação, se com estigma ou acolhimento –, mas como o indivíduo se relaciona consigo mesmo e como ele lida com a responsabilidade por sua biografia de risco. É por isto que as identidades e coletivos que se formam em torno dos diagnósticos psiquiátricos não são apenas *agentes revolucionários* das relações entre a sociedade, a Psiquiatria e a loucura, mas fazem parte de uma *revolução* da subjetividade contemporânea, das formas de ação coletiva e solidariedade em torno dos riscos individualmente *co-partilhados*.

Pensar a medicalização nos demanda que tenhamos clareza sobre o sofrimento como fenômeno social e sobre o que entendemos como saúde. Conforme nossa concepção de saúde se traduza em felicidade, ausência de doença ou de sofrimento, qualidade de vida, acesso a serviços, cidadania ou inclusão social e assim por diante, a ameaça de iatrogenia e a crítica à medicalização assumem conteúdos distintos e, portanto, demandam estratégias distintas de enfrentamento. Nesta Tese, seguimos Canguilhem (2012, p. 138), para quem, “saúde, em seu sentido absoluto, ela nada mais é que a indeterminação inicial da capacidade de instituição de novas normas biológicas”, isto é: adoecer-sofrer e ter a capacidade de reinstaurar uma nova norma. “O que caracteriza a saúde é a possibilidade de ultrapassar a norma que define o normal momentâneo, a possibilidade de tolerar infrações à norma habitual e de instituir normas novas em situações novas” (*idem*). Assim, boa saúde é a possibilidade de “cair doente e

se recuperar (...). Ao contrário, a característica da doença consiste em uma redução da margem de tolerância às infidelidades do meio”. E segue: “No fundo a ansiedade popular diante das complicações da doença traduz apenas essa experiência. Não é tanto da doença propriamente dita que se cuida, mas sobretudo das doenças que podem sobrevir à primeira” (Canguilhem, 2012, p. 140).

Neste sentido, a saúde psíquica é a possibilidade de enfrentar e reagir aos sofrimentos e crises, e não a ausência de sofrimento e crises, impasses, ou a *indestrutibilidade* da realidade psíquica. Saúde psíquica-mental é a possibilidade de lidar com estas situações e superá-las, *é poder cair doente e se recuperar*. Ainda que, sem dúvidas, haja uma dimensão neuronal do adoecimento mental, o problema central é como o indivíduo significa e reage ao receio de adoecer, ter uma crise ou *breakdown*, de surtar etc. Menos que o diagnóstico *em si*, o medo de suas consequências: como o estigma (que ainda há) pode afetar o acesso ou permanência no mercado de trabalho, ou como o adoecimento pode lhe derrubar da esteira institucional de autoprodução biográfica. Os sintomas do TDAH, por exemplo, podem não implicar em um sofrimento imediato, mas na dificuldade de permanecer ou ter uma performance adequada na escola/faculdade ou no trabalho, uma redução da competitividade ou do desempenho e assim por diante, como o indivíduo irá interpretar e reagir a isto é mais determinante no processo de medicalização-psiquiatrização do que, propriamente, as estratégias biopolíticas ou de gestão neoliberal e mercadológica da Neuropsiquiatria e da Indústria Farmacêutica. E apesar das implicações relacionadas à patologização de comportamentos, se o TDAH é ou não uma “*doença de verdade*” é menos relevante, acreditamos, do que entender como o indivíduo significa a experiência de inadequação social, que nomeia e vive como *transtorno*.

Hoje, como o *Prozac* nos anos 80, a *Ritalina* (cloridrato de metilfenidato) está à disposição dos *normais*, identificados ou não com diagnósticos psiquiátricos, diagnosticados ou não com transtornos de déficit de atenção. O acesso à Ritalina, que está ainda sujeito à prescrição médica no Brasil, não se limita à ação biopolítica e ao controle social, mas também a uma demanda *livre* pelo consumo desta medicação, que parte de indivíduos *abandonados à sua liberdade* e que precisam lidar com suas autobiografias de risco, com as demandas de desempenho e sucesso, da dependência do

mercado de trabalho e da realização pessoal. E aqui a produção de saúde, enquanto ato de saúde, dá-se sob o registro da mercadoria e do consumo, não da violência, do apagamento individual e da gestão biopolítica dos corpos, senão residualmente. O cuidado médico, que incidia sobre a normatividade da vida, sobre a normatividade das condições consideradas normais se aproxima das demandas por melhoramento e desempenho, afasta-se da negatividade do normal em direção ao excesso de positividade (Han, 2015) e busca o *normal ótimo*.

A relação que o indivíduo estabelecerá com a busca pela saúde mental será uma relação de consumo, mediada pelo *Mercado* (rede de referências sociossimbólicas na sociedade contemporânea individualizada) e seus imperativos de autorrealização e autoconstrução biográficas. Consumo de medicamentos, consumo de aconselhamentos e autoajuda, consumo de serviços, práticas saudáveis, meditação, esportes e artes marciais, folhas medicinais e psicotrópicos recreativos, notícias sobre *famosos* e figuras públicas que *lutam contra o estigma*<sup>171</sup>, filmes, livros e uma variada seleção de revistas dedicadas a uma abordagem popular das neurociências, que se encontra nas bancas de jornal. Na página virtual *MDEMULHER*, ligada à Editora Abril, há uma lista com 08 aplicativos<sup>172</sup> para melhorar sua saúde mental, entre os quais o *Mood 24/7*<sup>173</sup> para quem “já faz terapia tradicional ou só está interessado nas suas flutuações emocionais, (...) dá até mesmo a opção de compartilhar seu progresso com família, amigos e médicos”, o *Optimism* “ferramenta de autoacompanhamento desenhada para que o usuário identifique que elementos influenciam seu bem-estar mental e emocional” e o *Lantern* que “oferece sessões diárias de coaching individual por assinatura. O programa usa uma equipe de pesquisadores, tecnólogos e clínicos que transformam técnicas terapêuticas comportamentais em exercícios simples”<sup>174</sup>. Na página virtual da revista GALILEU – ligada à Editora Globo e dedicada a temas de “ciência, tecnologia, cultura, comportamento e *lifehacks*”<sup>175</sup> – também lista “5 aplicativos para cuidar da psique”

---

<sup>171</sup> Disponível em: <https://goo.gl/fn759m>. Acesso em Jun. 2017.

<sup>172</sup> Os aplicativos, popularmente conhecidos pela abreviação *app*, são *softwares* desenvolvidos para dispositivos eletrônicos como telefones celulares do tipo *smartphone*, *tablets* ou computadores, e com inúmeras finalidades.

<sup>173</sup> Humor 24 (horas por dia) e 7 (dias por semana).

<sup>174</sup> Disponível em <https://goo.gl/DFDvzp>. Acesso em dez. 2016.

<sup>175</sup> O termo *lifehacks*, de acordo com a *Wikipédia* “se refere a truques de produtividade que podem ser aplicados para superar a sobrecarga de informação, pendências e tarefas do dia-a-dia. (...) o termo ‘Hack’

como o *Cogni*, em que o usuário pode “anotar seus sentimentos marcantes e variações de humor. Com o tempo, o app faz um registro de padrão de comportamentos” e será possível “perceber o que o deixa feliz ou triste, por exemplo, e poderá trabalhar maneiras de dosar as sensações ruins e buscar mais a felicidade”, o *Zen* “para buscar o bem-estar do corpo e da mente. O dispositivo possui um termômetro de emoções, mantras e guias para meditação” e o *ADDS* “O nome do app é a sigla de Apoio ao Diagnóstico de Depressão e Avaliação do Risco de Suicídio”<sup>176</sup>.

Em uma reportagem de capa da revista SuperInteressante (González, 2016), lemos a promessa em letras maiúsculas de ensinar “COMO DOMAR A SUA MENTE. AGORA.” Na reportagem, uma “técnica ocidental de meditação [que] promete exterminar a ansiedade e pulverizar a depressão”: o *Mindfulness*, adotado pelo “Capitalismo Zen” que *funciona*. Segundo a revista, a técnica popularizou-se depois de ser adotada “No Vale do silício, epicentro planetário da tecnologia” e tomou corpo “depois que um engenheiro empolgado convenceu os chefes a abrir espaço para aulas de meditação e inteligência emocional na sede do Google”. Na reportagem, há também um guia ilustrativo “Faça você mesmo”, com dicas “para o dia a dia” sobre de respiração, autovigília dos pensamentos, meditação de autoconhecimento, andar e comer de forma consciente e refletida (pensada constantemente), exercícios mentais de equilíbrio, e controle da ansiedade e aprimoramento da concentração.

Este consumo de ferramenta ou *hacks* para lidar com a ansiedade e a depressão (identificá-las, preveni-las e superá-las), ou para aprimorar a concentração, o desempenho e a competitividade profissional, tenta responder às demandas do *Mercado*, aos imperativos da *Self-derivem Culture* e das subjetividades de risco e às exigências impossíveis do *supereu* (cf. vimos no tópico 4.2.2). A medicalização-psiquiatrização apenas residualmente se dá pela violência biopolítica, assumindo hegemonicamente a forma de *mercadoria* “um objeto externo, uma coisa que, por meio de suas

---

surgiu de rotinas rápidas e ‘suja’ criadas por programadores para processar grande quantidade de informações, tais como: emails, sincronização de arquivos, acompanhamento da realização de tarefas, classificação de emails. Depois, o termo foi distorcido e adotado para identificar profissionais da área de programação que são experts em decifrar códigos e entrar em sistemas, quebrando proteções e barreiras eletrônicas (hackers). Hoje, qualquer coisa que resolve problemas do dia-a-dia de uma forma inteligente e não óbvia pode ser chamada de LifeHacks”. São *gadgets* para autoadministrar a vida. Disponível em <https://pt.wikipedia.org/wiki/Lifehacks>. Acesso em set. 2017.

<sup>176</sup> Disponível em: <https://goo.gl/ej5M1L>. Acesso em Ago. 2017.

propriedades, satisfaz necessidades humanas [que] se provêm do estômago ou da imaginação – não altera em nada a questão” (Marx, 2013, p. 113), *in casu* a necessidade de lidar com os riscos (ameaças e possibilidades) da autoconstrução biográfica. Tem razão Marx ao dizer que a natureza da necessidade não modifica a caracterização do objeto enquanto mercadoria, contudo a distinção entre *necessidades humanas do estômago ou da imaginação* nos remete à síntese de Žižek, com a qual abrimos o tópico 4.2.1: a medicalização ou psiquiatrização contemporâneas correspondem à mudança paradigmática promovida pela modernização reflexiva, em que a questão subjetiva fundamental de como o indivíduo se relaciona consigo mesmo, com outros indivíduo e com a sociedade refere-se às *necessidades que provêm da imaginação* – ao falarmos em imaginação não nos referimos ao que é *falso*, mas a ideia se aproxima muito mais do Imaginário, na tríade com o Real e o Simbólico, aos “registros essenciais da realidade humana” (Lacan, 2005, p. 12).

O consumo de saúde enquanto mercadoria corresponde também a uma noção amplamente difundida de saúde como bem-estar e qualidade de vida, como ausência ou evitação do sofrimento. Esta noção de saúde como qualidade de vida e *completo bem-estar*, haja ou não doença, é caudatária da Carta de constituição da OMS e seu conceito de saúde como completo bem-estar físico, mental e social. A organização internacional define, por sua vez, a saúde mental enquanto

(...) um estado de bem-estar no qual um indivíduo realiza suas próprias habilidades, pode lidar com as tensões normais da vida, pode trabalhar de forma produtiva e é capaz de fazer contribuições à sua comunidade. Saúde mental e bem-estar são fundamentais para nossa capacidade coletiva e individual, como seres humanos, para pensar, nos emocionar, interagir uns com os outros e ganhar e aproveitar a vida.<sup>177</sup>

O conceito de saúde mental da OMS, como bem-estar e qualidade de vida, é compartilhado pelo CSMC (Beaklini e Escorel, 2002, apêndice 01; Hirdes, 2008, apêndice 01; Luzio e L’Abbate, 2009, apêndice 01; Figueiredo e Onocko-Campos, 2009, apêndice 01) e dialoga diretamente com os imperativos de autoconstrução e responsabilidade individuais para realizar “suas próprias habilidades, pode lidar com as tensões normais da vida, pode trabalhar de forma produtiva e é capaz de fazer

---

<sup>177</sup> Disponível em: <https://goo.gl/trax4b>. Acesso em Nov. 2016.



contribuições à sua comunidade (...) ganhar e aproveitar a vida” <sup>idem</sup>. Se para Canguilhem (2102, p. 132), o normal é a “possibilidade de utilizar e de dominar o meio que lhe é próprio”; na contemporaneidade, podemos pensar que a *normalidade* é substituída pela constante ameaça: o indivíduo não tem como dominar o meio e ainda assim é instado a avaliar e assumir os riscos produzidos pelo *fetichismo de que é possível dominar o meio e a si mesmo, plenamente*, ou que o indivíduo pode, de forma atomizada, sem transformações estruturais na política ou no regime de produção, melhorar sua qualidade de vida e bem-estar de forma a ser mais produtivo e, assim, mais realizado. Hoje, talvez seja possível falar em normal como a possibilidade de avaliar, escolher e atuar frente aos riscos, referencialmente remetido a si mesmo, impelido a desempenhar de forma ótima na condução de suas biografias institucionais e dependentes do mercado.

#### 4.3.1 Biopolítica individualizada, Psicocultura e Aprimoramento

A saúde e a responsabilidade se tornam valores axiais, no cenário de individualização de riscos ligada à sobrecarga do indivíduo abandonado ao seu *livre arbítrio* e aos modelos autobiográficos orientados pelo mercado: o adoecimento ou comportamentos que não são considerados saudáveis se convertem em fracassos individuais. A saúde vira um ideal de vida em uma sociedade não apenas “obcecada pelo conceito de saúde perfeita e de eterna juventude” (Lipovetsky, 2005, p. 31), mas na qual, com a dissolução de referenciais de conduta, os hábitos de vida saudáveis se convertem em espécie de *ética sanitária* a balizar o comportamento individual. Nisto, os avanços técnico-científicos desempenham um papel importante para o aprofundamento e radicalização do processo de individualização, à medida que os saberes médicos assumem lugar de *medium* de significação dos fenômenos sociais. As novas tecnologias genéticas e os avanços no diagnóstico pré-natal (Beck-Gernsheim, 1995; Beck, Beck-Gernsheim, 2002), as tecnologias de imagem que permitem visualizar o funcionamento cerebral (Bezerra Jr., 2007) e os avanços farmacêuticos promoveram uma simbolização do social a partir de parâmetros neuropsiquiátricos, uma espécie de *psicocultura* ou *sociedade neuronal*. A *psicocultura* e a *Self-derivem culture* podem ser vistas como um processo espiral: a psicocultura é simultaneamente produto e instrumento, efeito e causa do Processo de Individualização.

À medida que o *Mercado* faz surgir a figura do indivíduo *autoproibidor* contemporâneo (Salecl, 2012), poderíamos falar, aqui, em uma forma de *biopolítica individualizada* orientada pela *ética sanitária*, não apenas no sentido do deslocamento do controle para o indivíduo, mas da dissolução das instâncias nômicas e instituições tradicionais de controle, o que transforma o indivíduo em instancia de autorreferência simbólica e de *autoproibição*, nos termos de Salecl – neste sentido, não se trata apenas de uma delegação do poder de controle e gestão do Estado ou das forças do mercado econômico, ou de uma introjeção ideológica de valores da classe dominante. Aqui, vemos refletidos os versos de Mia Couto (2016, p. 52): “quando abrirem as portas/ eu serei, enfim, / o meu único carcereiro”, ou, nos termos de Beck e Beck-Gernsheim (2017, p. 17-8), os indivíduos “*tornam-se* cada vez mais os legisladores da sua própria forma de viver, os juízes de seus delitos, os sacerdotes que, com um beijo, absolvem sua culpa, os terapeutas que afrouxam e desatam os grilhões do passado”. Isto é, não apenas *carcereiros*, mas também *libertadores* de si mesmos. Beck e Beck-Gernsheim, como Salecl, perceberam que o abandono à liberdade individual “adquire o sentido de auto coerção, auto adaptação” (idem, p. 18). De acordo com Han (2014-a, p. 71), a sociedade contemporânea,

(...) segue exatamente a lógica da sociedade do rendimento. O sujeito do rendimento encontra-se livre de uma instancia exterior dominante que o obrigue a trabalhar e o explore. É ele o seu próprio senhor e empresário. Mas o desaparecimento da instancia dominante não leva à liberdade real ou à emancipação, uma vez que o sujeito do rendimento se explora a *si mesmo*.

Na Contemporaneidade, as ameaças e possibilidades abertas à aproximação da *jouissance* intensificam no indivíduo a busca por controle, por limites, por balizas ou *guidelines* de ação – e, assim, temos a radical polarização político-partidária ou recolocação da dicotomia esquerda-direita como balizas de ação-posicionamento político, do mercado de aconselhamentos, das lideranças carismáticas, do nacionalismo e do reacionarismo moral nos discursos em defesa da *família tradicional* etc. –, mas o *Mercado* individualizado devolve esta *responsabilidade* aos indivíduos. As técnicas e dicas para realização do potencial dos indivíduos são sempre técnicas de *autorrealização*, o aprimoramento individual é sempre auto-aprimoramento. Para Žižek (2008, p. 393), a subjetivação direcionada à autorrealização individual “leva ao crescente autocontrole (atividade física, sexo seguro, comida saudável e assim por diante), isto é, os sujeitos tratam *a si mesmos* como objetos da biopolítica”, o que

entendemos menos como uma biopolítica da dominação e do controle pela gestão política da vida do que *uma ambígua dinâmica de individualização dos riscos e da ordem simbólica, da responsabilidade e autoconstrução biográfica*. A biopolítica individualizada integra a *espiral individualizatória* não apenas como promotora de demandas, conflitos e impasses sociais, mas também como resposta a estas demandas, conflitos e impasses.

Residualmente, continua a existir a biopolítica médico-psiquiátrica, enquanto controle das populações pobres que “transforma o que deveria ser um ato terapêutico num mecanismo e interminável ritual de prescrição de remédios e cronificação de sofrimento” (Bezerra Jr., 1987, p. 137). Simultaneamente, é também verdade que a medicalização se dá hoje, hegemonicamente, como consumo e não apenas *ato terapêutico*, mas de aprimoramento do desempenho e das experiências de vida, notadamente (mas não apenas) entre os grupos com maior renda-escolaridade, ao mesmo tempo em que a ampliação do acesso aos serviços de saúde e às tecnologias médico-farmacêuticas e diagnósticas inserem no registro do consumo da medicalização os grupos que antes não a cessavam por falta de condições materiais.

Reconhecemos que “continuam a existir instituições coercitivas, intervenções diretas e frequentemente violentas do poder do Estado” (Castel, 1987, p. 18), a exemplo das ações contra usuários de drogas em situação de rua, nas chamadas *cracolândias*. Mas emergem novas questões que não podem ser respondidas apenas pelos esquemas da gestão biopolítica foucaultiana, da normalidade-anormalidade, ou da oposição entre cotidiano individual no corpo social e reducionismo patologizante da Psiquiatria, como nas formulações de Rotelli (2001). Hoje, antagonismos consolidados no CSMC se transformam, e suas fronteiras se tornam imprecisas. No quadro do Processo de Individualização, saúde e responsabilidade individual se tornam valores axiais para a experiência subjetiva: a saúde é uma exigência para o desempenho no mercado de trabalho, nas relações sexual-afetivas, para aproveitar as experiências e permitir a realização pessoal dos projetos de vida. Com a *self-derivem culture* e a individualização do *Outro*, cada vez mais o indivíduo é instado a fazer avaliações e planejar sua vida a longo prazo, considerando os riscos (as ameaças e possibilidades que se abrem). Nestas circunstâncias, o cuidado constante com a saúde se torna uma espécie

de valor fundamental, ao lado da responsabilidade individual (Beck, 1995), exigido em uma sociedade altamente diferenciada, e em um mercado altamente competitivo. Adoecer “é um perigo que nos ameaça, potencialmente, a todos”, promovendo uma solidariedade de risco em torno da *ética sanitária* e nos obrigando a tomar as medidas necessárias à prevenção dos riscos à saúde e à aptidão para o trabalho (Beck e Beck-Gernsheim, 2002, p. 140) <sup>178</sup>.

A *psicocultura* passa a ser o *medium* simbólico da experiência sociopolítica, individual e interindividual, afetiva e sexual, do mundo do trabalho e do consumo. As categorias clínico-diagnósticas da Neuropsiquiatria assumem lugar de código explicativo da crise da família tradicional e do indivíduo moderno-tradicional, e tentamos traduzir as mudanças sociais contemporâneas a partir de categorias clínicas. Não se trata apenas de jogos de linguagem e metáforas para descrever a *depressão econômica* ou a *esquizofrenia política e das instituições*, por exemplo, e de se pensar as esferas de vida apropriando-se do vocabulário Neuropsiquiátrico – da mesma forma como “o imaginário social, que nos anos 60 e 70 havia sido invadido pelo vocabulário psicológico” (Bezerra Jr, 2007, p. 131) –, mas da *compreensão das relações e fenômenos sociais através da Neuropsiquiatria*. Nas relações de trabalho e consumo, nos hábitos de lazer, na família, educação e assim por diante, nas políticas públicas e na avaliação de órgãos nacionais e internacionais; a saúde-adoecimento mental é uma variável essencial nos cálculos para ação individual e institucional. Os jargões neuropsiquiátricos e categorias clínicas invadem nosso vocabulário cotidiano, representando não apenas uma *medicalização do cotidiano*, mas “simbolizando ao mesmo tempo a redução do mundo da vida à técnica, cuja extensão só é superada pelo esvaziamento de significado que se manifesta. Os técnicos não se preocuparam com a questão das consequências culturais e sociais. Nem era esta sua tarefa” (Beck, 1995, p. 68) <sup>179</sup>.

---

<sup>178</sup> Liv. Trad., do original: “This is a danger that potentially threatens all of us. It gives rise to a new morality of health, enjoining us to arm ourselves in advance”.

<sup>179</sup> Liv. Trad., do original: “It symbolizes at the same time a reduction of the lifeworld to technique, the extent of which is only exceeded by the emptiness of meaning which with makes its appearance. The technicians have not concerned themselves with the question of cultural and social consequences. Nor was that their task”.

Não falamos levemente na formação de uma *psicocultura*: a Neuropsiquiatria participa centralmente da formação dos estilos de vida e ordenação sociossimbólica individuais e da cultura político-institucional, desde a análise macropolítica global e das flutuações econômicas, às tentativas de interpretação da violência urbana e do terrorismo internacional. A saúde e a responsabilidade individual são a *lente bifocal* que intermedia a visão de mundo, das avaliações de risco de moralidade e conduta, e a Neuropsiquiatria dá-lhes vocabulário e instrumentos de ação-significação e intervenção, *cientificamente garantidos*.

Por exemplo, no jornal eletrônico *The Conversation*<sup>180</sup> (publicado no Brasil pelo jornal eletrônico *Nexo*), no debate sobre uma semana de trabalho de 04 dias (uma realidade em empresas como Amazon e Google), ao lado de riscos de acidentes de trabalho e de doenças como câncer, artrite e diabetes; a preocupação com os “efeitos que comprimir horas de trabalho em um período de quatro dias pode ter na saúde mental, nos níveis de estresse e fadiga”. Discriminação na busca por emprego<sup>181</sup>, stress, depressão e a síndrome de *burnout* (*WHO, 1998*), uma alimentação nutritiva adequada para manter a saúde mental<sup>182</sup>, a educação e a infância<sup>183</sup> os efeitos do terrorismo sobre a saúde mental<sup>184</sup> e o próprio terrorismo como uma questão de doença mental. Esta é a conclusão a que se chega ao acompanhar a entrevista com Marc Sageman<sup>185</sup> sobre terrorismo, ISIS e islã, no programa *UpFront* com Mehdi Hasan – Sageman é um médico e psiquiatra forense, que trabalhou com a Agencia Central de Inteligência estadunidense (CIA) no Oriente Médio. Atuou como conselheiro em diversos setores do governo dos EUA durante a chamada *Guerra ao Terror*. Algumas das perguntas de Hasan são bastante significativas: (1) o terrorismo é uma questão de “doença mental”

---

<sup>180</sup> *The Conversation* é um jornal eletrônico que publica notícias e colunas produzidas por acadêmicos e pesquisadores de instituições como Binghamton University, State University of New York, Boston University, University of California, dos Estados Unidos da América; University of Johannesburg, Cape Peninsula University of Technology, University of South Africa, University of Pretoria, do Continente Africano; University of Melbourne, University of Technology Sydney, University of Western Australia; Sorbonne Universités, Université Paris Ouest Nanterre La Défense, Université Paris-Saclay et Université Sorbonne Paris Cité, na França e; University of Bristol, University of London, Queen's University Belfast, University of Salford, University College London, no Reino Unido. Disponíveis em: <https://goo.gl/vpPF13> e <https://goo.gl/B3R3oV>. Acesso em Nov. 2016.

<sup>181</sup> Disponível em: <https://goo.gl/EFssw9>. Acesso em Nov. 2016.

<sup>182</sup> Disponível em: <https://goo.gl/B3FZL9>. Acesso em Nov. 2016.

<sup>183</sup> Disponível em: <https://goo.gl/YGTGo9>. Acesso em Nov. 2016.

<sup>184</sup> Disponível em: <https://goo.gl/5cqYdz>. Acesso em Nov. 2016.

<sup>185</sup> Disponível em: <http://www.upenn.edu/pennpress/book/14036.html>. Acesso em out. 2016.

(are terrorists mentally ill?), sejam considerados os grupos ou, especificamente, os chamados “lobos solitários” que atacaram nos EUA, ou França; (2) se os terroristas agem por um (res)sentimento ligado aos ataques a uma “comunidade imaginária”, por bombardeios e invasões estadunidenses/ocidentais, por que nativos de países ocidentais como EUA e França atacam seu próprio país?

Em 27 de janeiro de 2017 (07 dias após a posse do 45º Presidente estadunidense), a revista *U.S. News & World Report* discutia a personalidade e aptidão do Presidente Donald Trump, divulgando entrevista de John D. Gartner – psicoterapeuta e preceptor na residência médica da Faculdade de Medicina da Universidade John Hopkins – em que se lia:

“Donald Trump é perigosamente doente mental e, quanto ao seu temperamento, incapaz de ser presidente” afirma Gartner, autor de “Em busca de Bill Clinton: Uma biografia psicológica”. Trump, afirma Gartner, tem “narcisismo maligno”, que é diferente do transtorno de personalidade narcísica e é incurável. Gartner reconhece que não examinou pessoalmente Trump, mas afirma que é óbvio a partir de seu comportamento, que ele atende aos critérios diagnósticos do transtorno, que incluem comportamento anti-social, sadismo, agressividade, paranoia e grandiosidade.<sup>186</sup>

A categoria evocada por Gartner remete à teoria da personalidade de Erich Fromm e sua análise de outra figura política, Adolf Hitler, publicada em 1973 (Feist, Feist e Roberts, 2015), e aparece no DSM-5, da Associação Americana de Psiquiatria (2014, p. 768), no contexto dos especificadores de traços e do funcionamento da personalidade do espectro do transtorno de personalidade narcisista. A entrevista foi, rapidamente, reproduzida por outras mídias eletrônicas<sup>187</sup> e difundida nas redes sociais,

---

<sup>186</sup> Livre trad. De “‘Donald Trump is dangerously mentally ill and temperamentally incapable of being president’, says Gartner, author of ‘In Search of Bill Clinton: A Psychological Biography’. Trump, Gartner says, has ‘malignant narcissism’, which is different from narcissistic personality disorder and which is incurable. Gartner acknowledges that he has not personally examined Trump, but says it’s obvious from Trump’s behavior that he meets the diagnostic criteria for the disorder, which include anti-social behavior, sadism, aggressiveness, paranoia and grandiosity”. Disponível em <https://goo.gl/jKbGxk>. Acesso em Jan. 2017.

<sup>187</sup> “Johns Hopkins’ Top Psychologist Releases Terrifying Diagnosis of President Trump”, disponível em: <https://goo.gl/L5MA8f>; “Top Psychotherapist In America Releases TERRIFYING Trump Diagnosis, It’s Official”, disponível em: <https://goo.gl/Ea2yg7>; “More and more outside shrinks say President Trump exhibits traits of mental illness”, disponível em: <https://goo.gl/doLmR6>; “Top Psychotherapist Breaks Ethics Code To Report MAJOR Diagnosis For Trump; It’s Horrifying”, disponível em: <https://goo.gl/PTd4kY>; “The Opinion of Leading Psychologists Is That Trump Is Mentally Deranged”, disponível em: <https://goo.gl/WXnQvN>; “‘Malignant narcissism’: Donald Trump displays classic traits of mental illness, claim psychologists”, disponível em: <https://goo.gl/QP8Bq7>. Acessos em Jan. 2017.

com o “carimbo” de *expertise* de Gartner e a preocupação generalizada com os riscos de um presidente “mentalmente instável”

Estes exemplos variados delineiam um cenário, que remete ao que Bezerra Jr. (2007) nos fala sobre a aproximação crescente entre a Psiquiatria e a Neurologia, desde a emergência das neurociências nos anos 1980, as novas tecnologias de imagem e investigação cerebral “que permitiram estudos funcionais das redes, estruturas e processos envolvidos nas atividades cerebrais” (idem, p. 134). No mesmo sentido, Wolff (2012, p. 108) fala da obsolescência do homem estrutural, do simbólico e da oposição entre cultura e natureza, em face do prodigioso desenvolvimento das *ciências da vida*, com destaque para as “Neurociências (apoiadas na formação de imagens do cérebro e nas novas tecnologias de Biologia Molecular, que permitem ver o cérebro em ação)”, que acabariam por *fagocitar* as ciências humanas.

A Neuropsiquiatria deixa progressivamente de se preocupar em dizer apenas a verdade da loucura, do antissocial, e do não-humano e é convocada a dizer a verdade sobre a Sociedade: as razões “secretas” dos comportamentos sociais, as motivações inauditas e as dinâmicas psicopatológicas por detrás dos conflitos sociais, das relações intrafamiliares e condominiais às relações urbanas, dos mais íntimos sentimentos particulares e secretos aos *ódios políticos* que mobilizariam a sociedade civil e tomam as ruas. Através de suas categorias clínico-diagnósticas, a Neuropsiquiatria se tornou intérprete do mundo e é diretamente instada a interpretar estes fenômenos ou, indiretamente, produz as categorias, racionalidades e instrumentos simbólicos, culturalmente difundidos, para interpretação das relações sociais. Os demais saberes sobre a experiência subjetiva (do indivíduo consigo, com outros indivíduos e a sociedade) são percebidos – usando a expressão de Badiou (2017) – como *ideocracia militante*, *mania especulativa*, enquanto parece ter sido confiado à Neuropsiquiatria todo e qualquer saber sobre a verdade da vida.

As autobiografias e subjetividades de risco levam o indivíduo a buscar especialistas e instituições como estratégia para evitar crises e, neste cenário, a Neuropsiquiatria assume a mediação de relações sociopolíticas e da formação de subjetividade (como o indivíduo se relaciona consigo mesmo e com a sociedade, sua autopercepção, consciente e inconsciente), e como discurso explicativo e normativo-

prescritivo destas relações. Na contemporaneidade é o excesso de autonomia e liberdade, e o abandono às escolhas que conformam o discurso explicativo e normativo-prescritivo da Psicocultura, que pressupõe “um ‘indivíduo ativamente co-imaginativo’ capaz de se orientar por conta própria no meio dessa selva de perenidades precárias” (Beck, 2010, p. 201), descarregando sobre o indivíduo suas contradições, saberes e desconhecimentos, e exigindo que este avalie e decida criticamente.

É preciso reconhecer que se o DSM-III ampliou o espectro da medicalização e psiquiatrização, também reduziu consideravelmente o estigma sobre pacientes e suas famílias. O DSM-III abriu espaço para um *rebranding* dos diagnósticos psiquiátricos e de uso dos medicamentos psiquiátricos. Como explicam Silva Jr. e Beer (2017, p. 20), os medicamentos hoje são “embalados em uma narrativa invariável, cuja estrutura é simples: trata-se de apresentar um problema junto à solução (...). Deve-se partir da descrição de um problema meramente fisiológico, independente da história, da experiência, das fantasias ou do desejo dos sujeitos”. Uma estratégia de marketing que evite todo e qualquer tipo de estigmatização: substitui-se doença por transtorno, assim a psicose maníaco-depressiva torna-se o transtorno bipolar. Esta é a ideia de um artigo sobre marketing médico, de 2003:

Empresários da saúde estão desenvolvendo o conceito de *branding a condition* em um novo nível de sofisticação, relata o autor Vince Parry. Feito corretamente, este tipo de *branding* ajuda a manter tanto o gestor da marca quanto a comunidade clínica, focados em uma única história que apresenta para cada problema, uma solução (Parry, 2003, p. 43)<sup>188</sup>.

A ideia por trás do *branding a condition* é relativamente simples: “se você conseguir associar uma condição a seus sintomas específicos na mente de médicos e pacientes, você também pode afirmar qual o melhor tratamento para a condição” (idem)<sup>189</sup>.

Bezerra Jr. (2007, p. 142) identifica na Neuropsiquiatria contemporânea um ambíguo processo de subjetivação: orientada pelo DSM, ela promove uma objetificação

---

<sup>188</sup> Liv. Trad., do original: “Healthcare marketers are taking the concept of “branding a condition” to new levels of sophistication, author Vince Parry reports. Done appropriately, this type of branding helps keep both brand managers and the clinical community focused on a single story with a problem/solution structure”.

<sup>189</sup> Liv. Trad., do original: “If you can define a particular condition and its associated symptoms in the mind of physicians and patients, you can also predicate the best treatment for the condition”.



diagnóstica do sofrimento como entidade nosológica – enquanto a experiência subjetiva assume um plano absolutamente secundário – e ao mesmo tempo “fornece ao paciente uma significação compartilhada e, portanto, um instrumento de subjetivação daquela experiência”. Bezerra Jr. destaca que ao desassociar diagnósticos como *psicose maníaco-depressiva* da experiência pessoal, há uma perda considerável do estigma sobre esses indivíduos, hoje diagnosticados com *transtorno bipolar* tratados com *neurolépticos* – no lugar dos medicamentos *antipsicóticos*. Isto está na base da atuação de movimentos que disputam o significado dos diagnósticos, desde os movimentos pela despatologização da homossexualidade, aos movimentos de “neurodiversidade” ou de “neuroatípicos”, no lugar de patologias e de doentes, “uma comunidade que está articulada em torno da discussão sobre neurodiversidade e os direitos dos autistas, ou neurodiversos” (Ianni, 2010, p. 484). Assim, a adequação dos diagnósticos psiquiátricos tomou os debates da esfera pública, ilustrando a “construção subpolítica na sociedade contemporânea, ou de como o não político se torna político” (Ianni, idem).

A redução, ou ressignificação, do estigma leva a uma transformação da própria subjetividade e da autoconstrução de identidades a partir do diagnóstico – os familiares e pessoas com *síndrome de Asperger* que passam a se organizar e denominar como *aspies* (Bezerra Jr., 2007, p. 145) –, ou da percepção do risco da hereditariedade de transtornos inscritos no registro genético (Beck, Beck-Gernsheim, 2002). Abre-se também um nicho de consumo e a medicação, associada ou não ao diagnóstico, será instrumento de autoconstrução das biografias institucionais: da pessoa com TDAH que utilizará a Ritalina para cumprir a etapa de formação educacional necessária à entrada no mercado de trabalho. Ou da mãe – tipicamente responsabilizada pelos filhos –, que se desonera de uma explicação fenomenológica-culpabilizante para a inquietação de seu filho <sup>190</sup>, e com a medicação busca conciliar as demandas tão contraditórias da família e do trabalho (Beck, 2010; Beck e Beck-Gernsheim, 2002, 2017). As inovações médico-farmacêuticas e a ampliação das indicações de medicamentos extrapolam o uso clínico

---

<sup>190</sup> Sentimento de culpabilização e alienação da família, que era interpretada como um dos fatores de adoecimento dos filhos. Segundo Ortega (2009), havia uma tradição psicanalítica que focalizava na culpa dos pais pelo autismo, pela não estabelecimento de vínculos no momento adequado. As ideias da “mãe geladeira” dos autistas ou “mãe esquisofrenizante” dos psicóticos são também exemplares. A Reforma Psiquiátrica e o Campo da Saúde Mental, antes de hegemonização da Psiquiatria DSM (Costa-Rosa, 2013), era muito influenciada por estas correntes teóricas (Bezerra Jr., 2007)

generalizado, “paulatinamente ocupando a totalidade do campo social” (Bezerra Jr., 2007, p. 147). Os psicofármacos reforçam o entendimento de autocontrole e autocriação individuais: não ficar triste quando não é conveniente, vivenciar intensamente o amor e o sexo, ser ativo e atuante no trabalho e na família, estar disposto quando necessário para trabalhar, cuidar dos filhos, consumir ou divertir-se nos fins de semana. Para cada demanda e risco associados ao imperativo de construção da própria vida (Beck, Beck-Gernsheim, 2002)<sup>191</sup>, parece possível encontrar resposta em um psicofármacos preciso e dirigido: uma *magic bullet*, na expressão de Bezerra Jr. (2007).

No lugar da pharmaceuticalização que silenciava o indivíduo – uma adaptação do manicômio arquitetônico como manicômio químico (Costa-Rosa, 2013) – temos as “chamadas *lifestyle drugs* – na seara da otimização do bem-estar ou do aperfeiçoamento (*enhancement*) da experiência” (Bezerra Jr., 2007, p. 131) e dos projetos de vida, na autoconstrução biográfica institucional: medicações que potencializarão o desempenho no aprendizado e no trabalho, para conciliar as ansiedades e pressões familiares e ocupacionais, o medo do fracasso e do sucesso, o desempenho e prazer sexual, medicações para dormir melhor e para estar mais disposto, e aproveitar e construir a vida. No consumo de serviços psiquiátricos e medicamentos, conselhos e prescrições médicas, os indivíduos buscam o *neuro-melhoramento* e a *otimização mental* (Han, 2014), como o caso relatado pelo jornal Folha de São Paulo, em agosto de 2015, sobre jovens sem qualquer diagnóstico psiquiátrico ou neurológico, fazendo uso não terapêutico de medicamentos neuroestimulantes para aumentar seu rendimento nos estudos universitários ou para concursos públicos<sup>192</sup> etc.

O médico Lucas (nome fictício), 28, diz que começou a tomar Ritalina, remédio para o transtorno do déficit de atenção, por causa das longas horas de trabalho e as obrigações de estudo para a residência em ortopedia. Ele diz que só assim conseguia se manter concentrado e acordado. "Deixa você mais focado. Para mim, fez efeito, mas eu comecei a sofrer com muita ansiedade e, no fim, comecei a ter crises de pânico", relata. (grifo nosso)

---

<sup>191</sup> Os autores falam sobre o imperativo de os indivíduos planejarem e construírem a própria vida, enfrentando os riscos da frustração de expectativas e colapsos (*possibilities of biographical slippage and collapse*, p. 24) como desemprego e adoecimento, as contradições da vida moderna e as lutas da autoconstrução biográfica (*the daily struggle for a life of one's own*, p. 22).

<sup>192</sup> Disponível em: <https://goo.gl/YYcD6W>. Acesso em Ago. 2015.

Apesar de não abordado na literatura específica analisada, este não é tema desconhecido em publicações acadêmicas. Em 2008, foi publicado na revista *Nature* um artigo sobre o uso não terapêutico de medicamentos para o aprimoramento cognitivo, *cognitive-enhancing drugs by the healthy*. Para os autores, o aprimoramento cognitivo pode tanto ser bem quanto mal-empregado e nós deveríamos

(...) acolher novos métodos de aprimorar nossas funções cerebrais. Em um mundo no qual as expectativas de vida e trabalho estão aumentando, ferramentas de aprimoramento cognitivo – inclusive as farmacológicas – serão crescentemente úteis para melhoria da qualidade de vida, aumenta a produtividade laboral, assim como prevenir o declínio normal e patológico das funções cognitivas. Aprimoradores cognitivos seguros e eficazes beneficiarão o indivíduo e a sociedade (Greely et al, 2008, p. 705)<sup>193</sup>.

Barros e Ortega (2011), que citam a publicação de 2008 na *Nature*, discutem o “Aprimoramento Cognitivo Farmacológico”, com o uso do metilfenidato (Ritalina) entre universitários brasileiros e relatam que:

A análise das questões levantadas nos grupos focais parece indicar que o aprimoramento cognitivo farmacológico não fere a moralidade dos entrevistados. Os grupos demonstram uma maior tolerância às práticas que alteram a neurobiologia a favor do ideal social de melhoria da performance das pessoas. A principal preocupação com a prática está relacionada ao risco de esta intensificar injustiças e desigualdades entre as pessoas em sociedades que já apresentam significativas diferenças sociais (idem, p. 360, grifo nosso).

Freese et al (2012) também discute o uso não terapêutico do metilfenidato, consumido por universitários não apenas com fins práticos – melhora do desempenho e aumento de produção pelo aprimoramento neurocognitivo, ganhos em foco e atenção – mas também para produzir euforia e aprimorar experiências recreativas. Silveira et al (2014), em uma pesquisa com alunos do 5º e 6º ano de medicina verificaram que 34,2% dos entrevistados já haviam utilizando o metilfenidato, sendo que 23,02% utilizaram sem indicação médica. Quanto à aceitação de uso e prescrição, 44,7% aceitam o uso do metilfenidato por indivíduos saudáveis, 67,1% fariam uso e 20% prescreveriam para aprimorar funções cognitivas em pessoas saudáveis.

---

<sup>193</sup> Liv. Trad., do original: “Like all new technologies, cognitive enhancement can be used well or poorly. We should welcome new methods of improving our brain function. In a world in which human workspans and lifespans are increasing, cognitive enhancement tools — including the pharmacological — will be increasingly useful for improved quality of life and extended work productivity, as well as to stave off normal and pathological age-related cognitive declines. Safe and effective cognitive enhancers will benefit both the individual and society”.

Estes estudos corroboram a ideia de que, na sociedade contemporânea, a Neuropsiquiatria não pode mais ser pensada *apenas* como Psiquiatria do controle social e da violência, que ora se aproxima de uma leitura do *1984* de Orwell (2009), ora do *Admirável Mundo Novo* de Huxley (2009). Considerando que há paradigmas psiquiátricos em disputa, temos hoje a hegemonia de uma Neuropsiquiatria da positividade voltada para o melhoramento e o maior desempenho individuais, alimentando a “ideologia de um mundo sem limites” (Salecl, 2012, p. 15), do corpo aberto às escolhas, da cultura da autoconstrução biográfica e do *selfmade man* (Beck, Beck-Gernsheim, 2002). Passa-se de uma Psiquiatria da *negatividade* e da proibição, dos muros arquitetônicos ou *químicos*<sup>194</sup> que limitam o indivíduo, para uma Neuropsiquiatria da *positividade* (Han, 2014-a, 2017-a) que antes de minar a autonomia, impõe ao indivíduo a obrigação de ser autônomo, autossuficiente, responsável por sua própria biografia, e dá os instrumentos para sustentar a ilusão de *autoprodutividade* em uma *self-derivem culture* (Beck, Beck-Gernsheim, 2002), ligado à “ética do melhoramento” (Sandel, 2013).

A crítica à Neuropsiquiatria que entende que, no limite, a neuropsiquiatrização levaria a uma sociedade *pós-humana*, próximo das preocupações de Wolff (2012), são bastante pertinentes, mas também consideramos possível uma perspectiva contra-intuitiva: estamos em uma sociedade que, em muitos sentidos, inscreve-se no registro interpretativo da Neuropsiquiatria. A popularização do vocabulário clínico-diagnóstico e a disseminação incontestável de uma subjetividade orientada pela neurociência estão presentes nas mais variadas esferas culturais, sob o signo da psicocultura. Percebe-se na emergência de “modalidades de conhecimento (...): neuroética, neuroeconomia, neuroteologia, neurofisiologia, neuropolítica, neuroeducação e, claro, neuropsicanálise” (Bezerra Jr., 2013, p. 180-1), como “a ideia de que toda a atividade humana poderia ser explicada com base na estrutura organizacional do cérebro e na dinâmica da atividade neuronal, alcançou na cultura o estatuto de uma verdade banal” (idem, p. 181).

---

<sup>194</sup> Parafraseando a ideia de “manicômio químico” em Costa-Rosa (2013). Contudo, a ideia de **manicômio** químico ainda remete a uma racionalidade biopolítica tradicional, foucaultiana. Quando, talvez, não se trate mais (ou exclusivamente) disto, mas da farmacêuticalização como consumo, como acesso, como inclusão, própria de uma psiquiatria que não é mais (ou exclusivamente/hegemonicamente) da exclusão.

A partir da ideia de plasticidade, o cérebro também se abre às escolhas e ao fetiche de autoadministração, deixando “de ser percebido como organização definida e fixa, e passa a ser visto como estrutura em que a natureza e a cultura, determinismo e liberdade, necessidade e acaso se interpenetram, produzindo uma historicidade constitutiva do órgão” (idem). Então, enquanto há uma série de polêmicas e disputas em torno da possibilidade de explicar a experiência humana a partir do cérebro, parece não haver nenhuma dúvida de que o cérebro é conformado pela experiência humana e em grande medida, potencialmente, pelas escolhas individuais. Isto é, a natureza cerebral é também social, e mais, é *individual*: “a trajetória única do indivíduo é refletida no caráter singular do seu cérebro” (Bezerra Jr., 2013, p. 177).

Também parece pacífico que a experiência subjetiva “não se dá independentemente de processos biológicos” (idem, p. 199) e, especificamente, da atividade neuronal. A recíproca também é sedimentada pela perspectiva da neuroplasticidade: os mecanismos neurobiológicos e a estrutura cerebral são modificados e conformados pela experiência subjetiva. “Graças à plasticidade, à epigenética e a incidência do Outro, o espaço da autonomia do sujeito em relação à natureza e às cadeias de causalidade naturais estaria previsto como possibilidade inscrita no horizonte de abertura ontológica de seu próprio funcionamento” (idem, p. 211). Neste sentido, a neuroplasticidade implica na influência do processo de Individualização também sobre a anatomia e funcionamento da rede neuronal. À medida que a Individualização transforma a subjetividade contemporânea, transforma também os “processos nos níveis molecular e celular que regulam mudanças microestruturais nas sinapses, assim como na atividade de neurotransmissores, além da expressão genética” (idem, p. 178). A plasticidade de desenvolvimento, de modulação e de reparação neuronal estarão condicionadas à experiência subjetiva (psíquica, social, histórica e de condições materiais), próprias dos modos de vida contemporâneos, afetados pelo processo de desincorporação e reincorporação dos modos de vida contemporâneos, em que os indivíduos devem avaliar, decidir, e assumir suas biografias (Beck, 2012). Se com o processo de Individualização os riscos (ameaças e oportunidades) são cada vez mais percebidos como individuais, a neuroplasticidade estará relacionada, dialética e reflexivamente, com aquilo que denominamos de subjetividades reflexivas de risco.

Se a exemplo do corpo – que era o reduto, ou domínio exclusivo do determinismo biomédico, na crítica do Campo – que se abre progressivamente às escolhas (Giddens, 2002), parece-nos razoável pensar que o cérebro e as neurociências venham também a se abrir às escolhas e à ação individual, integrando as autobiografias institucionais, exigindo dos indivíduos que se responsabilizem também pelas suas condições neuronais. O que há de contra-intuitivo nisto é que, possivelmente, não se tratará mais (apenas) da subsunção da experiência humana às neurociências, mas de uma abertura das neurociências à experiência humana – um movimento que seria hoje absolutamente contra-hegemônico. Isto quer dizer que não seria mais uma questão *apenas* de como as neurociências *colonizariam* a Política e a Sociedade, mas de como o caminho inverso poderia se concretizar, considerando o processo de Individualização. Isto é, tratar-se menos de um *indivíduo neuronal*, mas de uma *neurologia individualizada*, submetida aos processos sociais e políticos, e avaliações éticas que se expressam individualmente.

A implicação disto seria a exigência de o indivíduo atuar não apenas para preservar sua saúde neuronal, mas de forma a maximizar as suas potencialidades neuronais, atuar de forma crescentemente proativa no sentido de aprimorar sua neuroplasticidade. Tanto para atender às demandas do mercado de trabalho (mais produção, mais eficiência e assim por diante), quanto na busca por felicidade, como expectativa de preenchimento do vazio existencial pelo consumo e pelo prazer. Seria uma profunda radicalização da psiquiatria do aprimoramento, que escaparia do monopólio médico, sobrecarregando o indivíduo. No *prelúdio* desta ideia, vemos técnicas de meditação, de melhoramento da memória e do aprendizado. Vemos a possibilidade de incorporação de tecnologias de *hardware* ao cérebro, ou eletrodos para neuroestimulação. Tecnologias de imersão em realidade *virtual* e realidade *aumentada*<sup>195</sup> que já são acessíveis a pessoas com um telefone celular *smartphone* ou televisor adequados e pesquisas discutem como estas tecnologias podem contribuir para

---

<sup>195</sup> A “realidade aumentada” é uma tecnologia que insere no plano de visão do usuário sobre um ambiente físico, um objeto virtual, normalmente manipulável. Em 2016, tornou-se popular em todo o mundo um jogo eletrônico de “realidade aumentada” chamado *Pokemon Go*, em que através das telas de *smartphones* e usando a tecnologia (hoje básica) de GPS e câmera dos telefones celulares, imagens em três dimensões de animais fictícios eram impressas sobre o cenário físico real capturado pela câmera, criando a ilusão de que era possível interagir concretamente com estas *criaturas virtuais*.

o aperfeiçoamento de experiências lúdicas ou aprimoramento da saúde de pacientes em tratamentos de reabilitação (Crocetta et al, 2015). Esta mesma tecnologia já é experimentada para aprimorar as habilidades de interação social, de pessoas com diagnóstico de autismo <sup>196</sup> ou *fobia social* e ansiedade <sup>197</sup>.

São exemplos que talvez ainda não incorporem a noção de neuroplasticidade ligada dialeticamente às escolhas e experiências individuais, mas apontam para este horizonte. Talvez o melhor exemplo (do que pode se mostrar uma tendência), seja o de Žižek (2011, p. 56):

(...) o paralelo entre o modelo de cérebro na neurociência e os modelos ideológicos predominantes de sociedade é revelador. Há ecos nítidos entre o cognitivismo atual e o capitalismo “pós-moderno”; por exemplo, quando Daniel Dennett defende a mudança da noção cartesiana do eu como agência controladora central da vida psíquica para a noção da interação autopoietica de agentes competidores, isso não seria o eco da mudança do controle e do planejamento burocráticos centrais para o modelo em rede? Portanto, não só o nosso cérebro é socializado como a própria sociedade é naturalizada no cérebro, e é por isso que Malabou está certa quando enfatiza a necessidade de abordar a questão principal: “O que se deve fazer para evitar que a consciência do cérebro coincida direta e simplesmente com o espírito do capitalismo?”.

No exemplo de Žižek, concordemos ou não com as assertivas, transparece esta relação entre neurociências e modelos e fenômenos sociais, tanto no sentido de uma reificação neurologizante da sociedade, mas também de uma coincidência entre modelo cerebral da neurociência e a interpretação social da ideologia dominante, segundo o filósofo. Ainda, a preocupação de que nosso entendimento ou consciência sobre o cérebro possa ser subsumida ao “espírito do capitalismo”. Se por um lado, nosso entendimento da sociedade passa pela lente das neurociências, o entendimento sobre o cérebro é também historicizado e, considerando o que sustentamos até aqui, será também atingindo pelo processo de Individualização.

Sem negar as potencialidades econômicas da mente como força produtiva e recurso econômico a ser comercializado e explorado, estamos propondo uma perspectiva que não se encaixa na ideia de “psicotecnologias do psicopoder”, como

---

<sup>196</sup> Disponível em: <https://www.autismspeaks.org/science/science-news/virtual-reality-training-improves-social-skills-and-brain-activity>. Acesso em out. 2017.

<sup>197</sup> Disponível em: <http://www.vrphobia.com/social.htm>. Acesso em out. 2017.

atualização da biopolítica foucaultiana (Han, 2014, p. 43) ou a uma técnica de poder e dominação neoliberal mais sutil, silenciosa, invisível. Isto pode ser verdade, mas pode ser verdade também uma leitura que não passe pelo *poder* e pelo *controle*. Com a abertura do cérebro às escolhas, ao hedonismo e à autoconstrução identitária e biográfica, este será mais um elemento ou dimensão da vida – como a sexualidade, a família, o corpo, a maternidade-paternidade – certamente central para o imperativo da autorrealização individual, para o ideal de saúde, o aprimoramento das experiências e a vida prazerosa.

Como todas as demais dimensões que se abriram à escolha individual, a neuroplasticidade submetida ao indivíduo não implicará em plena liberdade e autonomia. Mas no lugar de uma sociedade neuronal e de um indivíduo submetido aos neuro-saberes, poderemos testemunhar uma neurociência reconformada pelo processo social de individualização e pelos indivíduos individualizados. Podemos estar diante de novas “entidades” político-epistemológicas que não possam ser explicadas apenas como a prevalência de um código (neurológico) anulando o outro (política, economia, ética, educação e assim por diante), mas do anúncio de novas possibilidades de socialização e subjetividade de indivíduos individualizados, novas formas sociais para as quais, talvez, não tenhamos ainda sequer um vocabulário sociológico adequando. Como afirma Beck (2012, p. 47):

Não é um tanto entediante – certo, esta não é uma categoria científica, portanto, digamos, um tanto insuficientemente complexa – procurar sempre a desintegração do velho mundo em ‘códigos binários’? Não é o momento de romper este grande tabu da simplificação sociológica e, por exemplo, investigar as sínteses dos códigos, para procurar saber onde e como estes já estão produzidos hoje? A combinação de arte e ciência, tecnologia e ecologia, economia e política, resultando em algo diferente, alguma terceira entidade ainda desconhecida e ainda por ser descoberta, está na verdade fora de questão, simplesmente porque a tabela básica de multiplicação do funcionalismo a considera fora de questão? Por que a própria ciência, que muda tudo, deve ser concebida e conduzida como imutável?

A medicalização e o avanço da Neuropsiquiatria são discutidos em termos de seus riscos iatrogênicos, na oposição binária entre natureza e sociedade, considerando os riscos de consequências indesejadas da ação médica sobre a saúde dos indivíduos, ou mesmo sobre as ameaças de desintegração do *humano* e do social em um futuro distópico no qual estaríamos destinados à *neurodominação*, à sociedade pós-humana, neurodeterminada e neuroreduzida. Sem dúvidas, temos que estar atentos ao



reducionismo neurotécnico que possa nos levar a, no lugar de procurar respostas sociais e políticas para desafios sócio-políticos, leve à busca por soluções exclusivamente técnicas. Mas também devemos ter cautela com leituras excessivamente parciais, considerando que o processo de individualização não dissolve apenas as seguranças e formas sociais tradicionais, mas também abre novas possibilidades de ação, co-laboração e co-operação social entre os indivíduos individualizados.

#### 4.3.2 Eugenia *Virtualizada*

A Neuropsiquiatria do aprimoramento e não mais do controle biopolítico negativo não se traduz em uma ação médica menos iatrogênica ou problemática. O contrário pode ser verdadeiro, assumindo contornos mais sutis e potencialmente mais danosos a longo prazo. Esta é a questão que enfrentamos aqui.

Junto à aparente liberação do estigma da loucura e às novas possibilidades de ação individual do Processo de Individualização e das novas tecnologias da Neuropsiquiatria contemporânea, colocam-se problemáticas complexas que vão desde o esvaziamento da dimensão sociopolítica sob efeito de uma neuropsiquiatrização generalizada dos fenômenos sociais e da experiência humana, até novas e sutis formas de *violência sem violência*, uma espécie de virtualização da violência e da iatrogenia que não as torna, contudo, menos brutais ou problemáticas. Uma violência que não está ligada à negatividade do controle biopolítico sobre os corpos e o aprimoramento eugênico da população ariana, mas ao acesso às novas tecnologias, à liberdade individual e à abertura do corpo às escolhas: a possibilidade de autoadministração de nós mesmos e de nossa hereditariedade. Trata-se de uma iatrogenia *virtualizada* em que os efeitos danosos da clínica médica não são impressos sobre o corpo e, socialmente, passam despercebidos: no lugar da percepção de controle e redução da autonomia, a ação médica é percebida como exercício da autonomia individual e da ética sanitária e do aprimoramento.

Neste sentido, Beck (1995, p. 96) nos fala de uma nova forma de *cirurgia médica social*, uma forma ampla e mais sutil de eugenia posta em prática antes mesmo do nascimento, seja pelo aborto, pela manipulação de embriões ou, na fertilização *in vitro*, com o descarte de embriões com características indesejadas: “o cirurgião do tipo

clássico corta ossos, corações ou rins, mas sempre em um corpo humano vivo e anestesiado; a cirurgia genética trata apenas com substâncias, tubos de teste, e fórmulas, mas estas abstrações têm um impacto direto na subjetividade humana”<sup>198</sup>. Beck apresenta como exemplo, justamente, o caso da esquizofrenia. A identificação de marcadores genéticos da esquizofrenia ou simplesmente a identificação de parentes diagnosticados, associada a ética da saúde e aprimoramento, e a responsabilidade individual compartilhada por médicos, juízes e pela sociedade em geral, pode resgatar algo análogo ao movimento eugênico do século XIX e XX: a eliminação de pessoas com esquizofrenia. O efeito final, defende Beck, seria o mesmo e ainda mais eficiente:

Praticamente qualquer um que pesquisa ou divulga ou trabalha com as novas tecnologias tem firme convicção de que teorias raciais e a loucura eugênica desapareceram para sempre na cova coletiva do terror nazista. Enquanto os executores políticos das teorias de eugenia racial tinham apenas tecnologias primitivas a sua disposição – esterilização forçada, proibição legal do casamento, e assassinato em massa – que tem que aplicar a pessoas vivas através de propagandas maliciosas, histeria social e violência burocrática (leis e regulamentos), as novas tecnologias genéticas são eugênicas em suas ações.  
199

Enquanto seria insustentável defender publicamente a eugenia, nas formas primitivas referidas por Beck, a sugestão de que se deve evitar o nascimento de crianças com risco de doenças congênitas, ou a possibilidade de manipular geneticamente as novas gerações para que sejam *mais (saudáveis) e melhores (em performance)* do que nós somos é uma plataforma não apenas viável, mas auto-evidente e justificada. Afinal, quem se colocaria contra filhos e filhas, e futuras gerações mais saudáveis e aprimoradas, sinalizando uma utopia sem sofrimentos ligados à doença ou envelhecimento? Onde se possa “prevenir o declínio normal e patológico das funções cognitivas. [com] Aprimoradores cognitivos seguros e eficazes [que] beneficiarão o indivíduo e a sociedade (Greely et al, 2008, p. 705)?

---

<sup>198</sup> Liv. Trad., do original: “The surgeon of the classical type snips away at bones, hearts, or kidneys, but always on a living, anesthetized human body; genetic surgery is concerned only with substances, test tubes, and formulas, but this abstractness has a direct impact on human subjectivity.”

<sup>199</sup> Liv. Trad., do original: “Almost everyone works on, investigates, and propagates the new technologies in the firm conviction that race theories and their eugenic madness have disappeared forever in the mass graves of the Nazi terror. While the political executors of the eugenic race theories had only primitive technical means at their disposal – forced sterilization, legal prohibitions to marriage, and mass killing – which they had to apply to living people by means of malicious propaganda, social hysteria, and violence bureaucracies (from legislation to crematoria regulations), the new genetic technologies are eugenic in the logic of their actions. (Beck, 1995: 96-97)”

Sobre esta questão, Habermas (2010) identifica na tecnologia de separação e recombinação artificial de genes, do início da década de 1970, uma verdadeira *revolução silenciosa*. O acelerado desenvolvimento de técnicas de medicina reprodutiva assistida e diagnose pré-natal repercutiu “de maneira espetacular nas relações entre as gerações e na relação tradicional de parentesco social e de ascendência biológica” (idem p. 23). Segundo Habermas, é o encontro da técnica genética e da medicina reprodutiva que leva ao desenvolvimento do *Diagnóstico Genético de Pré-Implantação* - DGPI que “torna possível submeter o embrião que se encontra num estágio de oito células a um exame genético de precaução. Inicialmente, esse processo é colocado à disposição de pais que querem evitar o risco da transmissão de doenças hereditárias” (idem, p. 24). Na publicação que é originalmente de 2001, Habermas relata a disputa em torno da regulamentação da pesquisa com células tronco, na Alemanha:

(...) na população, na esfera pública da política e na esfera parlamentar, impõem-se inicialmente a idéia de que o recurso diagnóstico genético de pré-implantação deve ser *considerado por si só* como moralmente admissível ou juridicamente aceitável, se sua aplicação for limitada a poucos e bem definidos casos de doenças hereditárias graves que não poderiam ser suportadas pela *própria pessoa potencialmente em questão*. Posteriormente, em virtude dos avanços biotécnicos e dos êxitos da terapia genética, a permissão será estendida para intervenções genéticas em células somáticas (ou até em linhas germinativas), a fim de prevenir essas doenças hereditárias e outras semelhanças (idem, p. 26).

Surgiria, então, a necessidade de distinção entre uma *eugenia terapêutica justificada* e uma *eugenia de aperfeiçoamento injustificada*. Isto em oposição a “uma eugenia liberal, que não reconhece um limite entre intervenções terapêuticas e de aperfeiçoamento, mas deixa às preferências individuais dos integrantes do mercado a escolha dos objetos relativos a intervenções que alteram características” (idem, p. 27). Tentando esclarecer os *sentimentos morais descontraídos do povo germânico*, Habermas estabelece uma distinção entre a *eugenia justificada* que ele caracteriza como prevenção terapêutica e, de outro, a *eugenia injustificada* que ele denomina propriamente como *eugenia* que é aquela do “aperfeiçoamento do patrimônio hereditário, ou seja, de uma decisão eugênica (...) o problema conceitual proposto pela delimitação entre prevenção e eugenia transforma-se numa questão de legislação política” (idem, p. 30). Em sua tentativa de distinção, ele destaca sua inquietação com o “desvanecimento dos limites entre a natureza que *somos* e a disposição orgânica que nos *damos*” (idem, p. 32). Habermas defende o *direito à herança genética não-manipulada*

relativo à identidade da espécie humana, que afeta a autocompreensão e autonomia da vida e indivíduos e suas relações simétricas entre pessoas livres e iguais. Da inquietação habermasiana, interessa-nos, especialmente, a distinção da eugenia (in)justificada.

E a quem parece que este debate se trata de uma distopia improvável, com regulações discriminatórias e vigilâncias biopolíticas, esta é uma realidade que vem se materializando pela abertura ao consumo e pela liberdade sobre o corpo. Aquilo que Habermas chama de *decisão eugênica* torna-se cada vez menos uma questão *moral* para ser uma decisão de consumidores preocupados com a qualidade da mercadoria que adquirem para realizar seus sonhos de vida e maternidade. Trata-se do consumidor que não aceitará colocar-se em uma relação sem todas as garantias disponíveis para sua segurança sanitária e efetividade dos direitos consumeristas. Assim, *quer-se apenas o melhor espermatozoide*. E se a Alemanha proíbe nacionalmente o DGPI (Habermas, 2010, p. 34), outras formas de prevenção serão adotadas, ou se fará o procedimento em outros países, ou importarão espermatozoide de países mais “cautelosos”.

Algumas distinções que Habermas apresenta deixaram de fazer sentido, como aquela entre o que cresceu naturalmente e o que foi fabricado, ou a distinção pouco consistente entre prevenção e eugenia, e para isto basta que lembremos as práticas nazistas apoiadas pela medicina (Lifton, 2000). E o ponto central que estrutura nossa crítica à Habermas é ele não perceber a sutileza da *eugenia sem violência*, ou da eugenia de violência *virtualizada* que o filósofo alemão identifica como uma *eugenia justificada*. Quanto às consequências a longo prazo, não faz sentido a distinção entre uma eugenia de prevenção terapêutica (justificável) e outra de melhoramento genético (injustificável), ainda que a *eugenia sem violência*, em termos de eficiência e sofisticação seja muito superior, de fato. Aquilo que para Habermas é uma *eugenia justificável* de prevenção terapêutica, para “os ativistas do movimento autista, trata-se de um risco de genocídio que deve ser combatido. Abortar um feto autista seria como abortar um feto homossexual ou canhoto (caso fosse possível detectar essas características geneticamente). (...) uma verdadeira ameaça eugênica” contra os neurodivergentes (Ortega, 2009, p. 75, apêndice 01). Sobre isto, nos diz Furtado (2011, p. 92), que os movimentos de pessoas com Transtorno de Asperger, veem-se como vítimas de “um genocídio, e, na medida em que as pesquisas genéticas progredirem, do

aborto de embriões que apresentarem os traços do autismo”. Furtado traz um relato bastante significativo sobre sua participação no I Fórum Internacional de Autismo de 2001, realizado em Fortaleza-CE, que tinha entre seus convidados internacionais, o autista e liderança do movimento da neurodiversidade, Jim Sinclair. Relata Furtado (2011, p. 91-2) que “Lá tivemos o privilégio de testemunhar uma discussão entre Sinclair e um geneticista que falava de prevenção do autismo, em que o primeiro acusava o segundo de tentar dizimar a sua comunidade”. Neste sentido, como nos alerta Beck (1995, p. 96), toda intervenção genética na vida humana significa, “na prática, uma seleção – isto é, a eliminação da variação de algum desenvolvimento e a promoção ou aperfeiçoamento de outras variações – sob um ou outro critério (como saúde ou produtividade).<sup>200</sup> Os critérios de saúde e desempenho ganham contorno axial à luz da realização de projetos de vida, com indivíduos cujo sonho de paternidade-maternidade deve ser avaliado à luz dos riscos dos diagnósticos de doenças mentais, seja por evidências genéticas que venham a ser sustentadas no futuro, relacionados ao histórico médico familiar, seja pelo DGPI ou exames intrauterinos.

Com o rápido crescimento da tecnologia médica nas últimas décadas, especialmente em relação à genética humana, a gravidez é crescentemente uma empresa de risco envolvendo testes e aparelhos, aconselhamentos especializados e intervenções, e muitas formas de “cerco do cuidado” (Frevert 1985). Este afeta particularmente os chamados “grupos de risco” que são identificados por apresentar um crescente risco genético (seja por fatores pessoais como idade avançada, ou pelo histórico familiar que aponta uma desordem genética) e, portanto, aconselhados intensamente a tomar medidas preventivas. O que significa em termos simples que, após o início da gravidez (ou preferencialmente antes), o casal procure um especialista em aconselhamento genético, passe por testes espaciais e, se estes forem desfavoráveis, interrompam a gravidez e tentem futuramente se desejarem (Beck-Gernsheim, 2002, p. 54).<sup>201</sup>

---

<sup>200</sup> Liv. Trad., do original: “Every intervention in the genetic substance of plant, animal, and human life, interventions that are made possible by successes in genetic research, means a practical selection – that is, the elimination of some development variants and the promotion or improvement of other variants – on some criterion or other (such as health or productivity)”.

<sup>201</sup> Liv. Trad., do original: “With the rapid growth of medical technology in the last few decades, especially in relation to human genetics, pregnancy has increasingly become a risky business involving tests and apparatuses, specialist advice and intervention, and many forms of ‘care siege’ (Frevert 1985). This particularly effects so-called ‘risk groups’ who are deemed to present an increased genetic risk (whether because of personal factors such as a relatively advanced age, or because of a family history pointing to a genetic disorder) and are therefore strongly recommended to take ‘preventative measures’. What this means in plain language is that, after the onset of pregnancy (or preferably before), the couple should seek expert genetic advice, undergo special tests and, if these are unfavourable, terminate the pregnancy and try again if they like”.

Ademais, sem desconsiderar as pertinentes preocupações éticas de Habermas, este debate deixa amiúde de ser **ético** para ser **estético**, deixa de envolver a dignidade do embrião e o direito coletivo à “herança genética”, para ser um direito individual do consumidor. Foge à leitura de Habermas como a “decisão eugênica” pode se dar de formas muito mais sutis e cotidianas do que as polêmicas pesquisas com células tronco. Olhemos para as notícias recentes do *site* UOL<sup>202</sup> e a naturalidade com que se fala na “decisão eugênica” com relação a olhos azuis, ou a prevenção de doenças mentais entre as pessoas que importam esperma para fertilização *in vitro*. E isto tem muito pouco a ver com consensos médicos. Falamos nisto porque a eugenia contra a neurodiversidade ou as doenças mentais (esquizofrenia, TDAH, bipolaridade) não aguardam pela *improvável* confirmação de neuro-marcadores, ou do gene responsável por determinado diagnóstico, pois é uma questão de percepção de risco ou de preferências estéticas e de consumo ou sopesamento de custos nos projetos de vida familiar e laboral, e não de determinação científica ou consenso médico. Como nos explica Beck (2008, p. 16):

Graças aos êxitos da genética e da medicina reprodutiva, os pais podem selecionar embriões cujo perfil genético constitua um reduzido risco de adoecimento. Aproveitam, assim, as possibilidades da medicina reprodutiva para ‘eliminar’ aqueles embriões que poderiam – se não seguramente, mas com certa probabilidade – sofrer, por exemplo, com câncer no futuro, e trazer ao mundo crianças potencialmente saudáveis. Todos os casais, queiram ou não, encontram-se mais cedo ou mais tarde com esta decisão: tem que avaliar se seu desejo de evitar um sofrimento cujo surgimento não é garantido justifica a seleção consciente e a ‘rejeição’ daquelas crianças portadoras de algum gene identificado de alguma maneira como ‘de risco’. (...) O interesse crescente em descobrir e anular quanto antes o risco de câncer através do *genetic screening* [triagem genética] revela uma crescente tolerância quanto a seleção genética e contribui para que o diagnóstico de preimplantação [DGPI] também se aplique a características que ao final não dizem respeito a doenças, mas a preferências e prejuízos<sup>203</sup>.

---

<sup>202</sup> Disponíveis em: 1) <https://goo.gl/eGSD82>; 2) <https://goo.gl/jfVjEH>; 3) <https://goo.gl/RUk4d6>. Acesso em set. 2017.

<sup>203</sup> Liv. Trad., do original: “Gracias a los éxitos de la genética y de la medicina reproductivas, los padres pueden seleccionar embriones cuyo perfil genético presente un reducido riesgo de enfermedad. Aprovechan así las posibilidades de la medicina reproductiva para ‘eliminar’ aquellos embriones que podrían – si no con seguridad, sí con una cierta probabilidad – sufrir, por ejemplo, cáncer en el futuro, y traer al mundo niños potencialmente sanos. Todas las parejas, quieran o no, se encuentran tarde o temprano ante esta difícil decisión: tiene que soportar si su deseo de evitar un sufrimiento de cuyo aparición no están seguros justifica la selección consciente y el rechazo de aquellos niños portadores potenciales de algún gen identificado de alguna manera como ‘de riesgo’. (...) El interés creciente en descubrir y desactivar cuanto antes el riesgo de cáncer mediante el *genetic screening* [cribado genético] revela una creciente tolerancia hacia la selección genética y contribuye a que el diagnóstico de

Extrapolando as hipóteses de diagnóstico médico, toda forma desviante, doente, inadequada às dinâmicas de uma sociedade altamente diferenciada e, no limite, que onere demais a realização dos projetos de vida, que sejam menos competitivas ou identificadas com um desempenho-performance indesejada, pode vir a ser preterida nos processos sutis da *eugenia virtualizada*. Como afirma Beck (1995, p. 96), sob a roupagem legitimadora da *misericórdia e responsabilidade social*, quem falar em doença genética, “marcadores genéticos” da doença mental ou risco de desenvolvimento mental estará advogando (ainda que de forma mais sutil e elegante) em nome das razões para uma nova eugenia da *neurodiversidade* ou, simplesmente, da diversidade. Esta leitura pode parecer extremada, mas as semelhanças com a história (não tão distante) da Alemanha nazista saltam aos olhos. Relata Lifton (2000, p. 25) que, uma “vez no poder – Hitler assumiu e prestou juramento como Chanceler do Terceiro Reich em 30 de Janeiro de 1933 – o regime nazista fez da esterilização a primeira implementação da imaginação biomédica, como uma questão coletiva de vida ou morte”<sup>204</sup>. A lei sobre esterilização foi promulgada em 22 de junho de 1933, e a *doutrina da esterilização (sterilization doctrine)* deu o tom da abordagem médica sobre “vidas que não valiam apenas ser vividas” (*life unworthy of life*), entre “as ‘doenças hereditárias’ que deveriam ser cirurgicamente esterilizadas, as categorias de *fraqueza mental* congênita (hoje chamada de deficiência mental), em aproximadamente 200 mil pessoas”, incluindo esquizofrênicos, maníaco-depressivos e epiléticos<sup>205</sup>. De forma muito mais sutil e mais eficiente, a *eugenia justificada* de Habermas persegue os mesmos fins: prevenção das morbidades e deficiências hereditárias. Porém é uma eugenia que não choca, que lida com riscos, com células sem rosto, nome ou história de vida já construída, uma eugenia de violência virtual, não reconhecida enquanto violência:

Não há teorias racistas, não há movimento eugênico (do tipo que, por exemplo, influenciava consideravelmente os EUA [e o Brasil] no começo do século [passado]), pela mesma razão que as novas tecnologias permitem a

---

preimplementación [DGPI] también se aplique a características que al final y a no conciernen a enfermedades, sino a preferencias y prejuicios.”

<sup>204</sup> Liv. Trad., do original: “Once in power – Hitler took the oath of office as Chancellor of the Third Reich on 30 of January 1933 – the Nazi regime made sterilization the first application of the biomedical imagination to this issue of collective life or death.”

<sup>205</sup> Liv. Trad., do original: “Included among the ‘hereditarily sick’ who were to be surgically sterilized were the categories of congenital feeblemindedness (now called mental deficiency), an estimated 200,000; schizophrenia, 80,000; maniac depressive insanity, 20,000; epilepsy, 60,000; Huntington’s chorea (a hereditary brain disorder) 600”

*prática* eugênica sem impor violência; uma prática pautada pela possibilidade de alterar o material genético da vida em todas as suas formas no tubo de teste, clinicamente neutro, ideologicamente livre, e sem opressão burocrática (...). É precisamente o fato de que pesquisadores não tem que sentir ou escutar um ser vivo que leva as unidades de pesquisa em biotecnia a atuar como laboratórios de seleção que nada tem em comum com campos de concentração [ou manicômios], mas cujos efeitos são funcionalmente comparáveis. Não é possível saber qual será o efeito, e assim tudo pode se banal e rotineiro (Beck, 1995, p. 97).<sup>206</sup>

No espaço abstrato do laboratório, lidando com substâncias *banais* em um tubo de ensaio, o pesquisador não está preocupado com questões éticas ou implicações políticas. No laboratório, nada sente dor, grita, tem rosto ou nome, ainda assim, podemos falar em uma prática eugênica, que seleciona e extermina aqueles que considera inaptos ou indesejados. E em nome da saúde, sob exigências de responsabilidade, estas tecnologias eugênicas ganham legitimidade e são tratadas amiúde como problemas particulares e íntimos, a serem resolvidos individualmente, escapando mais uma vez dos espaços públicos de deliberação. Não atender a essas demandas por saúde e não *respeitar* os prognósticos médicos significa passar pelo escrutínio e escárnio sociais por sua escolha, pois significaria sujeitar um filho ou filha a viver com uma deficiência ou correr o risco de ele nascer com TDAH, ou transtorno bipolar, ou esquizofrenia, em uma sociedade que vai marginalizá-lo, discriminá-lo e, ainda, ter que arcar com os custos sociais associados à sua deficiência ou doença mental. A questão não é vista como um problema social, coletivo, mas como uma *irresponsabilidade insequente do indivíduo*, do pai ou mãe que *escolheu* dar continuidade a esta gestação. De acordo com Beck-Gernsheim (2002, p. 55), hoje “a gravidez não é simplesmente um processo natural; demanda conhecimento, responsabilidade e orientações especiais, e se necessário, aconselhamento genético”<sup>207</sup>.

---

<sup>206</sup> Liv. Trad., do original: “There are no race theories, there is no eugenic movement (of the type, for instance, that exerted considerable influence in the United States earlier this century) for the very reason that the new technology enable the practice of eugenics without any application of violence; a practice based on the possible alteration of the genetic equipment of life in all its manifestations in the test tube, clinical neutral, ideology-free, and without a bureaucracy of oppression. [...] It is precisely the fact that the researcher doesn’t see or feel or hear a living thing that predestines the biotechnical unity of research and practice to act as selection labs that have nothing in common with concentration camps, but whose effects are functionally comparable. One can no longer know what the effect will be, and thus anything can become routine”

<sup>207</sup> Livre tradução, do original: “Today, then, pregnancy is not simply a natural process; it calls for awareness, responsibility and special instruction, and if necessary for genetic advice<sup>207</sup> [...]. Let us begin with circumstances that pose no particular problem: a couple who want to have a child may be told that



Assim, o dilema enfrentado por aqueles que pensam na maternidade/paternidade à luz dos “aconselhamentos genéticos” e indicações de riscos de doenças mentais, são um reflexo da intensificada pressão contemporânea sobre o indivíduo para que faça escolhas, exerça seu “livre arbítrio” (*free will*), na *self-derivem culture* (Beck, Beck-Gernsheim, 2002). Os avanços no mapeamento genético acabam por legitimar a noção do desvio, com ares de objetividade científica dos diagnósticos neuropsiquiátricos. Beck-Gernsheim (1995) discute o impacto destes diagnósticos nas relações entre o sujeito marcado pelo crivo diagnóstico e a sociedade, a família e a própria alteração no olhar sobre si mesmo: o impacto destas sentenças “impiedosas” (*pitiless*) sobre a identidade do indivíduo. Se a saúde e a responsabilidade assumem lugar central como valores sociais da Segunda Modernidade (Beck, Beck-Gernsheim, 2002; Beck-Gernsheim, 1995, 2002), e com os avanços no mapeamento genético e da lista de “anomalias” genéticas e diagnósticos de doenças mentais, a noção de grupos de riscos (Beck-Gernsheim, 1995; Beck-Gernsheim, 2002) perde sentido e passamos *todos*, indistinta e potencialmente, a correr o risco de adoecimento mental, sendo individualmente responsáveis por isto (pelas escolhas que fazemos ou deixamos de fazer).

Isto não afeta apenas o nascituro e sua família. Os indicadores e diagnósticos genéticos, e a identificação de fatores de risco, afetam também aqueles com *risco* de apresentar a doença com o passar dos anos. Uma série de doenças hereditárias tem sua manifestação associada com determinada faixa etária, como já foi dito sobre a bipolaridade em adolescentes, ou a demenciação pelo mal de Alzheimer, Huntington ou Parkinson, acima de 50 anos. Ou a chance de a mulher ter um filho com síndrome de Down, depois dos 35 anos. Afeta também aqueles cujo comportamento desviante, ou não adequado às biografias institucionais da contemporaneidade, são submetidos ao julgamento social. Com a individualização e padronização institucional das biografias, o impacto destas *sentenças* é imenso. Em esquemas de *do-it-yourself biografies* dependentes da educação, do mercado de trabalho e do sistema jurídico, estas *sentenças impiedosas* podem ser determinantes na construção da identidade e no

---

given their family histories, they have no reason to think they face a high genetic risk [...]. The situation is different, however, when the genetic diagnosis permits only a statement of probability (for example, an abnormality risk of 25 per cent for each child)”.

estabelecimento dos planos individuais de vida. Mediado pelo aconselhamento médico, o uso de medicações desde a infância ao ensino superior, e na esfera profissional, ter ou não filhos etc. Todas estas escolhas podem ser radicalmente alteradas quando se acredita no risco de adoecimento mental, ou de *passar à diante* a doença mental. “Não tive filhos, não transmiti a nenhuma criatura o legado da nossa miséria”<sup>208</sup>, escreveu Machado de Assis, em *Memórias Póstumas de Brás Cubas*. Este pode ser o sentimento vivido pelas famílias abandonadas às suas escolhas, em uma sociedade altamente individualizada.

As questões aqui apresentadas, porém, passam à margem do CSMC que continua pensando a Psiquiatria e a sociedade sob a ótica da Psiquiatria manicomial e da sociedade biopolítica do controle. As relações estabelecidas na Contemporaneidade são minimizadas em nome de uma *paixão pelo real* que limita o olhar do Campo ao cotidiano micropolítico dos serviços. Perde-se de vista as formas mais sutis da Neuropsiquiatria e as formas de violência *virtualizada* não são percebidas como problemáticas porque não reproduzem aquilo que o Campo entende como *manicomial*. Pelo contrário, as novas tecnologias podem se encaixar no ideal de adaptabilidade social, melhoria da qualidade de vida e ampliação de acesso assistencial. E sem compreender a modernização reflexiva da sociedade, a individualização da Ordem referencial socio-simbólica e a subjetividade contemporânea, e as transformações radicais da (neuro)Psiquiatria, as questões ora apresentadas continuarão não fazendo sentido sob a leitura social do Campo, continuarão ignoradas pela reflexão e mobilização em torno da Reforma Psiquiátrica brasileira.

---

<sup>208</sup> ASSIS, Joaquim Maria Machado de. **Memórias póstumas de Brás Cubas**. Fundação Biblioteca Nacional, Ministério da Cultura. Disponível em: <[http://objdigital.bn.br/Acervo\\_Digital/livros\\_eletronicos/brascubas.pdf](http://objdigital.bn.br/Acervo_Digital/livros_eletronicos/brascubas.pdf)>. Acesso em 07.abril.2013.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS: RETROSPECTIVA E PERSPECTIVAS

Durante toda a Tese, tentamos refletir criticamente sobre uma questão: como o Campo da Saúde Mental Coletiva responde, ou não, às novas formas sociais que emergem nos processos de modernização reflexiva e de individualização, na sociedade contemporânea. Partimos da hipótese – confirmada pela pesquisa – de que há um descompasso histórico entre o Campo e estas novas formas, notadamente, quanto ao seu objeto fundamental: as relações entre a loucura (adoecimento ou sofrimento mental), a Psiquiatria e a sociedade. Nós nos dedicamos a uma leitura crítica sobre a história e produção científica em torno da Reforma Psiquiátrica brasileira, buscando caracterizá-la, desnudá-la, delimitá-la e compreendê-la, (re)colocando em questão suas premissas fundantes, suas certezas mais consolidadas.

Não se trata, em hipótese alguma, de um *ataque gratuito* às muitas conquistas e avanços promovidos pelos movimentos e pelos teóricos do Campo, ou às suas reflexões e formulações. Mas um reconhecimento profundo de sua importância e da necessidade de, continuamente, avançar nas discussões sobre o sofrimento mental. Albert Camus (2017), em seu *O Mito de Sísifo*, defende que a filosofia se dedique às perguntas fundamentais, aquelas que urgem resposta, e coloca de forma bastante direta: “Se eu me pergunto por que julgo que tal questão é mais premente que tal outra, respondo que é pelas ações a que ela se compromete” (idem, p. 19). Não nos resta dúvida de que a razão de termos nos dedicado à reflexão sobre o CSMC é pelo reconhecimento das relevantes questões a que ele se compromete. E se nos colocamos de forma crítica quanto às suas *verdades* e nos propomos a repensar seu objeto é por confiarmos naquilo que nos ensina Beck (2010, p. 340): “crítica significa progresso”. Acreditamos que apenas quando um saber é confrontado, ele pode avançar e, assim, apenas quando o Campo da Saúde Mental Coletiva se coloca *contra* o Campo da Saúde Mental Coletiva “é que se torna possível que se calcule e avalie, também do lado de fora, que futuro está sendo preparado” (idem), e que a “autocrítica sob todas as formas não é tanto uma ameaça, e sim provavelmente a única maneira pela qual poderia ser desvelado de antemão o erro que, de outro modo, faria com que, mais cedo ou mais cedo ainda, o mundo nos passasse em branco” (idem).

Ao longo desta Tese, sustentamos 02 argumentos centrais: primeiramente, como os processos de modernização reflexiva e de individualização promoveram mudanças socioestruturais profundas, levando à reconfiguração das formas e relações da sociedade industrial e à emergência de novas formas e relações próprias da Sociedade Contemporânea. Isto se traduz em uma desincorporação das formas moderno-industriais e na reincorporação de novos modos de vida em que os indivíduos devem assumir os riscos que escapam às instituições, submetidos ao imperativo geral de avaliar, decidir, atuar e se responsabilizar pela construção de suas próprias vidas, livres mas dependentes do mercado de trabalho e das instituições, em todas as fases de sua biografia.

Há, portanto, uma metamorfose radical em todas as esferas de experiência do indivíduo em sociedade e em sua atuação política, atingindo nosso entendimento técnico-científico da natureza e, com ele, uma revolução sobre nosso entendimento de nós mesmos, transformando as relações familiares e laborais, e subjetivas – das relações que estabelecemos conosco, com os outros e a sociedade e suas instituições. Uma transformação profunda em nossas formas de significação da experiência de vida, nossas formas de sofrer, sentir, produzir, consumir, pensar-se, pensar o *Outro* e os outros, de co-laboração, co-operação e co-partilhamento e mobilização coletiva, em torno dos riscos que devemos assumir individualmente.

Esta metamorfose da sociedade não se dá por uma ruptura, revolução ou crise da Modernidade, mas por um segundo processo de modernização (modernização da Modernidade) não planejado e marcado por *efeitos colaterais* que precisam ser decodificados e compreendidos e, antes de mais nada, *reconhecidos* pelo CSMC para que este possa continuar refletindo e atuando sobre seu objeto fundamental, que é profundamente tocado pelo processo de modernização reflexiva. Contudo, e este é o segundo argumento central, nossa pesquisa mostrou um Campo profundamente enraizado em seus marcos moderno-industriais. Sem reconhecer as novas formas assumidas pela Neuropsiquiatria na Contemporaneidade e como elas transformam o sujeito contemporâneo e, mesmo quando lhe são sinalizadas, submete-a à mesma velha lente de leitura das práticas manicomiais, enquanto atualizações do manicômio, ou manicômio químico. Com isto, perde de vista a especificidade e a *novidade* das relações entre indivíduos e as novas tecnologias neuropsiquiátricas, em sociedade.

Neste esforço de crítica, identificamos como o Campo, que originalmente era marcado por uma leitura marxista das relações de poder e violência estabelecidas pela Psiquiatria, com Basaglia, é reinterpretado e reestruturado sob a matriz teórica rotelliana e aquilo que chamamos de *Perspectiva Micropolítica*: uma inflexão marcante em direção ao ato cotidiano de saúde como única possibilidade de transformação das práticas assistenciais e relações entre a loucura e a sociedade, em detrimento de uma perspectiva socioestrutural. Caracterizamos a *Perspectiva Micropolítica* sobre o tripé do (1) sentido totalizador do ato terapêutico e duas noções que desenvolvemos e nomeamos de (2) *Epicentria assistencial* e (3) *fetichismo do indivíduo autárquico*. A *Epicentria* consiste na crença de que o ato de saúde no cotidiano dos serviços assistenciais seria o *epicentro* das transformações emancipatórias em torno das relações com a loucura. Esta *revolução* assistencial pressupõe um profissional criativo e proativo, heroico e engajado, capaz de reinventar suas práticas para responder à complexidade e *totalidade* dos impasses ligados ao sofrimento mental, e à vulnerabilidade socioeconômica dos *usuários* – cujo perfil é sempre de vulnerabilidade socioeconômica. O *fetichismo do indivíduo (profissional) autárquico* capaz de reinventar suas práticas, cotidianamente, *produzindo vida* é o semblante ou teatralização que esconde a realidade das relações sociais assumidas pelos indivíduos, na Contemporaneidade: quanto mais livres das amarras da sociedade industrial e quanto mais são impelidos a escolherem e assumirem a condução de suas vidas (e os riscos desta condução), mais se tornam dependentes das instituições e da permanência no mercado de trabalho, mais suas escolhas dependem de fatores que lhes escapam ao controle. O *fetichismo autárquico* mascara o *real inaceitável* de que mais liberdade não significa necessariamente mais autonomia, como a experiência histórica vem nos demonstrando.

A *inflexão micropolítica* para o ato de saúde cotidiano que, à primeira vista, parece um retorno apaixonado ao real e à concretude dos indivíduos – sua realidade cotidiana, sua singularidade absolutamente única, vivências no bairro e trajetos pela localidade que habita – para produzir *sujeitos livres, autônomos e felizes*; pode em verdade significar uma *fuga deste real (inaceitável) da Contemporaneidade*. Esta *paixão* e *inflexão violenta* em direção ao cotidiano do ato de saúde acaba promovendo um esvaziamento e virtualização das dimensões de atuação do Campo, dimensões cuja

transformação antimanicomial representa suas principais bandeiras de reflexão e atuação. Noutras palavras, a *Perspectiva Micropolítica* atravessa e reconfigura o Campo de forma transversal, levando ao esvaziamento da reflexão e atuação políticas, naquilo que Žižek (2011, p. 58) chamou de “passagem do envolvimento político para o Real pós-político”, para uma política (*politic*) virtual transfigurada como administração competente, avaliação, gestão e assistência.

Assim, identificamos um Campo cuja reflexão teórica e propostas de ação mantêm-se presas ao cotidiano da assistência e à leitura de uma Psiquiatria manicomial a ser superada neste cotidiano. A esta Psiquiatria manicomial corresponde uma atuação biopolítica e uma sociedade moderno-tradicionais, e um indivíduo cuja liberdade e singularidade são violentamente oprimidas, um indivíduo dominado pelas forças biopolíticas e que a *paixão pelo real* do Campo, encenada no cotidiano da assistência, libertará trazendo à tona o *homem autônomo* prometido pela Modernidade.

O que vemos, contudo, é um indivíduo cada vez mais livre e cada vez menos autônomo, isto é, cada vez mais dependente das instituições e do mercado de trabalho, dividido entre demandas inconciliáveis, que vivencia a dissolução das formas tradicionais de família e trabalho, das instâncias de coletivização dos riscos, e uma paradigmática individualização dos seus referências sociossimbólicos. A individualização desta ordem simbólica leva, homologamente, a indivíduos que devem lidar com a perda da referência em instâncias nômicas identificadas com a família tradicional, o Estado-nação, gênero, nacionalidade, classe social e assim por diante, na Modernidade industrial, e assumir o lugar de instância *auto-organizadora* do próprio mundo psíquico, sob o imperativo geral de autoconstrução biográfica e sucesso no mercado de trabalho. Este imperativo é assumido pelos indivíduos, assim como o fracasso nesta empreitada biográfica é sentido de forma profundamente individual, ao ponto de o contato (ainda que mero vislumbre) com a *precariedade* desta liberdade de busca pelos seus projetos de vida, é vivido como uma experiência subjetivas de risco, sofrimentos, crises e impasses. A este indivíduo *abandonado* à liberdade, corresponde uma Neuropsiquiatria que não pode ser lida como mera atualização do manicômio sob formas mais sutis. Antes, uma prática médica que é motor e resultado do Processo de Individualização e que atua cada vez mais como Medicina do aprimoramento e *medium*

de interpretação do mundo. Uma Neuropsiquiatria que pode ser, de formas sutis e mais radicais, altamente iatrogênica e que, principalmente, promove uma *revolução silenciosa* à medida que transforma nosso entendimento sobre nós mesmos, sobre a sociedade e a própria essência do *humano*.

Apesar deste quadro de tintas pesadas e traços aparentemente sombrios, a Individualização – a libertação de formas tradicionais e a reincorporação de novas formas sociais – não significa apenas que o indivíduo deverá lidar individualmente com as ameaças que escapam às instituições. A Contemporaneidade também é marcada por novas possibilidades de ação, por novas possibilidades de organização coletiva dos indivíduos individualizados, que se mostram altamente sensíveis à alteridade, que colaboram e cooperam uns com os outros, que têm necessidade e buscam intensamente se relacionar. E se é verdade que a Neuropsiquiatria traz consigo a *ameaça de tecnificação* do pensamento e reducionismo biomédico das experiências humanas, talvez não devêssemos subestimar a sensibilidade e capacidade de significação social (e psíquica) dos indivíduos individualizados, tampouco perder de vista que é do contínuo processo de modernização reflexiva e individualização que emergirão novas formas e relações, ainda que não tenhamos referências sociossimbólicas ou um vocabulário sociológico adequado para nomear ou pensar estas formas e relações emergentes.

O que nos é certo é a necessidade de resgatar a dimensão política e socioestrutural da reflexão e ação do CSMC. Somos obrigados a reconhecer que a *Perspectiva Micropolítica* do ato de saúde em defesa da singularidade individual no corpo social segue na mesma direção de tecnificação da experiência humana e esvaziamento de seu caráter social e político, que o Campo denuncia na Psiquiatria biomédica. Se não pelo reducionismo biotécnico, mas pelo *microscópio da singularidade cotidiana*, que atomiza e dissocia o indivíduo de sua historicidade e da realidade das relações, forças e estruturas sociais que conformam sua subjetividade. Há a necessidade de um projeto Político (não apenas político-assistencial) para o CSMC que busque atuar não apenas dentro das regras do jogo, mas que dispute as próprias regras do jogo político, que busque muda-las, disputando as posições de poder e os espaços de atuação política. Mas para isso é preciso reconhecer e decodificar as profundas mudanças já produzidas reflexivamente, e como elas atingem a estrutura

política e social da Contemporaneidade. É preciso reconhecer as novas formas de atuação e significação da realidade política pelos indivíduos individualizados, sob pena de seguir visitando o *zoológico da política* para ver as mesmas velhas jaulas vazias, sem perceber que o leão está livre (retomando a metáfora de Beck).

Frente a complexidade das relações entre o adoecimento mental, a Psiquiatria e a sociedade, bem como a riqueza e amplitude de perspectivas que atravessam o Campo, não acreditamos em uma Tese que dê respostas objetivas ou se proponha a apresentar soluções, mapas, *guidelines* ou fórmulas (teóricas) mágicas. Pretendemos tão somente apresentar uma contribuição crítica acreditando, como já dito, que é pela confrontação do Campo, e de suas verdades naturalizadas, que será possível avançar. Neste sentido, parece-nos certo que se o Campo da Saúde Mental Coletiva espera, concretamente, entender e pensar, interagir e *cuidar* do sofrimento mental na Contemporaneidade, é imperativo que amplie seu olhar para além da endogenia de seus marcos e autores de referência, para além da endogenia técnico-assistencial e do saber médico-*psi*, e amplie seu olhar para além (ainda que sem perder de vista) dos modelos da Psiquiatria manicomial e da exclusão e miséria, para que assim consiga contemplar a nova onda que desponta no horizonte da Modernidade Reflexiva.

Esta é a segunda questão que nos parece pertinente reassentar: sem dúvidas, é imprescindível estar atento às novas e sutilíssimas manifestações iatrogênicas da Neuropsiquiatria, às repercussões a longo prazo sobre a sociedade e o (auto) entendimento dos indivíduos, bem como aos riscos de seguirmos enaltecendo de tal forma as novas respostas biotecnológicas que percamos de vista a necessidade de respostas sociais e políticas para fenômenos sociais e políticos. Na mesma linha, para acolher as novas formas de se relacionar e de estar só, produzir e consumir, amar e sofrer, conhecer e desconhecer, é preciso reconhecer as novas e potencialmente arriscadas dimensões de subjetivação do Processo de Individualização. Mas não incorramos no antagonismo contra estas novas *realidades* ou na tentativa (vã) de *retornar pela escada* do Processo de Individualização e subir de volta a espiral individualizatória. Reconheçamos que estas novas – e aparentemente tão doloridas – formas de estar no mundo podem anunciar o alvorecer de uma outra sociedade. E como toda novidade para qual não temos elementos cognitivos de significação, causa



sofrimento, ansiedade, medo e rejeição. Mas devemos nos dedicar à sua reflexão e decodificação, identificando pontos de referência ou mesmo produzindo outra linguagem e balizas de interpretação, novas metodologias e construções teóricas que nos ajudem a lidar com estas transformações, que parecem nos atropelar.

## REFERÊNCIAS

- ACNUR – Alto Comissionado das Nações Unidas para Refugiados. **Refúgio no Brasil:** Uma análise estatística, Janeiro de 2010 a Outubro de 2014. Disponível em: <[http://www.acnur.org/t3/fileadmin/Documentos/portugues/Estatisticas/Refugio\\_no\\_Brasil\\_2010\\_2014.pdf?view=1](http://www.acnur.org/t3/fileadmin/Documentos/portugues/Estatisticas/Refugio_no_Brasil_2010_2014.pdf?view=1)>. Acesso em: 07 set. 2015.
- \_\_\_\_\_. **Chefe do ACNUR pede estratégia comum para resolver crise de refugiados na Europa.** Disponível em: <<http://www.acnur.org/t3/portugues/noticias/noticia/chefe-do-acnur-pede-estrategia-comum-para-resolver-crise-de-refugiados-na-europa/>>. Acesso em: 07 set. 2015a.
- ADORNO, Theodor W. A psicanálise revisitada *In*. \_\_\_\_\_. **Ensaios sobre psicologia social e psicanálise.** São Paulo: Editora Unesp, pp. 44-69, 2015.
- ADORNO, Theodor W. Sobre a relação entre sociologia e psicologia *In*. \_\_\_\_\_. **Ensaios sobre psicologia social e psicanálise.** São Paulo: Editora Unesp, pp. 71-135, 2015.
- ADORNO, Theodor W., Horkheimer, Max. **Dialética do esclarecimento:** fragmentos filosóficos. Rio de Janeiro: Zahar, 1985.
- ALMEIDA, Ana Filipa. **Efeito de Werther.** *Aná. Psicológica* [online]. 2000, vol.18, n.1, pp.37-51. ISSN 0870-8231.
- AMARANTE, Paulo Eduardo de Carvalho. **Uma aventura no manicômio:** A trajetória de Franco Basaglia. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos.* N. 1, pp. 61-67, julho, 1994.
- \_\_\_\_\_. **Loucos pela vida:** A trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2. Ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.
- \_\_\_\_\_. **O homem e a serpente:** Outras Histórias para a Loucura e a Psiquiatria. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996.
- \_\_\_\_\_. Loucura, Cultura e Subjetividade: Conceitos e Estratégias, Percursos e Atores da Reforma Psiquiátrica Brasileira. *In*. FELURY, Sonia (org.). **Saúde e Democracia:** A luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial, pp. 163-186, 1997.
- \_\_\_\_\_. Sobre duas proposições relacionadas à clínica e à Reforma Psiquiátrica. *In*. QUINET, Antônio. (org.) **Psicanálise e Psiquiatria:** controvérsias e convergências. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, pp. 103-110, 2001.
- \_\_\_\_\_. A (clínica) e a reforma psiquiátrica. *In*: \_\_\_\_\_. (Org.). **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial.** Rio de Janeiro: Nau Editora, pp.45-66, 2003.
- \_\_\_\_\_. Saúde Mental, Desinstitucionalização e Novas Estratégias de Cuidado. *In*. GIOVANELLA, Lígia et al. (org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil.** 2ª imp. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008, pp. 735-759.
- \_\_\_\_\_. Apresentação *In*. BASAGLIA, Franco. **Escritos Selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica** (AMARANTE, Paulo org.). Rio de Janeiro: Garamond, 2010, pp. 07-15.
- \_\_\_\_\_. Cebes: História Viva da Reforma Sanitária Brasileira. *In* SOPHIA, Daniela Carvalho. **Saúde e Utopia:** O Cebes e a reforma Sanitária Brasileira. São Paulo: Hucitec, pp. 11-14, 2015.
- AROUCA, Sérgio. **O Dilema Preventivista:** Contribuições para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva. São Paulo: Editora UNESP; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.
- ASSIS, Joaquim Maria Machado de. **Dom Casmurro.** São Paulo: Klick editora, 1997.

- \_\_\_\_. **O Alienista**. Porto Alegre: L&PM POCKET, 2011.
- ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais – DSM 5**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- BADIOU, Alain. **Em busca do real perdido**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2017.
- \_\_\_\_. **O Século**. Aparecida, SP: Idéias & Letras, 2007.
- BALIEIRO, H. G.; VENTURINI, E. ; OLIVEIRA, C. L. ; BRANDAO, M. S. G. . A Histórica Experiência do Voluntariado de Trieste: Venite a vedere!. 2015. (Apresentação de Trabalho/Comunicação).
- BARROS, Denise, ORTEGA, Francisco. **Metilfenidato e aprimoramento cognitivo farmacológico**: representações sociais de universitários. *Saude e Sociedade*. vol. 20, n.2, pp. 350-362, 2011.
- BASAGLIA, Franco. El hombre en la picota. In BASAGLIA, Franco *et al.* **Psiquiatria, Antipsiquiatria y Orden Manicomial**. Barcelona: Barral Editores, pp. 155-84, 1975.
- \_\_\_\_. Rehabilitación y control social. In BASAGLIA, Franco *et al.* **Psiquiatria, Antipsiquiatria y Orden Manicomial**. Barcelona: Barral Editores, pp. 185-96, 1975-a.
- \_\_\_\_. **A psiquiatria alternativa**: Contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática. São Paulo: Brasil Debates, 1979.
- \_\_\_\_. **A instituição negada**: relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.
- \_\_\_\_. **Escritos Seleccionados em saúde mental e reforma psiquiátrica** (AMARANTE, Paulo org.). Rio de Janeiro: Garamond, 2010.
- BASAGLIA, Franco et al. Considerações sobre uma experiência comunitária. In. AMARANTE, Paulo (org.). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, pp. 11-40, 1994.
- BAUMAN, Zygmunt. **Danos colaterais**: desigualdades sociais numa era global. Rio de Janeiro: Zahar, 2013.
- BETTO, Frei. **Batismo de sangue**: Guerrilha e morte de Carlos Mariguella. 14 ed. Rio de Janeiro: Rocco, 2006.
- BECK, Ulrich. Eugenics of the Future In. \_\_\_\_\_. **Ecological Enlightenment**: Essays on the politics of the risk society. New York-USA: Humanity Books, 1995, pp. 95-100.
- \_\_\_\_\_. **Democracy Without Enemies**. Malden-USA: Blackwell Publishers Inc., 1998.
- \_\_\_\_\_. **The Brave New World of Work**. Cambridge UK-Malden US: Polity Press, 2000.
- \_\_\_\_\_. **La sociedad del riesgo global**. Madrid: Siglo XXI de España Editores, 2002.
- \_\_\_\_\_. **Liberdade ou capitalismo**: Ulrich Beck conversa com Johannes Willms. São Paulo: Editora UNESP, 2003.
- \_\_\_\_\_. **Living in the world risk society**. *Economy and Society* Volume 35 Number 3 August 2006, pp. 329-345.
- \_\_\_\_\_. Beyond class and nation: reframing social inequalities in a globalizing world. *The British Journal of Sociology*, v. 58, n. 4, p. 679-705, 2007.
- \_\_\_\_\_. **La Sociedad del Riesgo Mundial**: En busca de la seguridad perdida. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica, 2008.
- \_\_\_\_\_. **Sociedade de Risco**: rumo a uma outra modernidade. São Paulo: Editora 34, 2010.
- \_\_\_\_\_. A reinvenção da política: rumo a uma teoria da modernização reflexiva. In BECK, U., GIDDENS, A., LASH, S. **Modernização Reflexiva: política, tradição e estética na ordem social moderna**. 2. Ed. São Paulo: Editora UNESP, pp. 11-87, 2012.

- \_\_\_ . **Cosmopolitan Vision**. 6ª imp. Cambridge: Polity Press, 2012-a.
- \_\_\_ . **Twenty observations on a world in turmoil**. Malden-USA: Polity Press, 2012-b.
- \_\_\_ . **Cosmopolitanized Nations: Re-imagining Collectivity in World Risk Society. Theory, Culture & Society**, v. 30, n. 2, p. 3–31, London, 2013.
- \_\_\_ . **A Europa Alemã: De Maquiavel a “Merkievel”**: Estratégias de poder na crise do Euro. Lisboa: Edições 70, 2013-a.
- \_\_\_ . **A metamorfose do mundo**: como as alterações climáticas estão a transformar a sociedade. Lisboa: Edições 70, 2017.
- BECK, Ulrich; BECK-GERNSHEIM, Elisabeth. **Individualization**: Institutionalized Individualism and its Social and Political Consequences. London: Sage Publications, 2002.
- \_\_\_ . **O Caos Totalmente Normal do Amor**. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2017.
- BECK-GERNSHEIM, Elisabeth. **The Social Implications of Bioengineering**. New Jersey-USA: Humanities Press: 1995.
- \_\_\_ . **Reinventing the Family**: In Search of New Lifestyles. Malden-USA: Blackwell Publishers Inc., 2002.
- BECK, Ulrich; GRANDE, Edgar. Varieties of second modernity: the cosmopolitan turn in social and political theory and research. **The British Journal of Sociology**, vol. 61(3), pp. 409-443, London, 2010.
- BECKER, Howard S. **Outsiders**: estudos de sociologia do desvio. Rio de Janeiro: Zahar, 2008.
- BENJAMIN, Walter. **Origem do drama trágico alemão**. 2 ed. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2013.
- BERLINGUER, Giovanni. **Psiquiatria e Poder**. Belo Horizonte: Interlivros, 1976.
- \_\_\_ . **Medicina e Política**. São Paulo: CEBES-Hucitec, 1978.
- BEZERRA JR., Benilton. Considerações sobre terapêuticas ambulatoriais em saúde mental. *In* **Cidadania e Loucura: Políticas de Saúde Mental no Brasil**. Petrópolis: Vozes-ABRASCO, pp.133-69, 1987.
- \_\_\_ . De médico, de louco e de todo mundo um pouco: o campo psiquiátrico no Brasil dos anos 80. *In*. GUIMARÃES, R., TAVARES, R. (Orgs.). **Saúde e Sociedade no Brasil: anos 80**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, pp. 171-191, 1994.
- \_\_\_ . Da contracultura à sociedade neuroquímica: psiquiatria e sociedade ba virada do século. *In*. ALMEIDA, Maria Isabel Mendes de, NEVES, Santuza Cambraia. **“Por que não?”**: Rupturas e continuidades da contracultura. Rio de Janeiro: 7Letras, pp. 129-154, 2007.
- \_\_\_ . Introdução: A psiquiatria contemporânea e seus desafios. *In*. ZORZANELLI, Rafaela, BEZERRA JR, Benilton, COSTA, Jurandir Freire (orgs.). **A criação de diagnósticos na psiquiatria contemporânea**. Rio de Janeiro: Garamond, 2014, pp. 9-34
- \_\_\_ . A Clínica e a Reabilitação Psicossocial. *In*. PITTA, Ana Maria F. (org). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. 4 ed. São Paulo: Hucitec, 2016, pp. 175-182.
- BIRMAN, Joel. A cidadania tresloucada: Notas introdutórias sobre a cidadania dos doentes mentais. *In*. BEZERRA JR., Benilton, AMARANTE, Paulo (orgs.). **Psiquiatria sem hospício**: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992, pp. 71-90.
- \_\_\_ . **História da psiquiatria no Brasil**: um corte ideológico. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

- BIRMAN, Joel, COSTA, Jurandir Freire. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In. AMARANTE, Paulo (org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994.
- BOBBIO, Norberto. **A era dos direitos**. Rio de Janeiro: Campus, 1992.
- \_\_\_\_\_. **Direita e Esquerda: Razões e significados de uma distinção política**. 2 ed. São Paulo: Editora Unesp, 2001.
- \_\_\_\_\_. **Nem com Marx, nem contra Marx**. São Paulo: Editora Unesp, 2006.
- BOSCHETTI, Ivanete. **Assistência social e trabalho no capitalismo**. São Paulo: Cortez, 2016.
- BOSI, Alfredo. **História concisa da literatura brasileira**. 9 ed. São Paulo: Cultrix, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Final da I Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988.
- \_\_\_\_\_. **Substitutivo do Senado ao Projeto de Lei 3.657/1989**. Brasília: Senado Federal, 1999.
- \_\_\_\_\_. **Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil: Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas**. Brasília: OPAS, 2005.
- \_\_\_\_\_. **HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
- \_\_\_\_\_. **Portaria n.º 3.088 de 23 de dezembro de 2011**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- \_\_\_\_\_. **Cadernos de Atenção Básica n.º 34**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- \_\_\_\_\_. **Resolução da Diretoria Colegiada - RDC n.º 06 de 18 de fevereiro de 2014**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- \_\_\_\_\_. **Cadernos HumanizaSUS: Saúde Mental**. 5º v. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
- \_\_\_\_\_. Lei n.º 13.146 de 06 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 06 jul. 2015-a.
- \_\_\_\_\_. **Perspectivas para a indústria farmacêutica brasileira, seus investimentos e suas pesquisas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015-a. Disponível em: [http://www.valor.com.br/sites/default/files/ministro\\_artur\\_chioro.pdf](http://www.valor.com.br/sites/default/files/ministro_artur_chioro.pdf). Acesso em 29. Jan. 2017.
- BRASIL. **Síntese de Indicadores Sociais: Uma Análise das Condições de Vida da População Brasileira**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, 2010.
- BRASIL. Conselho Nacional sobre Drogas – CONAD. **Resolução CONAD n.º 01/2015**. Brasília: Ministério da Justiça, 2015-b.
- CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. **Um método para análise e co-gestão de coletivos: a construção do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda**. São Paulo: Hucitec, 2000.
- CAMPOS, Gastão Wagner de Souza et al. A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. *Interface* [online]. Botucatu, v. 18, suppl. 1, pp. 983-95, 2014.
- CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. 7ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2012.
- CARVALHO, José Murilo de. **Cidadania no Brasil: O longo caminho**. 21ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2016.

- \_\_\_\_\_. Prefácio à sétima edição. *In.* LEAL, Victor Nunes. **Coronelismo, enxada e voto: o município e o regime representativo no Brasil**. 7 ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2012, pp. 9-19.
- CASTEL, Robert. **A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.
- \_\_\_\_\_. **A gestão dos riscos: Da antipsiquiatria à pós-psicanálise**. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves Editora Ltda., 1987.
- CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. EDITORIAL. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, n. 63, pp. 3-4, jan/abr 2003.
- CESARINO, Antônio Carlos. Hospital-dia “A Casa”: Conversando sobre dez anos de experiência. **SaudeLoucura** v. 1. São Paulo: Editora Hucitec, pp. 03-32, 1989.
- COLLARES, Cecília Azevedo Lima, MOYSÉS, Maria Aparecida Affonso. A Educação na Era dos Transtornos *In.* VIÉGAS, Lygia de Souza et al. (org.). **Medicalização da educação e da sociedade: ciência ou mito?** Salvador: EDUFBA, pp. 45-65, 2014.
- CONRAD, Peter. **Medicalization of Society: On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders**. Baltimore-EUA: The Johns Hopkins University Press, 2007.
- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas**. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2011.
- CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. Nota sobre a regulamentação das comunidades terapêuticas: contribuições do CFESS para o debate. Brasília, 2014. Disponível em: <https://drogasedireitoshumanos.org/tag/comunidades-terapeuticas/>. Acesso em 29 Nov. 2016.
- COOPER, David. **Psiquiatria e Antipsiquiatria**. São Paulo: Perspectiva, 1973.
- CORRÊA, Roberto Alexandre Quielli. Uma Experiência de Comunidade Terapêutica. **Arq. Bras. Psic. Apl.**, Rio de Janeiro, n.º 22, v. 2, pp. 68-83, abr./jun., 1970.
- CORREIA, Teresa et al. Consumo de psicofármacos pelos alunos do ensino superior *In.* **Promoção da Saúde e Atividade Física: Contributos para o desenvolvimento humano**. Vila Real: Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, 2010, pp. 607-619.
- COSTA, Maria Izabel Sanches. **Saúde Mental e os Novos Paradigmas de Cidadania e Inclusão Social na Sociedade Contemporânea**. Tese de doutorado não publicada. Faculdade de Saúde Pública, USP, São Paulo, 2016.
- COSTA-ROSA, Abílio. **Saúde Mental Comunitária: Análise dialética de um movimento alternativo**. Dissertação de mestrado não publicada, Instituto de Psicologia, USP, São Paulo, 1987.
- \_\_\_\_\_. Subjetividade e Uso de Drogas. *In.* CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA-SP. **Álcool e outras drogas**. São Paulo: CRPSP, pp. 75-90, 2012.
- \_\_\_\_\_. **Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica: Contribuições a uma Clínica Crítica dos processos de subjetivação na Saúde Coletiva**. São Paulo: UNESP, 2013.
- \_\_\_\_\_. Atenção psicossocial: rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva. *In.* Amarante P, coordenador. **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau; 2003. pp. 13-44.
- COUTO, Mia. Versos do prisioneiro (3). *IN*\_\_\_\_\_. **Poemas escolhidos**. São Paulo: Companhia das Letras, 2016, p. 52.

- CROCETTA, Tânia Brusque et al. Virtual and augmented reality technologies in Human Performance: a review. **Fisioterapia em Movimento**, Curitiba, v. 28, n. 4, pp. 823-835, 2015.
- DARDOT, Pierre, LAVAL, Christian. **A nova razão do mundo**: Ensaio sobre a sociedade neoliberal. São Paulo: Boitempo, 2016.
- DE LEONARDIS, Ota, MAURI, Diana, ROTELLI, Franco. Prevenir a prevenção. In. NICÁCIO, Fernanda (org.). **Desinstitucionalização**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2001, pp. 65-87.
- DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Parecer sobre a minuta de regulação no âmbito do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), as entidades que realizam o acolhimento de pessoas com problemas decorrentes do abuso ou dependência de substância psicoativa, denominadas ou não de comunidades terapêuticas**. São Paulo, 2014. Disponível em: <https://drogasedireitoshumanos.org/tag/comunidades-terapeuticas/>. Acesso em 29 Nov. 2016.
- DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Saúde Mental e Direitos Humanos: 10 Anos da Lei 10.216/2001. **Arq. bras. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 63, n. 2, p. 114-121, 2011.
- DESVIAT, Manuel. **A Reforma Psiquiátrica**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015.
- DEVERA, D., COSTA-ROSA, A. Marcos históricos da Reforma Psiquiátrica brasileira: transformações na legislação, na ideologia e na práxis. **Revista de Psicologia da UNESP**, v. 6, n. 1, 2007.
- DIMENSTEIN, Magda; SALES, André Luis; GALVÃO, Ellen, SEVERO, Ana Kalliny. **Estratégia da Atenção Psicossocial e participação da família no cuidado em saúde mental**. *Physis* [online]. 2010, vol.20, n.4, pp. 1209-1226. ISSN 0103-7331.
- DIPARTAMENTO DI SALUTE MENTALE DI TRIESTE - DSMT. **The mental health services guide**. Trieste: Confini Social Cooperative, 2004. Disponível em <http://www.triestesalutementale.it/english/archive.htm>, acesso em 26. Fev. 2017.
- DRUCK, Graça. Os Sindicatos, os Movimentos Sociais e o Governo Lula: Cooptação e Resistência. In CLACSO – Consjo Latinoamericano de Ciencias Sociales. **Observatório Social da América Latina**, ano VI, n.º 19, pp. 329-340, Argentina, 2006.
- DONNANGELO, Maria Cecília F.. Saúde e Sociedade. In , DONNANGELO, Maria Cecília F., PEREIRA, Luiz. **Saúde e Sociedade**. 2. ed. São Paulo: Duas Cidades, pp. 11-94, 1979.
- ECO, Umberto. **Seis passeios no bosque da ficção**. São Paulo: Companhia das Letras, 1994.
- \_\_\_\_\_. **Sobre a literatura**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Record, 2003.
- ELIAS, Norbert. **A Sociedade dos Indivíduos**. Rio de Janeiro: Zahar, 1994.
- ENGELS, Friedrich. **A Origem da Família, da Propriedade Privada e do Estado**. 17 ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2005.
- FALEIROS, Vicente de Paula *et al.* **A construção do SUS: Histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- FEIST, Jess, FEIST, Gregory, ROBERTS, Tomi-Ann. **Teorias da Personalidade**. 8. ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.
- FERNANDES, Florestan. **Mudanças sociais no Brasil**. 4 ed. São Paulo: Global, 2008.
- \_\_\_\_\_. **Marx, Engels, Lenin: a história em processo**. São Paulo: Expressão Popular, 2012.

- FLEMING, Manuela. **Ideologias e práticas psiquiátrica**. Coleção crítica e sociedade v 5. Editora Afrontamento: Porto – Portugal, 1976.
- FLEURY, Sonia. **Estado sem Cidadãos**: Seguridade Social na América Latina. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994.
- FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.
- \_\_\_\_\_. Practicing Criticism. *In. Politics, philosophy, culture*: interviews and other writings of Michel Foucault. Routledge: London, p. 152-156, 1990.
- \_\_\_\_\_. **Doença mental e psicologia**. 6ª ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2000.
- \_\_\_\_\_. **Vigiar e Punir**: História da violência nas prisões. 5 ed. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2008.
- \_\_\_\_\_. **História da Loucura na Idade Clássica**. 9 ed. São Paulo: Perspectiva, 2010-a.
- FRASER, Nancy. How feminism became capitalism's handmaiden - and how to reclaim it. **The Guardian** [online], International Edition, 14. Out. 2013. Disponível em <https://www.theguardian.com/commentisfree/2013/oct/14/feminism-capitalist-handmaiden-neoliberal>. Acesso em 30. Mai. 2017.
- \_\_\_\_\_. A eleição de Donald Trump e o fim do neoliberalismo progressista. **OperaMundi** [online], Análise, São Paulo, 21. Jan. 2017. Disponível em <http://operamundi.uol.com.br/conteudo/geral/46163/a+eleicao+de+douald+trump+e+o+fim+do+neoliberalismo+progressista.shtml>. Acesso em 05. Fev. 2017.
- FREESE, Luana et al. **Uso não terapêutico do metilfenidato**: uma revisão. Trends Psychiatry Psychother. [online]. 2012, vol.34, n.2, pp. 110-115. ISSN 2237-6089. <http://dx.doi.org/10.1590/S2237-60892012000200010>.
- FREUD, Sigmund. **O Caso de Schreber, Sobre a Psicanálise e Outros Trabalhos**. Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda., 1976.
- FURTADO, Luis Achilles Rodrigues. **Sua Majestade o Autista**: Fascínio, intolerância e exclusão no mundo contemporâneo. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará, 2011.
- GARCIA, Leon, KINOSHITA, Roberto Tykanori, MAXIMIANO, Vitore. Uma perspectiva social para o problema do crack no Brasil: implicações para as políticas públicas *In. Pesquisa Nacional Sobre o Uso de Crack*. Rio de Janeiro: Editora ICICT/FIOCRUZ, pp. 174-156, 2014.
- GARCIA, Marcos. A Mortalidade nos Manicômios da Região de Sorocaba e a Possibilidade da Investigação de Violações de Direitos Humanos no Campo da Saúde Mental por Meio do Acesso aos Bancos de Dados Públicos. *Psicologia Política*, São Paulo, vol 12, n.º 23, pp. 105-120, jan-abr, 2012.
- GIDDENS, Anthony. **Modernidade e identidade**. Rio de Janeiro: Zahar Editor, 2002.
- \_\_\_\_\_. **A Constituição da Sociedade**. 3 ed. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2009.
- GIOVANELLA, Ligia, AMARANTE, Paulo. O enfoque estratégico do planejamento em saúde mental. *In. AMARANTE, Paulo (org.). Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994.
- GOETHE, Johann Wolfgang. **Os sofrimentos do jovem Werther**. Porto Alegre: L&PM, 2010.
- GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 2010.
- \_\_\_\_\_. **Ritual de integração**: Ensaios sobre o comportamento face a face. 2ª ed. Petrópolis RJ: Editora Vozes, 2012.
- GONZÁLEZ, Letícia. **Foco no Agora**: A cura da depressão e da ansiedade pode estar no mindfulness. Não precisa de guru, basta estar presente. *SuperInteressante*, Ed. 365, São Paulo: Editora Abril, Set/2016.



- GUATTARI, Felix. **Micropolítica**: cartografias do desejo. ROLNIK, Suely (org.). 12<sup>a</sup> ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013.
- GUIVANT, Julia Silvia. O legado de Ulrich Beck. *Ambiente & Sociedade*, São Paulo, v. XIX, n. 1, jan.-mar., pp. 229-240, 2016.
- HAN, Byung-Chul. **Psicopolítica**. Barcelona: Herder Editorial, 2014.
- \_\_\_\_\_. **A Sociedade da Transparência**. Lisboa: Relógio D'Água Editores, 2014-a.
- \_\_\_\_\_. **Sociedade do cansaço**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2015.
- \_\_\_\_\_. **Agonia de Eros**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2017.
- \_\_\_\_\_. **Topologia da Violência**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2017-a.
- HABERMAS, Jürgen. **Direito e Democracia**: entre facticidade e validade, 2<sup>a</sup> ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2003.
- \_\_\_\_\_. **O Futuro da Natureza Humana**: A caminho de uma eugenia liberal? 2 ed. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2010.
- \_\_\_\_\_. **Sobre a constituição da Europa**: Um ensaio. São Paulo: Ed. Unesp, 2012.
- HOBBSAWM, Eric. **Era dos Extremos**: O breve século XX 1914-1991. 2<sup>a</sup> ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.
- \_\_\_\_\_. **Globalização, Democracia e Terrorismo**. São Paulo: Companhia das Letras, 2007.
- \_\_\_\_\_. **O novo século**: Entrevista a Antonio Polito. São Paulo: Companhia das Letras, 2009.
- HOLANDA, Sérgio Buarque de. **Raízes do Brasil**. 26 ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.
- HUSSERL, Edmund. **Investigações Lógicas – sexta investigação**: elementos de uma elucidação fenomenológica do conhecimento. São Paulo: Editora Nova Cultura, 2000.
- HUZLEY, Aldous. **Admirável mundo novo**. São Paulo: Globo, 2009.
- IANNI, A. M. Z. Entre o biológico e o social: um estudo sobre os Congressos Brasileiros de Epidemiologia 1990-2002. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 11, n. 1, p. 24-42, 2008.
- \_\_\_\_\_. Sobre a aplicabilidade da teoria de Ulrich Beck à realidade brasileira. *Estud. Sociol. Araquaquara*, v 15, n. 29, p. 471-490, 2010.
- \_\_\_\_\_. Questões Contemporâneas sobre Natureza e Cultura: notas sobre a Saúde Coletiva e a Sociologia no Brasil. *Saúde Soc.* São Paulo, v. 20, n. 1, p. 32-40, 2011.
- \_\_\_\_\_. **Mudanças Sociais Contemporâneas e Saúde**: Um estudo sobre teoria social e Saúde Pública no Brasil. Tese não-publicada apresentada para obtenção do título de Livre-Docente. Faculdade de Saúde Pública, USP, São Paulo, 2012.
- \_\_\_\_\_. A política posta em questão: o sucesso do 13<sup>o</sup> Congresso Paulista de Saúde Pública. *In. Saúde Soc.* São Paulo, v. 24, supl.1, pp. 1-6, 2015.
- IANNI, Octavio. O Jovem Radical. *In. Industrialização e Desenvolvimento Social no Brasil*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, pp. 159-79, 1963.
- \_\_\_\_\_. **Estado e Capitalismo**. 2 ed. São Paulo: Brasiliense, 1989.
- \_\_\_\_\_. As Ciências Sociais na época da Globalização. *In. Rev. Bras. Ci. Soc.*, v.13, n.37, pp. 33-41, São Paulo, jun. 1998.
- \_\_\_\_\_. **Capitalismo, violência e terrorismo**. Rio de Janeiro: Brasiliense, 2004.
- \_\_\_\_\_. **A sociologia e o mundo moderno**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2011-a.
- \_\_\_\_\_. **A era do globalismo**. 12 ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2014.
- ILLICH, Ivan. **A Expropriação da Saúde**: Nêmesis da Medicina. 3<sup>a</sup> ed. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1975.

- KANT, Immanuel. **Fundamentação da metafísica dos costumes**. Rio de Janeiro: Edições 70, 1991.
- KEHL, Maria Rita. **O tempo e o cão: a atualidade das depressões**. São Paulo: Boitempo, 2009.
- KINOSHITA, Roberto Tykanori. Contratualidade e Reabilitação Psicossocial. *In*. PITTA, Ana Maria F. (org). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. 4 ed. São Paulo: Hucitec, 2016, pp. 69-74.
- KRAMER, Peter. **Listening to Prozac: a psychiatrist explores antidepressant drugs and the remaking of the self**. New York: Penguin Books, 1993.
- LACAN, Jacques. **O Seminário livro 17: o avesso da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1992.
- \_\_\_\_\_. O simbólico, o imaginário e o real *In*. **Nomes-do-pai**. Rio de Janeiro: Zahar, pp. 9-53, 2005.
- LANCETTI, Antonio. **Clínica peripatética**. 8ª ed. São Paulo: Hucitec, 2013.
- \_\_\_\_\_. **Contrafissura e plasticidade psíquica**. São Paulo: Hucitec, 2015.
- LATOURETTE, Bruno. **Jamais fomos modernos**. Rio de Janeiro: Editora 34, 1994.
- \_\_\_\_\_. **Ciência em ação: como seguir cientistas e engenheiros sociedade afora**. 2 Ed. São Paulo: Ed. UNESP, 2011.
- LEÃO, Thiago Marques. **O poder normativo das comissões intergestores bipartite e a efetividade de suas normas: um estudo a partir da CIB-Bahia**. Dissertação não-publicada apresentada para obtenção do título de Mestre. Faculdade de Saúde Pública, USP, São Paulo, 2013.
- LEAL, Victor Nunes. **Coronelismo, enxada e voto: o município e o regime representativo no Brasil**. 7 ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2012.
- LIMA, Nísia Trindade, SANTANA, José Paranaguá de. APRESENTAÇÃO. *In*. LIMA, Nísia Trindade, SANTANA, José Paranaguá de (orgs.). **Saúde Coletiva como Compromisso: A Trajetória da Abrasco**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006, pp. 09-16.
- LIPOVETSKY, Gilles. **Os tempos hipermodernos**. São Paulo: Editora Barcarolla, 2004.
- \_\_\_\_\_. **A Sociedade Pós-Moralista: o crepúsculo do dever e a ética indolor dos novos tempos democráticos**. Barueri, SP: Manole, 2005.
- LIPOVETSKY, Gilles, SERROY, Jean. **A Estetização do Mundo: Viver na era do capitalismo artista**. São Paulo: Companhia das Letras, 2015.
- LUZ, Madel. **Natural, Racional, Social: Razão Médica e Racionalidade Científica Moderna**. Rio de Janeiro: Campus, 1988.
- LYOTARD, Jean-François. **A condição pós-moderna**. 12 ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 2009.
- MACHADO, Roberto. Introdução: Por uma genealogia do poder. *In*. FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.
- MARSHALL, Thomas Humphrey. **Cidadania, Classe Social e Status**. Rio Janeiro: Zahar Editores, 1967.
- MARTINS, Rita de Cássia Andrade. **Saúde Mental, Economia Solidária e Cooperativismo Social: Políticas públicas de reconhecimento e acesso ao trabalho (2004-2013)**. Tese apresentada para obtenção do título de Doutora. Universidade de Brasília/UnB, Brasília, 2014.
- MARTINS, José de Souza. **Do PT das lutas sociais ao PT do poder**. São Paulo: Contexto, 2016.
- MARX, Karl. **Manuscritos econômico-filosóficos**. São Paulo: Boitempo, 2010.

- \_\_\_\_. **O Capital: crítica da economia política**. Vol 1. São Paulo: Boitempo, 2013.
- MARX, Karl, ENGELS, Friedrich. **Manifesto Comunista**. São Paulo: Boitempo, 2010.
- MATEUS, Mario Diniz (org.). **Políticas de saúde mental**: baseado no curso *Políticas públicas de saúde mental*, do CAPS Luiz R. Cerqueira. São Paulo: Instituto de Saúde, 2013.
- MENDES, Aquilas Nogueira. **Tempos turbulentos na saúde**: impasses do financiamento no capitalismo financeirizado. São Paulo: Editora Hucitec, 2016.
- MINAYO, Ana Cecília de Souza. Perfil, Histórico e Outras Informações Sobre a Revista Ciência & Saúde Coletiva. In. LIMA, Nísia Trindade, SANTANA, José Paranguá de (orgs.). **Saúde Coletiva como Compromisso**: A Trajetória da Abrasco. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006, pp. 145-160.
- \_\_\_\_. O desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12 ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2010.
- MERHY, Emerson. **O ATO DE CUIDAR: a alma dos serviços de saúde?** Campinas: 1999. Disponível em <https://goo.gl/kf5xiv>. Acesso em set. 2017.
- \_\_\_\_. Os CAPS e seus trabalhadores: no olho do furacão antimanicomial. Alegria e alívio como dispositivos analisadores. In. MERHY, Emerson, AMARAL, Heloísa (orgs.). **A reforma psiquiátrica no cotidiano II**. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, pp. 13-19, pp. 55-66, 2007.
- \_\_\_\_. Saúde e Direitos: tensões de um SUS em disputa, molecularidades. In. **Saúde Soc.** São Paulo, v.21, n.2, p.267-279, 2012
- MNLA / Movimento Nacional da Luta Antimanicomial. **Relatório Final do 5º Encontro Nacional do Movimento da Luta Antimanicomial**. 2004. Disponível em [http://www.abrasme.org.br/conteudo/view?ID\\_CONTEUDO=642](http://www.abrasme.org.br/conteudo/view?ID_CONTEUDO=642). Acesso em 09. Dez. 2016.
- NICÁCIO, Fernanda. **Da instituição negada à instituição inventada**. In LANCETTI, Antonio (org.). SaudeLoucura v. 1. São Paulo: Editora Hucitec, pp. 91-108, 1989.
- NICÁCIO, Maria Fernanda; CAMPOS, Gastão Wagner. **A complexidade da atenção às situações de crise**: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de práticas inovadoras em saúde mental. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v.15, n.2. p. 71-81, maio/ago., 2004.
- NOBRE, Marcos. **Imobilismo em movimento**: da abertura democrática ao governo Dilma. São Paulo: Companhia das Letras, 2013.
- ONOCKO, Rosana, AMARAL, Márcia. Cândido Ferreira: experimentando uma mudança institucional. In. MERHY, Emerson Elias, ONOCKO, Rosana (orgs.). **Agir em Saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, pp. 353-371, 1997.
- OLIVEIRA, Francisco de. Hegemonia às avessas. In. OLIVEIRA, Francisco de, BRAGA, Ruy, RIZEK, Cibele (orgs.). **Hegemonia às avessas**: economia, política e cultura na era da servidão financeira. São Paulo: Boitempo, 2010, pp. 15-27.
- OLIVEIRA, Renata Marques de, FUREGATO, Antonia Regina Ferreira. **Um casal de idosos e sua longa convivência com quatro filhos esquizofrênicos**. *Rev. esc. enferm. USP*, Jun 2012, vol.46, no.3, p.618-625. ISSN 0080-6234.
- ORWELL, George. **1984**. São Paulo: Companhia das Letras, 2009.
- PAIM, Jairnilson. **Reforma Sanitária Brasileira**: Contribuição para a compreensão crítica. Salvador/ Rio de Janeiro: Edufba/ Fiocruz, 2008
- PASSOS, Izabel C. Frinche. **Reforma Psiquiátrica**: as experiências francesa e italiana. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

- PEREIRA, Erica Cristina, COSTA-ROSA, Abílio. Problematizando a Reforma Psiquiátrica na Atualidade: a saúde mental como campo da práxis. **Saúde Soc.** [online], v.21, n.4, p.1035-1043, 2012.
- PESSOA, Fernando. O Guardador de Rebanhos *In.* \_\_\_\_\_. **Poesia Completa de Alberto Caetano**. São Paulo: Companhia das Letras, 2005.
- \_\_\_\_\_. **Odes de Ricardo Reis**. Lisboa: Ática, 1994.
- PIOVESAN, Flavia. **Temas de Direitos Humanos**. 5ª ed. São Paulo: Saraiva, 2012.
- RENILA/ Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial. **Manifesto pela Luta Antimanicomial: em boa companhia**. 2004. Disponível em <http://osm.org.br/osm/sobre/>. Acesso em 09. Dez. 2016.
- RIBEIRO, Ana Cláudia de Araújo et al. **Resiliência no trabalho contemporâneo: promoção e/ou desgaste da saúde mental**. *Psicol. estud.* [online]. 2011, vol.16, n.4, pp. 623-633. ISSN 1413-7372.
- RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon. **Capitalismo e saúde no Brasil nos anos 90: as propostas do Banco Mundial e o desmonte do SUS**. São Paulo: Hucitec, 2012.
- RODRIGUES, Maria Aparecida P; FACCHINI, Luiz Augusto; LIMA, Maurício Silva de. Modificações nos padrões de consumo de psicofármacos em localidade do Sul do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 107-114, Fev. 2006. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102006000100017&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000100017&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 21 Nov. 2016.
- RONSON, Jon. **O Teste do Psicopata: Uma viagem pela indústria da loucura**. Rio de Janeiro: BestSeller, 2014.
- ROSA, João Guimarães. A Terceira Margem do Rio *In.* \_\_\_\_\_. **Primeiras Estórias**. 8 Ed. Rio de Janeiro: J. Olympio, pp. 31-7, 1975.
- \_\_\_\_\_. **Grande Sertão Veredas**. São Paulo: Nova Fronteira, 2005.
- ROSATO, Cassia Maria, CORREIA, Ludmila Cerqueira. **Caso Damião Ximenes Lopes: Mudanças e Desafios Após a Primeira Condenação do Brasil Pela Corte Interamericana de Direitos Humanos**. *SUR revista internacional de direitos humanos*, dez 2011, v. 8, n.º 15, pp. 93-113.
- ROSE, Nikolas. **Inventando nossos selfs: Psicologia, poder e subjetividade**. Petrópolis-RS: Editora Vozes, 2011.
- \_\_\_\_\_. **A Política da Própria Vida: biomedicine, poder e subjetividade no século XXI**. São Paulo: Paulus, 2013.
- ROSEMBERG, Charles E. **The Tyranny of Diagnosis: Specific Entities and Individual Experience**. *The Milbank Quarterly*, v. 80, n.2, ppp. 237-260, 2002.
- \_\_\_\_\_. **Contested Boundaries: psychiatry, disease, and diagnosis**. *Perspectives in Biology and Medicine*, v. 49, n. 3, pp. 407-24, 2006.
- \_\_\_\_\_. **Our Present Complaint: American Medicine, Then and Now**. Baltimore/Maryland: The John Hopkins University Press, 2007.
- ROSENHAM, David. **On Being Sane in Insane Places**. *Science* [online], v. 179, pp. 250-258, Jan/1973.
- ROTELLI, Franco. Superando o manicômio: o circuito de Trieste. *In.* AMARANTE, Paulo (org.). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994.
- \_\_\_\_\_. Empresa social: construindo sujeitos e direitos. *In.* AMARANTE, Paulo (org.). **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade**. Rio de Janeiro: Fiocruz, pp. 301-6, 2000.
- \_\_\_\_\_. A instituição inventada. *In.* NICÁCIO, Fernanda (org.). **Desinstitucionalização**. 2 ed. São Paulo: Editora Hucitec, pp. 89-100, 2001.

- ROTELLI, Franco, DE LEONARDIS, Ota, MAURI, Diana. Desinstitucionalização, uma outra via: A Reforma Psiquiátrica Italiana no Contexto da Europa Ocidental e dos “Países Avançados”. In. NICÁCIO, Fernanda (org.). **Desinstitucionalização**. 2 ed. São Paulo: Editora Hucitec, pp. 17-58, 2001.
- ROUDINESCO, Elisabeth, PLON, Michel. **Dicionário de Psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998.
- ROWLING, J. K. **Harry Potter e a Câmara Secreta**. Rio de Janeiro: Rocco, 2016.
- SANTOS, Boaventura de Sousa. Da ciência moderna ao novo senso comum. In \_\_\_\_\_. **A crítica da razão indolente: Contra o desperdício da experiência**. 7 ed. São Paulo: Cortez, pp. 55-117, 2009.
- SAFATLE, Vladimir. **Fetichismo: Colonizar o Outro**. 2 ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2015.
- SALECL, Renata. **Sobre a ansiedade**. São Leopoldo-RS: Editora Unisinos, 2005.
- \_\_\_\_\_. **Sobre a felicidade: ansiedade e consumo na era do hipercapitalismo**. 2 ed. São Paulo: Alameda, 2012.
- SANDEL, Michael J. **Contra a perfeição: Ética na era da engenharia genética**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2013.
- SARACENO, Benedetto. Reabilitação Psicossocial: Uma Estratégia para a Passagem do Milênio. In. PITTA, Ana Maria F. (org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. 4 ed. São Paulo: Hucitec, pp. 19-26, 2016.
- SARTRE, Jean-Paul. O Existencialismo é um Humanismo. GUEDES, Rita Correia Trad. de SARTRE, Jean-Paul. **L’Existentialisme est un Humanisme**. Paris: Les Éditions Nagel, 1970.
- SCARCELLI, Ianni. **O movimento antimanicomial e a rede substitutiva em saúde mental: a experiência do município de São Paulo 1989-1992**. São Paulo: Universidade de São Paulo, 1998.
- SCHWARS, Roberto. **Ao vencedor as batatas: forma literária e processo social no início do romance brasileiro**. São Paulo: Duas Cidades; Editora 34, 2012.
- SILVA Jr., Nelson da, BEER, Paulo. **Discurso da ciência, discurso do capitalista: interpretação do neoliberalismo a partir de Lacan**. *Cult*, n. 8, Edição Especial, São Paulo, pp. 18-21, 2017.
- SILVEIRA, Rodrigo da Rosa; LEJDERMAN, Betina; FERREIRA, Pedro Eugênio Mazzucchi Santana; ROCHA, Gibsi Maria Possapp da. Padrões do uso não médico de metilfenidato em estudantes do 5º e do 6º ano de uma faculdade de medicina do Brasil. *Trends Psychiatry Psychother*. [online]. 2014, vol.36, n.2, pp. 101-106. Epub June 11, 2014.
- SIMMEL, Georg. **Fidelidade e gratidão e outros textos**. Lisboa: Relógio D’Água Editores, 2004.
- SOUZA, Helton Saragor de, MENDES, Áquilas Nogueira. A terceirização e o "desmonte" do emprego estável em hospitais. **Rev. esc. enferm. USP** [online], vol.50, n.2, pp.286-294, 2016.
- SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. **Notícias STF**. Brasília, 2011. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=178931>>. Acesso em: 16 jul. 2013.
- TENÓRIO, Fernando. **A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.
- \_\_\_\_\_. **A Reforma Psiquiátrica Brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos**. *História, Ciências, Saúde*. Manguinhos, Rio de Janeiro, vol. 9(1): 25-59, jan.-abr. 2002.

- TENÓRIO, Fernando, ROCHA, Eduardo de Carvalho. A psicopatologia como elemento da atenção psicossocial. In. ALBERTI, Sonia, FIGUEIREDO, Cristina (orgs.). **Psicanálise e saúde mental: uma aposta**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2006, pp. 55-72.
- VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira**. São Paulo: Hucitec, 2010.
- \_\_\_\_\_. Impasses políticos atuais do Movimento Nacional de Luta Antimanicomial (MNLA) e propostas de enfrentamento: se não nos transformarmos, o risco é a fragmentação e a dispersão política! *Cad. Bras. Saúde Mental*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 8, p. 57-67, jan./jun. 2012.
- \_\_\_\_\_. **Reforma Psiquiátrica, tempos sombrios e resistência: Diálogos com o marxismo e o serviço social**. Campinas: Papel Social, 2016.
- \_\_\_\_\_. **Abordagens Psicossociais v. II**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2016-a.
- VIANNA, Luiz Weeneck. **Esquerda brasileira e tradição republicana: Estudos de conjuntura sobre a era FHC-Lula**. Rio de Janeiro: Revan, 2006.
- \_\_\_\_\_. **A modernização sem o moderno: análises de conjuntura na era Lula**. Brasília: Fundação Astrojildo Pereira (coedição). Rio de Janeiro: Contraponto, 2011.
- VIÉGAS, Lygia de Souza et al. (org.). Apresentação in. **Medicalização da educação e da sociedade: ciência ou mito?** Salvador: EDUFBA, pp. 9-16, 2014.
- WEBER, Max. *Ciência e Política: duas vocações*. 11. Ed. São Paulo: Cultrix, 1999.
- WHITAKER, Robert. **Anatomy of an Epidemic: Magic Bullets, Psychiatric Drugs, and the Astonishing Rise of Mental Illness in America**. New York-USA: Broadway Books, 2010.
- WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Primary prevention of mental, neurological and psychosocial disorders**.
- WOLFF, Francis. **Nossa Humanidade: De Aristóteles às neurociências**. São Paulo: Editora Unesp, 2012.
- YASUI, Silvio. CAPS: aprendendo a perguntar. In LANCETTI, Antonio (org.). *SaudeLoucura v. 1*. São Paulo: Editora Hucitec, pp. 47-59, 1989.
- \_\_\_\_\_. O estranho vizinho: reflexões sobre cidadania e loucura. **Revista de Psicologia da UNESP**, v. 7, n. 1, p. 152-168, 2008.
- \_\_\_\_\_. Entre o cárcere e a liberdade: apostas na produção cotidiana de modos diferentes de cuidar. **Polis e Psique**, vol. 2, Número temático, pp. 5-15, 2012.
- ŽIŽEK, Slavoj. Como Marx Inventou o Sintoma In. \_\_\_\_\_. (org.) **Um Mapa da Ideologia**. Rio de Janeiro: Contraponto, pp. 297-331, 1996.
- \_\_\_\_\_. **Bem-Vindo ao Deserto do Real!**. São Paulo: Boitempo, 2003.
- \_\_\_\_\_. **The Pervert's Guide to Cinema**. Direção: Sophie Fiennes. 150 min. Reino Unido: Mischief Films/ Amoeba Film, 2006. Documentário.
- \_\_\_\_\_. **A visão em paralaxe**. São Paulo: Boitempo, 2008.
- \_\_\_\_\_. **Como ler Lacan**. Rio de Janeiro: Zahar, 2010.
- \_\_\_\_\_. **Primeiro como tragédia, depois como farsa**. São Paulo: Boitempo, 2011.
- \_\_\_\_\_. **Vivendo no fim dos tempos**. São Paulo: Boitempo, 2012.
- \_\_\_\_\_. A disciplina entre duas liberdades – Loucura e hábito no idealismo alemão. In. GABRIEL, Markus, ŽIŽEK, Slavoj. **Mitologia, Loucura e Riso: A subjetividade no idealismo alemão**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2012-a.
- \_\_\_\_\_. **O ano em que sonhamos perigosamente**. São Paulo: Boitempo, 2012-b.
- \_\_\_\_\_. **Alguém disse totalitarismo? : cinco intervenções no (mau) uso de uma noção**. São Paulo: Boitempo, 2013.

- \_\_\_ . **Problemas no paraíso:** do fim da história ao fim do capitalismo. Rio de Janeiro: Zahar, 2015.
- \_\_\_ . **Acontecimento:** Uma viagem filosófica através de um conceito. Rio de Janeiro: Zahar, 2017.

## APÊNDICE 01

### APÊNDICE 01 – Lista de publicações *Saúde em Debate e Ciência & Saúde Coletiva*

Ano	<i>Publicações Saúde em Debate</i>	<i>Publicações Ciência &amp; Saúde Coletiva</i>
1976	LOUREIRO, Stela Maris Garcia et al. Formação de Psiquiatras em um Hospital Universitário. <b>Saúde em Debate</b> , Rio de Janeiro, n. 01, pp. 51-56, out/nov/dez 1976.	
1977	FLEURY, Sonia Maria. O psicólogo na clínica. <b>Saúde em Debate</b> , Rio de Janeiro, n. 3, pp. 23-30, abr/mai/jun 1977. SILVA FILHO, João Ferreira da. O processo de formação de psiquiatras em uma instituição universitária. <i>Saúde em Debate</i> , Rio de Janeiro, n. 4, pp. 24-28, jul/ago/set 1977.	
1978	COMISSÃO DA ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA DA BAHIA. Memorial da Associação Psiquiátrica da Bahia. <b>Saúde em Debate</b> , Rio de Janeiro, n. 6, pp. 32-35, jan/fev/mar 1978. ALMEIDA FILHO, Naomar. Classe social, necessidades de cuidado médico-psiquiátrico e cobertura assistencial da população em Amaralina – Salvador/BA. <b>Saúde em Debate</b> , Rio de Janeiro, n. 6, pp. 57-61, jan/fev/mar 1978. CORDEIRO, Eliane Gonçalves et al. Caracterização de alguns problemas psico-sociais verificados na demanda infantil da saúde mental. <b>Saúde em Debate</b> , Rio de Janeiro, n. 7/8, pp. 55-60, abr/jun 1978.	
1980	LIMA, José Carlos de Souza et al. A psiquiatria no âmbito da previdência social. <b>Saúde em Debate</b> , Rio de Janeiro, n. 10, pp. 44-48, abr/maio/jun 1980. LIMA, José Carlos de Souza et al. Condições de Assistência ao Doente Mental. <b>Saúde em Debate</b> , Rio de Janeiro, n. 10, pp. 49-55, abr/mai/jun 1980-a. COSTA, Jurandir Freire. Saúde Mental, produto da educação? <b>Saúde em Debate</b> , Rio de Janeiro, n. 11, pp. 59-66, 1980.	
1981	BIRMAN, Joel. A identidade do Psiquiatra. <b>Saúde em Debate</b> , Rio de Janeiro, n. 13, pp. 62-71, 1981.	
1988	BUSS, Paulo Marchiori. Resenha do livro <i>Saúde Mental e Cidadania</i> de Marsiglia et al. <b>Saúde em Debate</b> , Rio de Janeiro, n. 21, p. 62, jun/1988.	
1990	AMARANTE, Paulo. Resenha do livro <i>Desinstitucionalização</i> de Franco Rotelli. <b>Saúde em Debate</b> , Rio de Janeiro, n. 29, pp. 77-80, jun/1990	
1992	SIMÕES, Luzinete. Sobre algumas relações possíveis entre alienação e desordem mental: as contribuições de Karl Marx e Michel Foucault. <b>Saúde em Debate</b> , Rio de Janeiro, n. 34, pp. 25-32, abr/1992.	



	<p>CAMPOS, Florianita Coelho Braga. Considerações sobre o movimento de reforma dos serviços de saúde mental. <b>Saúde em Debate</b>, Rio de Janeiro, n. 35, pp. 77-9, jul/1992.</p> <p>DELGADO, Pedro. Reforma Psiquiátrica e Cidadania: O debate legislativo. <b>Saúde em Debate</b>, Rio de Janeiro, n. 35, pp. 80-4, jul/1992.</p> <p>PITTA, Ana Maria Fernandes, DALLARI, Sueli Gandolfi. A cidadania dos doentes mentais no sistema de saúde do Brasil. <b>Saúde em Debate</b>, Rio de Janeiro, n. 36, pp. 19-23, out/1992.</p> <p>PEDUZZI, Marina. Capacitação de pessoal auxiliar em saúde mental: Reflexões a partir da experiência de um Centro de Saúde Escola. <b>Saúde em Debate</b>, Rio de Janeiro, n. 36, pp. 66-72, out/1992.</p> <p>AMARANTE, Paulo. Novos tempos em saúde mental. <b>Saúde em Debate</b>, Rio de Janeiro, n. 37, p. 04, dez/1992.</p> <p>QUINTO NETO, Antonio. A Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul: Do Direito ao Tratamento aos Direitos de Cidadania do Doente Mental. <b>Saúde em Debate</b>, Rio de Janeiro, n. 37, p. 05-10, dez/1992.</p> <p>PADRÃO, Messias Ligouri. O Estatuto do Doente Mental. <b>Saúde em Debate</b>, Rio de Janeiro, n. 37, p. 11-15, dez/1992.</p>	
1993	<p>BARROS, Denise Dias. Desinstitucionalização: Cidadania versus violência institucional. <b>Saúde em Debate</b>, Rio de Janeiro, n. 40, p. 68-76, set/1993.</p> <p>SANT'ANNA, Otávio Câmara. Projeto de lei proíbe internação de alcoolismo em hospital psiquiátrico. <b>Saúde em Debate</b>, Rio de Janeiro, n. 40, p. 77-80, set/1993.</p>	
1994	<p>AMARANTE, Paulo. Algumas reflexões sobre ética, cidadania e desinstitucionalização na Reforma Psiquiátrica. <b>Saúde em Debate</b>, Rio de Janeiro, n. 45, p. 43-46, dez/1994.</p>	
1996	<p>LIMA, Inerene. Resenha "Focalizando a saúde mental". <b>Saúde em Debate</b>, Rio de Janeiro, n. 49, p. 114, mar/1996.</p> <p>AMARANTE, Paulo, CARVALHO, Andrea da Luz. Avaliação de qualidade dos serviços de saúde mental; em busca de novos parâmetros. <b>Saúde em Debate</b>, Rio de Janeiro, n. 52, pp. 74-82, set/1996.</p>	
1999	<p>FEFFERMANN, Marisa. Resenha "Fim do século: ainda manicômios?". <b>Saúde em Debate</b>, Rio de Janeiro, n. 53, pp. 95-98, set-dez/1999.</p>	
2000	<p>JACOBINA, Reinaldo Ribeiro. O manicômio e os movimentos de reforma psiquiátrica: do alienismo à psiquiatria democrática. <b>Saúde em Debate</b>, Rio de Janeiro, n. 54, v. 2, pp. 90-104, jan/abril 2000.</p>	<p>MENEGHEL, Stela et al. Cotidiano violento: oficinas de promoção em saúde mental em Porto Alegre. <b>Ciênc. saúde coletiva</b> [online]. vol.5, n.1, pp. 193-203, 2000.</p> <p>ALMEIDA FILHO, Naomar, AMARANTE, Paulo. Entrevista com Naomar de Almeida Filho, por Paulo Amarante. <b>Ciênc. saúde coletiva</b>, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 413-418, 2000.</p>

2001	<p>COUTINHO, Evandro, SILVA, João Paulo Lira da, AMARANTE, Paulo. Os hospitais psiquiátricos na cidade do Rio de Janeiro: institucionalização agregada e doença mental. <b>Saúde em Debate</b>, Rio de Janeiro, n. 57, pp. 71-77, jan/abril 2001.</p> <p>Diretoria Nacional. Editorial. <b>Saúde em Debate</b>, Rio de Janeiro, n. 58, p. 03, maio/agosto 2001.</p> <p>GUIMARAES, Jocileide et al. Desinstitucionalização em saúde mental: considerações sobre o paradigma emergente. <b>Saúde em Debate</b>, Rio de Janeiro, n. 58, pp. 05-11, maio/agosto 2001.</p> <p>COSTA-ROSA, Abílio, LUZIO, Cristina Amélia, YASUI, Silvio. As conferências nacionais de saúde mental e as premissas do modo psicossocial. <b>Saúde em Debate</b>, Rio de Janeiro, n. 58, pp. 12-25, maio/agosto 2001.</p> <p>AMARANTE, Paulo, TORRE, Eduardo. A constituição de novas práticas no campo da Atenção Psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica no Brasil. <b>Saúde em Debate</b>, Rio de Janeiro, n. 58, pp. 26-34, maio/agosto 2001.</p> <p>ALMEIDA, Patty Fidelis, ESCOREL, Sarah. Da avaliação em saúde à avaliação em Saúde Mental: gênese, aproximações teóricas e questões atuais. <b>Saúde em Debate</b>, Rio de Janeiro, n. 58, pp. 35-47, maio/agosto 2001.</p> <p>CARVALHO, Mirian de. Ambiente construído e comportamento espacial na instituição psiquiátrica: questões éticas em observação participante. <b>Saúde em Debate</b>, Rio de Janeiro, n. 58, pp. 48-56, maio/agosto 2001.</p> <p>BARROS, Regina Benevides de, JOSEPHSON, Silvia. Lares abrigados: dispositivo clínico-político no impasse da relação com a cidade. <b>Saúde em Debate</b>, Rio de Janeiro, n. 58, pp. 57-69, maio/agosto 2001.</p> <p>DANESE, Maria, FUREGATA, Antonia. O usuário de psicofármacos num programa de saúde da família. <b>Saúde em Debate</b>, Rio de Janeiro, n. 58, pp. 70-76, maio/agosto 2001.</p> <p>WETZEL, Christiane, ALMEIDA, Maria Cecilia de. A construção da diferença na assistência em saúde mental no município: a experiência de São Lourenço do Sul - RS. <b>Saúde em Debate</b>, Rio de Janeiro, n. 58, pp. 77-87, maio/agosto 2001.</p> <p>SOUZA, Rozemere Cardoso de, SCATENA, Maria Cecilia Moraes. Qualidade de vida de pessoas egressas de instituições psiquiátricas: o caso de Ilheus - BA. <b>Saúde em Debate</b>, Rio de Janeiro, n. 58, pp. 88-97, maio/agosto 2001.</p> <p>ONOCKO-CAMPOS, Rosana. Clínica: a palavra negada: sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de saúde mental. <b>Saúde em Debate</b>, Rio de Janeiro, n. 58, pp. 98-111, maio/agosto 2001.</p>	<p>MINAYO, Maria Cecília de Souza. EDITORIAL. <b>Ciênc. saúde coletiva</b>. Rio de Janeiro, vol.6 no.1, p. 4, 2001.</p> <p>TORRE, Eduardo Henrique Guimarães, AMARANTE, Paulo. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. <b>Ciênc. saúde coletiva</b> [online]. vol.6, n.1, pp. 73-85, 2001.</p> <p>GUIMARAES, Jacileide and MEDEIROS, Soraya Maria de. Contribuição ao ensino de saúde mental sob o signo da desinstitucionalização. <b>Ciênc. saúde coletiva</b> [online], vol.6, n.1, pp. 97-104, 2001.</p> <p>GONCALVES, Sylvia et al. Avaliação das limitações no comportamento social em pacientes psiquiátricos de longa permanência. <b>Ciênc. saúde coletiva</b> [online], vol.6, n.1, pp. 105-113, 2001.</p> <p>CAVALCANTE, Fátima. <u>Família</u>, subjetividade e linguagem: gramáticas da criança "<u>anormal</u>". <b>Ciênc. saúde coletiva</b> [online], vol.6, n.1, pp. 125-137, 2001.</p> <p>VERTHEIN, Marilene Affonso Romualdo, GOMEZ, Carlos Minayo. As armadilhas: bases discursivas da <u>neuropsiquiatria</u> das LER . <b>Ciênc. saúde coletiva</b> [online], vol.6, n.2, pp. 457-470, 2001.</p> <p>BREDA, Mércia Zeviani, AUGUSTO, Lia Giraldo da Silva. O <u>cuidado</u> ao portador de transtorno psíquico na atenção básica de saúde. <b>Ciênc. saúde coletiva</b> [online], vol.6, n.2, pp.471-480. 2001.</p>
------	--	--

	<p>BARROS, Denise Dias. Concepções Negro-africanas e psiquiatria europeia: Notas sobre o processo na África do Oeste. <b>Saúde em Debate</b>, Rio de Janeiro, n. 59, pp. 73-84, set./dez. 2001.</p> <p>PEGORARO, Fabiana; OGATA, Márcia Niituma. O Imaginário de Comerciantes de um Município Paulista sobre os Pacientes de um Hospital Psiquiátrico. <b>Saúde em Debate</b>, Rio de Janeiro, n. 59, pp. 85-94, set./dez. 2001.</p> <p>MIRANDA, Alcides Silva da. III Conferência Nacional de Saúde Mental: CEBES presente. <b>Saúde em Debate</b>, Rio de Janeiro, n. 59, p. 95, set./dez. 2001.</p>	
2002	<p>BEAKLINI, Marita, ESCOREL, Sarah. Proteção Social na Reestruturação da Assistência em Saúde Mental: "Há um Cais do Porto para quem precisa chegar...". <b>Saúde em Debate</b>, Rio de Janeiro, n. 60, pp. 95, jan./abr. 2002.</p>	<p>MEDEIROS, Soraya Maria de, GUIMARAES, Jacileide. Cidadania e saúde mental no Brasil: contribuição ao debate. <b>Ciênc. saúde coletiva</b> [online], vol.7, n.3, pp.571-579, 2002.</p>
2003	<p>DYTZ, Jane Lynn, LIMA, Maria da Glória, ROCHA, Semiramis Melani Melo. O Modo de Vida e a Saúde Mental de Mulheres de Baixa Renda. <b>Saúde em Debate</b>, Rio de Janeiro, n. 63, pp. 15-24, jan./abr. 2003.</p> <p>BRÊDA, Mércia Zeviani, AUGUSTO, Lia Giraldo da Silva. O cuidado ao portador de transtorno psíquico na Atenção Básica à Saúde. <b>Saúde em Debate</b>, Rio de Janeiro, n. 63, pp. 25-35, jan./abr. 2003.</p>	<p>CAMPOS, Célia Maria Sivalli, SOARES, Cássia Baldini. A produção de serviços de saúde mental: a concepção de trabalhadores. <b>Ciênc. saúde coletiva</b> [online], vol.8, n.32 pp. 621-8, 2003.</p>
2004	<p>ROSA, Lucia Cristina dos Santos. O cotidiano, as tensões e as repercussões do provimento de cuidado doméstico ao portador de transtorno mental. <b>Saúde em Debate</b>, Rio de Janeiro, n. 66, pp. 28-37, jan./abr. 2004.</p> <p>FREITAS, Fernando. Norma e Saúde Mental: do relativismo da doença mental às condições universais de interação. <b>Saúde em Debate</b>, Rio de Janeiro, n. 68, pp. 220-232, set./dez. 2004.</p> <p>SCHNEIDER, Jacó Fernando et al. Saúde Mental, o paciente cirúrgico e sua família. <b>Saúde em Debate</b>, Rio de Janeiro, n. 68, pp. 233-242, set./dez. 2004.</p>	<p>BRANT, Luiz Carlos, MINAYO-GOMEZ, Carlos. A transformação do sofrimento em adoecimento: do nascimento da clínica à psicodinâmica do trabalho. <b>Ciênc. saúde coletiva</b> [online], vol.9, n.1, p.213-223, 2004.</p> <p>MACHADO, Ana Lúcia. Reforma psiquiátrica e mídia: representações sociais na Folha de S. Paulo. <b>Ciênc. saúde coletiva</b>, vol.9, n.2, p.483-491, Jun. 2004.</p>
2005	<p>REINALDO, Amanda, WETZEL, Chritiane, KANTORSKI, Luciane Prado. A inserção da família na assistência em saúde mental. <b>Saúde em Debate</b>, Rio de Janeiro n. 69, pp. 5-16, jan/abr 2005.</p> <p>MEDEIROS, Andréa dos Santos Silva. Exclusão social e abandono do louco infrator. <b>Saúde em Debate</b>, Rio de Janeiro n. 69, pp. 17-26, jan/abr 2005.</p> <p>VIANNA, Paula Cambraia de, BARROS, Sônia. O papel das políticas sociais frente à reestruturação do modelo assistencial em saúde mental. <b>Saúde em Debate</b>, Rio de Janeiro, n. 69, pp. 27-35, jan/abr 2005.</p> <p>PITIÁ, Ana Celeste de Araújo. O resgate da cidadania: o acompanhamento terapêutico e o</p>	<p>OLIVEIRA, Alice Guimarães Bottaro de, ALESSI, Neiry Primo. Cidadania: instrumento e finalidade do processo de trabalho na reforma psiquiátrica. <b>Ciênc. saúde coletiva</b> [online], vol.10, n.1, pp.191-203, 2005.</p> <p>JUCA, Vlândia Jamile dos Santos. A multivocalidade da cura na saúde mental: uma análise do discurso psiquiátrico. <b>Ciênc. saúde coletiva</b> [online], vol.10, n.3, pp.771-779, 2005.</p> <p>SATO, Leny e BERNARDO, Márcia Hspanhol. Saúde mental e trabalho: os problemas que persistem. <b>Ciênc. saúde coletiva</b> [online], vol.10, n.4, pp.869-878, 2005.</p>

	<p>aspecto da reabilitação psicossocial. <b>Saúde em Debate</b>, Rio de Janeiro, n. 70, pp. 179-185, maio/ago 2005.</p> <p>CARNEIRO, Maria da Glória Oliveira, QUEIROZ, Maria Veraci Oliveira, JORGE, Maria Salete Bessa. Motivos e influências do uso de benzodiazepínicos em mulheres: estudo realizado em um CAPS no interior do Ceará. <b>Saúde em Debate</b>, Rio de Janeiro, n. 70, pp. 210-220, maio/ago 2005.</p>	
2006		<p>GARCIA, Maria Lúcia Pinheiro e JORGE, Maria Salete Bessa. Vivência de trabalhadores de um centro de atenção psicossocial: estudo à luz do pensamento de Martin Heidegger e Hans-Georg Gadamer. <b>Ciênc. saúde coletiva</b> [online], vol.11, n.3, pp.765-774, 2006</p> <p>CARDOSO, Cassandra e SEMINOTTI, Nedio. O grupo psicoterapêutico no Caps. <b>Ciênc. saúde coletiva</b> [online], vol.11, n.3, pp.775-783, 2006.</p> <p>FURTADO, Juarez Pereira. Avaliação da situação atual dos Serviços Residenciais Terapêuticos no SUS. <b>Ciênc. saúde coletiva</b> [online], vol.11, n.3, pp.785-795, 2006.</p>
2007		<p>LUCHMANN, Lígia Helena Hahn, RODRIGUES, Jefferson. O movimento antimanicomial no Brasil. <b>Ciênc. saúde coletiva</b> [online], vol.12, n.2, pp.399-407, 2007.</p> <p>GUIMARAES, Jacileide e SAEKI, Toyoko. Sobre o tempo da loucura em Nise da Silveira. <b>Ciênc. saúde coletiva</b> [online], vol.12, n.2, pp.531-538, 2007.</p> <p>SELAIMEN, Caio et al. Avaliação da depressão e de testes neuropsicológicos em pacientes com distúrbios temporomandibulares. <b>Ciênc. saúde coletiva</b> [online], vol.12, n.6, pp.1629-39, 2007.</p>
2008	<p>CEBES - DIRETORIA NACIONAL. Editorial. <b>Saúde em Debate</b>, Rio de Janeiro, n. 78/79/80, p. 3, jan/dez 2008.</p> <p>AMARANTE, Paulo. Apresentação. <b>Saúde em Debate</b>, Rio de Janeiro, n. 78/79/80, pp. 5-6, jan/dez 2008.</p> <p>HIRDES, Alice. Reforma psiquiátrica e reabilitação psicossocial: uma leitura a partir do materialismo dialético. <b>Saúde em Debate</b>, Rio de Janeiro, n. 78/79/80, pp. 9-17, jan/dez 2008.</p> <p>FERREIRA NETO, João Leite. Psicologia e Saúde Mental: três momentos de uma história. <b>Saúde em Debate</b>, Rio de Janeiro, n. 78/79/80, pp. 18-26, jan/dez 2008.</p> <p>COSTA-ROSA, Abílio, YASUI, Silvio. A Estratégia Atenção Psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental. <b>Saúde em Debate</b>, Rio de Janeiro, n. 78/79/80, pp. 27-37, jan/dez 2008.</p> <p>OLIVEIRA, Walter Ferreira. Algumas reflexões</p>	

sobre as bases conceituais da saúde mental e a formação do profissional de saúde mental no contexto da promoção da saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, n. 78/79/80, pp. 38-48, jan/dez 2008.

COUTO, Richard, ALBERTI, Sonia. Breve história da reforma psiquiátrica para uma melhor compreensão da questão atual. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, n. 78/79/80, pp. 49-59, jan/dez 2008.

REMMINGER, Tatiana. Saúde do trabalhador de saúde mental: uma revisão dos estudos brasileiros. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, n. 78/79/80, pp. 60-71, jan/dez 2008.

AQUINO, Ricardo, AQUINO, Thiago Ferreira, AQUINO, Rita. A escola livre de artes visuais do museu Bispo do Rosário Arte Contemporânea. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, n. 78/79/80, pp. 72-82, jan/dez 2008.

RIBEIRO, Alexandre Simões. Saúde mental e cultura: que cultura?. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, n. 78/79/80, pp. 83-91, jan/dez 2008.

COELHO, Myrna. A dimensão sociocultural da Reforma Psiquiátrica e Campanha Experimental Mu...dança. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, n. 78/79/80, pp. 92-8, jan/dez 2008.

QUINTAS, Renata Martins, AMARANTE, Paulo. A ação territorial do Centro de Atenção Psicossocial em sua natureza substitutiva. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, n. 78/79/80, pp. 99-107, jan/dez 2008.

REBELO, Ionara Vieira Moura, TAVARES, Rosana Carneiro. Homens-carrapatos e suas mulheres: relato de experiência em saúde mental na estratégia saúde da família. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, n. 78/79/80, pp. 133-142, jan/dez 2008.

FIGUEIREDO, Mariana Dorsa, ONOCKO-CAMPOS, Rosana. Saúde Mental e atenção básica à saúde: o apoio matricial na construção de uma rede multicêntrica. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, n. 78/79/80, pp. 143-149, jan/dez 2008.

JARDIM, Katia, DIMENSTEIN, Magda. A crise na rede: o SAMU no contexto da reforma psiquiátrica. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, n. 78/79/80, pp. 150-160, jan/dez 2008.

KEUSEN, Alexandre, CARVALHO, Andréa da Luz. A construção de um serviço de base territorial: a experiência do centro psiquiátrico Rio de Janeiro. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, n. 78/79/80, pp. 161-171, jan/dez 2008.

SANTOS-FILHO, Serafim Barbosa. Articulando planejamento e contratos de gestão na organização de serviços substitutivos de saúde mental: experiência do SUS em Belo Horizonte. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, n. 78/79/80, pp. 172-181, jan/dez 2008.

Comissão de Saúde Mental do CEBES. Saúde mental: condições de assistência ao doente mental.

	<p><b>Saúde em Debate</b>, Rio de Janeiro, n. 78/79/80, pp. 182-192, jan/dez 2008.</p> <p>CZERMAK, Sabira de Alencar. François Dagognet, por uma nova filosofia da doença. <b>Saúde em Debate</b>, Rio de Janeiro, n. 78/79/80, pp. 200-206, jan/dez 2008.</p>	
2009	<p>MORAIS, Maria de Lima Salum et al. Um estudo avaliativo das ações de saúde mental no Estado de São Paulo. <b>Saúde em Debate</b>, Rio de Janeiro, n. 81, pp. 112-128, jan/abr 2009.</p> <p>TAVARES, Rosana Carneiro, SOUSA, Sonia Margarida Gomes. Os Centros de Atenção Psicossocial e as possibilidades de inovação das práticas em Saúde Mental. <b>Saúde em Debate</b>, Rio de Janeiro, n. 82, pp. 252-263, maio/ago. 2009.</p> <p>CALIXTO, Roberta A.B., PEREZ, Maria Tereza, PARAVIDINI, João Luiz Leitão. O Trabalho de supervisão como dispositivo de transformação das práticas psicossociais em Saúde Mental. <b>Saúde em Debate</b>, Rio de Janeiro, n. 82, pp. 264-272, maio/ago. 2009.</p> <p>KANTORSKI, Lucieane Prado et. al. Uma proposta de avaliação qualitativa de serviços de saúde mental: contribuições metodológicas. <b>Saúde em Debate</b>, Rio de Janeiro, n. 82, pp. 273-282, maio/ago. 2009.</p> <p>LIBERATO, Mariana T.C., DIMENSTEIN, Magda. A dança como dispositivo no processo de Reforma Psiquiátrica. <b>Saúde em Debate</b>, Rio de Janeiro, n. 82, pp. 283-289, maio/ago. 2009.</p> <p>FRAZÃO, Iracema da Silva, ARCOVERDE, Ana Cristina Brito. Reinserção social pelo trabalho no campo da saúde mental: com a palavra, o usuário. <b>Saúde em Debate</b>, Rio de Janeiro, n. 82, pp. 290-297, maio/ago. 2009.</p> <p>SILVA, Martinho Braga Batista. Notas de uma pesquisa sobre redes de suporte social: a terapia comunitária no sistema municipal de saúde de Sobral, Ceará. <b>Saúde em Debate</b>, Rio de Janeiro, n. 82, pp. 298-307, maio/ago. 2009.</p> <p>SALLES, Mariana Moraes, BARROS, Sonia. Saúde Mental, cotidiano e religião. <b>Saúde em Debate</b>, Rio de Janeiro, n. 82, pp. 308-315, maio/ago. 2009.</p> <p>BORREL, Carme, ARTAZCOZ, Lucía. La relación entre el sexismo pecebido y la depresión. <b>Saúde em Debate</b>, Rio de Janeiro, n. 82, pp., maio/ago. 2009.</p> <p>CUFRE, Leticia. Una inquietante normalidad. <b>Saúde em Debate</b>, Rio de Janeiro, n. 82, pp. 326-335, maio/ago. 2009.</p> <p>PINHEIRO, Caliandra Machado, SANTOS, Nilma Lima dos, SANTOS, Josenaide Engrácia. Discursos coletivos sobre sofrimento psíquico em família em situação de vulnerabilidade. <b>Saúde em Debate</b>, Rio de Janeiro, n. 83, pp. 465-473, set/dez. 2009.</p> <p>CAMPOS, Ioneide de Oliveira, SAEKI, Toyoko. Programas de desinstitucionalização: estratégias</p>	<p>CAVALCANTE, Fátima Gonçalves; GOLDSON, Edward. EDITORIAL. <b>Ciênc. saúde coletiva</b>, v.14 n.1 Rio de Janeiro jan./fev. 2009.</p> <p>ORTEGA, Francisco. Deficiência, autismo e neurodiversidade. <b>Ciênc. saúde coletiva</b> [online], vol.14, n.1, pp.67-77, 2009.</p> <p>BASTOS, Olga Maria e DESLANDES, Suely Ferreira. Adolescer com deficiência mental: a ótica dos pais. <b>Ciênc. saúde coletiva</b> [online], vol.14, n.1, pp.79-87, 2009.</p> <p>CAPONI, Sandra. Michel Foucault e a persistência do poder psiquiátrico. <b>Ciênc. saúde coletiva</b> [online], vol.14, n.1, pp.95-103, 2009.</p> <p>LUZIO, Cristina Amélia e L'ABBATE, Solange. A atenção em Saúde Mental em municípios de pequeno e médio portes: ressonâncias da reforma psiquiátrica. <b>Ciênc. saúde coletiva</b> [online], vol.14, n.1, pp.105-116, 2009,.</p> <p>CONSOLI, Gelson Luiz; HIRDES, Alice e COSTA, Juvenal Soares Dias da. Saúde mental nos municípios do Alto Uruguai, RS, Brasil: um diagnóstico da reforma psiquiátrica. <b>Ciênc. saúde coletiva</b> [online], vol.14, n.1, pp.117-128, 209.</p> <p>FIGUEIREDO, Mariana Dorsa e CAMPOS, Rosana Onocko. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado?. <b>Ciênc. saúde coletiva</b> [online], vol.14, n.1, pp.129-138, 2009.</p> <p>SILVEIRA, Daniele Pinto da, VIEIRA, Ana Luiza Stiebler. Saúde mental e atenção básica em saúde: análise de uma experiência no nível local. <b>Ciênc. saúde coletiva</b> [online], vol.14, n.1, pp.139-148, 2009.</p> <p>SILVA, Martinho Braga Batista e. Reforma, responsabilidades e redes: sobre o cuidado em saúde mental. <b>Ciênc. saúde coletiva</b> [online], vol.14, n.1, pp.149-158, 2009.</p> <p>MIELKE, Fernanda Barreto et al. O cuidado em saúde mental no CAPS no entendimento dos profissionais. <b>Ciênc. saúde coletiva</b> [online], vol.14, n.1, pp.159-164, 2009.</p> <p>HIRDES, Alice. Autonomia e cidadania na reabilitação psicossocial: uma reflexão. <b>Ciênc. saúde coletiva</b> [online], vol.14, n.1, pp.165-171, 2009.</p> <p>JUCA, Vlândia Jamile dos Santos; NUNES, Mônica de Oliveira e BARRETO, Suely Galvão. Programa de Saúde da Família e Saúde Mental: impasses e desafios na</p>

	<p>das políticas de saúde mental. <b>Saúde em Debate</b>, Rio de Janeiro, n. 83, pp. 474-483, set/dez. 2009.</p>	<p>construção da rede. <b>Ciênc. saúde coletiva</b> [online], vol.14, n.1, pp.173-182, 2009.</p> <p>VECCHIA, Marcelo Dalla, MARTINS, Sueli Terezinha Ferrero Martin. Concepções dos cuidados em saúde mental por uma equipe de saúde da família, em perspectiva histórico-cultural. <b>Ciênc. saúde coletiva</b> [online], vol.14, n.1, pp.183-193, 2009.</p> <p>AMORIM, Ana Karenina de Melo Arraes e DIMENSTEIN, Magda. Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico. <b>Ciênc. saúde coletiva</b> [online], vol.14, n.1, pp.195-204, 2009.</p> <p>ESTELLITA-LINS, Carlos; OLIVEIRA, Verônica Miranda, COUTINHO, Maria Fernanda. Clínica ampliada em saúde mental: cuidar e suposição de saber no acompanhamento terapêutico. <b>Ciênc. saúde coletiva</b> [online], vol.14, n.1, pp.195-204, 2009.</p> <p>MENEZES, Mardônio e YASUI, Silvio. O psiquiatra na atenção psicossocial: entre o luto e a liberdade. <b>Ciênc. saúde coletiva</b> [online], vol.14, n.1, pp.217-226, 2009.</p> <p>BARROS, Márcia Maria Mont'Alverne de; CHAGAS, Maristela Inês Osawa e DIAS, Maria Socorro de Araújo. Saberes e práticas do agente comunitário de saúde no universo do transtorno mental. <b>Ciênc. saúde coletiva</b> [online], vol.14, n.1, pp.227-232, 2009.</p> <p>LEMOS, Patrícia Mendes e CAVALCANTE JUNIOR, Francisco Silva. Psicologia de orientação positiva: uma proposta de intervenção no trabalho com grupos em saúde mental. <b>Ciênc. saúde coletiva</b> [online], vol.14, n.1, pp.233-242, 2009.</p> <p>ADAMOLI, Angélica Nickel, AZEVEDO, Mario Renato. Padrões de atividade física de pessoas com transtornos mentais e de comportamento. <b>Ciênc. saúde coletiva</b> [online], vol.14, n.1, pp.243-251, 2009.</p> <p>SIQUEIRA, Gisela Rocha de et al. Análise da sintomatologia depressiva nos moradores do Abrigo Cristo Redentor através da aplicação da Escala de Depressão Geriátrica (EDG). <b>Ciênc. saúde coletiva</b> [online], vol.14, n.1, pp.253-259, 2009.</p> <p>PAIXAO, Cíntia et al. Análise da prevalência dos transtornos psíquicos na região metropolitana do Recife. <b>Ciênc. saúde coletiva</b> [online], vol.14, n.1, pp.261-266, 2009.</p> <p>HIRDES, Alice. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. <b>Ciênc. saúde coletiva</b> [online], vol.14, n.1, pp.297-305, 2009-a.</p> <p>OLIVEIRA, Alice Guimarães Bottaro d,e CONCIANI, Marta Ester. Participação social e reforma psiquiátrica: um estudo de caso.</p>
--	--	--

**Ciênc. saúde coletiva** [online], vol.14, n.1, pp.319-331, 2009.

ASSIS, Simone Gonçalves de; AVANCI, Joviana Quintes; PESCE, Renata Pires e XIMENES, Liana Furtado. Situação de crianças e adolescentes brasileiros em relação à saúde mental e à violência. **Ciênc. saúde coletiva** [online], vol.14, n.2, pp.349-361, 2009.

AMARANTE, Paulo. Sobre as pesquisas, suas conseqüências e interesses. **Ciênc. saúde coletiva**, v.14 n.2 Rio de Janeiro, pp. 362-3, mar./abr. 2009.

EDUARDO, Reichenheim, Michael. Considerações sobre o texto 'Situação de crianças e adolescentes brasileiros em relação à saúde mental e à violência'. **Ciênc. saúde coletiva** v.14 n.2 Rio de Janeiro, pp. 365-9, mar./abr. 2009.

WILKINSON, Paul. O conceito de problemas internalizantes em crianças e adolescentes. **Ciênc. saúde coletiva** [online], vol.14, n.2, pp.373-381, 2009.

AVANCI et al. Quando a convivência com a violência aproxima a criança do comportamento depressivo. **Ciênc. saúde coletiva** [online], vol.14, n.2, pp.383-394, 2009.

ARAGAO, Thais Araújo; COUTINHO, Maria da Penha de Lima; ARAUJO, Ludgleydson Fernandes de, CASTANHA, Alessandra Ramos. Uma perspectiva psicossocial da sintomatologia depressiva na adolescência. **Ciênc. saúde coletiva** [online], vol.14, n.2, pp.395-405, 2009.

TANAKA, Oswaldo Yoshimi e RIBEIRO, Edith Lauridsen. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. **Ciênc. saúde coletiva** [online], vol.14, n.2, pp.477-486, 2009.

COELHO, Maria Thereza Ávila Dantas. Concepções de normalidade e saúde mental entre infratores presos de uma unidade prisional da cidade do Salvador. **Ciênc. saúde coletiva** [online], vol.14, n.2, pp.567-575, 2009.

SANTOS, Anna Maria Corbi Caldas dos. Articular saúde mental e relações de gênero: dar voz aos sujeitos silenciados. **Ciênc. saúde coletiva** [online], vol.14, n.4, pp.1177-1182, 2009.

DELFINI, Patrícia Santos de Souza; SATO, Miki Takao; ANTONELI, Patrícia de Paulo e GUIMARAES, Paulo Octávio da Silva. Parceria entre CAPS e PSF: o desafio da construção de um novo saber. **Ciênc. saúde coletiva** [online], vol.14, suppl.1, pp.1483-1492, 2009.



2010	<p>CEBES – DIRETORIA NACIONAL. EDITORIAL: O direito a saúde é um direito humano inadiável. <b>Saúde em Debate</b>, Rio de Janeiro, n. 84, pp. 4-7, maio/ago. 2010.</p> <p>QUINDERÉ, Paulo Henrique Dias et al. A convivência entre os modelos asilar e Psicossocial: Saúde Mental em Fortaleza, CE. <b>Saúde em Debate</b>, Rio de Janeiro, n. 84, pp. 137-147, maio/ago. 2010.</p> <p>CIRILO, Livia Sales, OLIVEIRA FILHO, Pedro de. Da desativação de leitos psiquiátricos à construção de uma rede substitutiva: a Reforma Psiquiátrica em Campina Grande (PB). <b>Saúde em Debate</b>, Rio de Janeiro, n. 84, pp. 148-158, maio/ago. 2010.</p> <p>TOMASI, Eliane et al. Sobrecarga em familiares de portadores de sofrimento psíquico que frequentam Centros de Atenção Psicossocial. <b>Saúde em Debate</b>, Rio de Janeiro, n. 84, pp. 159-167, maio/ago. 2010.</p> <p>MENDES, Silvia Maria de Oliveira. Uma revisão sobre a compreensão da realidade expressa na assistência em saúde mental segundo a teoria social crítica. <b>Saúde em Debate</b>, Rio de Janeiro, n. 85, pp. 365-383, abr/jun. 2010.</p> <p>BITTENCOURT, Marina. RESENHA: PASSOS, Izabel C. Friche. “Reforma Psiquiátrica: as experiências francesa e italiana”. <b>Saúde em Debate</b>, Rio de Janeiro, n. 85, pp. 397-8, abr/jun. 2010.</p> <p>CEBES - DIRETORIAL NACIONAL. EDITORIAL <i>In</i>. <b>Saúde em Debate</b>, Rio de Janeiro, n. 86, pp. 413-18, jul/set. 2010.</p> <p>SILVA, Carolina Santos da, DALOLIN, Bernadete. O cotidiano familiar de quem vivencia o transtorno mental. <b>Saúde em Debate</b>, Rio de Janeiro, n. 86, pp. 549-558, jul/set. 2010.</p> <p>SOUZA, Ana Vicentina Santiago de, MOREIRA, Ana Cleide Guedes, OLIVEIRA, Paulo de Tarso Ribeiro de. A integralidade em saúde e a formação em Psicologia: sobre a prática clínica do psicólogo no contexto do SUS. <b>Saúde em Debate</b>, Rio de Janeiro, n. 86, pp. 559-565, jul/set. 2010.</p> <p>OLIVEIRA, Francesca Bezerra de, FORTUNATO, Maria Luzinete, DANTAS, Rafaela Maciel. Residência terapêutica: um espaço de inclusão social. <b>Saúde em Debate</b>, Rio de Janeiro, n. 86, pp. 566-575, jul/set. 2010.</p> <p>WUNSCH, Carla Gabriela, LUCHESE, Roselma. Os instrumentos terapêuticos utilizados pelas equipes dos Centros de Atenção Psicossocial do Mato Grosso. <b>Saúde em Debate</b>, Rio de Janeiro, n. 86, pp. 576-586, jul/set. 2010.</p> <p>AZEVEDO, Luciana Fernandes de Medeiros, TRAVERSO-YÉPES, Martha. ‘De mão dadas’: o cotidiano dos trabalhadores da atenção básica em saúde diante do sofrimento psicológico. <b>Saúde em Debate</b>, Rio de Janeiro, n. 87, pp. 726-733,</p>	<p>GUIMARAES, José Maria Ximenes et al. Participação social na saúde mental: espaço de construção de cidadania, formulação de políticas e tomada de decisão. <b>Ciênc. saúde coletiva</b> [online], vol.15, n.4, pp.2113-2122, 2010.</p>
------	---	--

	<p>out/dez. 2010.</p> <p>CASTRO, Ulysses, TORRES, Ana Raquel Rosas. Redirecionamento da assistência ao louco infrator: alternativas aos tropeços da lei. <b>Saúde em Debate</b>, Rio de Janeiro, n. 87, pp. 734-43, out/dez. 2010.</p> <p>BARROS, Márcia M.M., PINTO, Antônio Germane Alves, JORGE, Maria Salete Bessa. Desafios e possibilidades na rede de atenção integral à saúde mental: o discurso do sujeito coletivo dos usuários de um centro de atenção psicossocial. <b>Saúde em Debate</b>, Rio de Janeiro, n. 87, pp. 744-53, out/dez. 2010.</p>	
2011	<p>TESSER, Charles Dalcanale, TEIXEIRA, Beatriz de Carvalho. Saúde Mental na atenção básica: estratégias de implementação a partir de uma experiência. <b>Saúde em Debate</b>, Rio de Janeiro, n. 88, pp. 83-95, jan/mar. 2011.</p> <p>CARVALHO, Claudia R. Araújo de. As unidades psiquiátricas em hospitais gerais e seu papel na rede de serviços em saúde mental. <b>Saúde em Debate</b>, Rio de Janeiro, n. 88, pp. 148-56, jan/mar. 2011.</p> <p>BASTOS, Evelyne Nunes Evedosa, JORGE, Maria Salete Bessa. (Re)construção do conhecimento sobre o hospital psiquiátrico no contexto da Reforma psiquiátrica no Brasil: um estudo sobre as publicações no período 1999 a 2008. <b>Saúde em Debate</b>, Rio de Janeiro, n. 88, pp. 157-66, jan/mar. 2011.</p> <p>SILVA, Leticia Krauss, RODRIGUES, Maria Goretti Andrade. Sobrecarga familiar no transtorno mental grave: uma introdução. <b>Saúde em Debate</b>, Rio de Janeiro, n. 89, pp. 303-14, abr/jun 2011.</p> <p>RAMOS, Débora, GUIMARÃES, Jacileide. RESENHA: YASUI, Silvio. Rupturas e Encontros: Desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2010. <b>Saúde em Debate</b>, Rio de Janeiro, n. 89, 341-2, abr/jun 2011.</p> <p>JORGE, Maria Salete Bessa, SENA, Juliana Mara de Freitas. Subjetividades produzidas no cotidiano dos CAPS: sujeitos, práticas e relações. <b>Saúde em Debate</b>, Rio de Janeiro, n. 90, pp. 445-53, jul/set 2011.</p> <p>OLIVEIRA, Walter Ferreira de, PADILHA, Cristina dos Santos, OLIVEIRA, Cristiane Molina de. Um breve histórico do movimento pela reforma psiquiátrica no Brasil contextualizando o conceito de desinstitucionalização. <b>Saúde em Debate</b>, Rio de Janeiro, n. 91, pp. 587-96, out/dez 2011.</p> <p>KODA, Mirna. RESENHA: 'Entre o hospício e a cidade: dilemas no campo da saúde mental'. <b>Saúde em Debate</b>, Rio de Janeiro, n. 91, pp. 641-3, out/dez 2011.</p>	<p>ONOCKO-CAMPOS, Rosana. Pesquisa em Saúde Mental no Brasil: through the looking-glass. <b>Ciênc. saúde coletiva [online]</b>, vol.16 n.4, p. 2032, 2011.</p> <p>BRAZ, Marlene e SCHRAMM, Fermin Roland. Bioética e pesquisa em saúde mental. <b>Ciênc. saúde coletiva [online]</b>, vol.16, n.4, pp.2035-2044, 2011.</p> <p>ONOCKO-CAMPOS, Rosana, BACCARI, Ivana Preto. A intersubjetividade no cuidado à Saúde Mental: narrativas de técnicos e auxiliares de enfermagem de um Centro de Atenção Psicossocial. <b>Ciênc. saúde coletiva [online]</b>, vol.16, n.4, pp. 2051-2058, 2011.</p> <p>KANTORSKI, Luciane Prado et al. Avaliação qualitativa de ambiência num Centro de Atenção Psicossocial. <b>Ciênc. saúde coletiva [online]</b>. 2011, vol.16, n.4, pp.2059-2066, 2011.</p> <p>PANDE, Mariana Nogueira Rangel e AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. Desafios para os Centros de Atenção Psicossocial como serviços substitutivos: a nova cronicidade em questão. <b>Ciênc. saúde coletiva [online]</b>, vol.16, n.4, pp.2067-2076, 2011.</p> <p>WAGNER, Luciane Carniel; RUNTE GEIDEL, Ariadne; TORRES-GONZALEZ, Francisco e KING, Michael Bruce. Cuidado en salud mental: percepción de personas con esquizofrenia y sus cuidadores. <b>Ciênc. saúde coletiva [online]</b>, vol.16, n.4, pp.2077-2087, 2011</p> <p>SILVEIRA, Maria de Fátima de Araújo e SANTOS JUNIOR, Hudson Pires de Oliveira. Que eles falem por si: relatos dos profissionais sobre a experiência nas residências terapêuticas. <b>Ciênc. saúde coletiva [online]</b>, vol.16, n.4, pp.2089-2098, 2011</p> <p>PINHO, Leandro Barbosa de, KANTORSKI, Luciane Prado. O cuidado psiquiátrico no contexto brasileiro. <b>Ciênc. saúde coletiva [online]</b>, vol.16, n.4, pp.2107-2114, 2011</p> <p>RESENDE, Marineia Crosara de et al. Saúde mental e ansiedade em agentes comunitários que atuam em saúde da família em Uberlândia (MG, Brasil). <b>Ciênc. saúde coletiva [online]</b>,</p>

**vol.16, n.4, pp.2115-2122, 2011**

ORTEGA, Francisco e ZORZANELLI, Rafaela. Imagens cerebrais e o caso da síndrome da fadiga crônica. **Ciênc. saúde coletiva** [online], vol.16, n.4, pp.2123-2132, 2011

WETZEL, Christine et al. Dimensões do objeto de trabalho em um Centro de Atenção Psicossocial. **Ciênc. saúde coletiva** [online], vol.16, n.4, pp.2133-2143, 2011

GUIMARAES, José Maria Ximenes; JORGE, Maria Salete Bessa e ASSIS, Marluce Maria Araújo. (In)satisfação com o trabalho em saúde mental: um estudo em Centros de Atenção Psicossocial. **Ciênc. saúde coletiva** [online], vol.16, n.4, pp.2145-2154, 2011

DIAS, Marcelo Kimati. A experiência social da psicose no contexto de um Centro de Atenção Psicossocial. **Ciênc. saúde coletiva** [online], vol.16, n.4, pp.2155-2164, 2011

MURAMOTO, Melissa Tieko, MANGIA, Elisabete Ferreira. A sustentabilidade da vida cotidiana: um estudo das redes sociais de usuários de serviço de saúde mental no município de Santo André (SP, Brasil). **Ciênc. saúde coletiva** [online], vol.16, n.4, pp.2165-2177, 2011

SIANO, Adriana Kelmer et al. Influência de alterações normativas da Previdência Social sobre o perfil de concessão de auxílio-doença relativo a transtornos mentais. **Ciênc. saúde coletiva** [online], vol.16, n.4, pp.2189-2198, 2011

MINAYO, Maria Cecília de Souza; ASSIS, Simone Gonçalves de e OLIVEIRA, Raquel Vasconcellos Carvalhaes de. Impacto das atividades profissionais na saúde física e mental dos policiais civis e militares do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). **Ciênc. saúde coletiva** [online], vol.16, n.4, pp.2199-2209, 2011

CAVALCANTE, Ana Célia e SILVA, Raimunda Magalhães. Experiências psíquicas de mulheres frequentadoras da rede pública de saúde em Teresina (PI, Brasil). **Ciênc. saúde coletiva** [online], vol.16, n.4, pp.2211-2220, 2011.

JORGE, Maria Salete Bessa et al. Promoção da Saúde Mental - Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. **Ciênc. saúde coletiva** [online], vol.16, n.7, pp.3051-3060, 2011

QUEIROZ, Marcos de Souza e DELAMUTA, Leny Aparecida. Saúde mental e trabalho interdisciplinar: a experiência do "Cândido Ferreira" em Campinas. **Ciênc. saúde coletiva** [online], vol.16, n.8, pp.3603-3612, 2011

CAMATTA, Marcio Wagner et al. Avaliação de um centro de atenção psicossocial: o olhar da família. **Ciênc. Saúde Coletiva** [online],

		<p>vol.16, n.11, pp.4405-4414, 2011</p> <p>COSTA, Nilson do Rosário et al. EDITORIAL: Atores, política pública e instituições da reforma psiquiátrica brasileira. <b>Ciênc. saúde coletiva</b>, vol.16 no.12 Rio de Janeiro, p. 4576, dez. 2011</p> <p>PITTA, Ana Maria Fernandes. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. <b>Ciênc. saúde coletiva</b> [online], vol.16, n.12, pp.4579-4589, 2011</p> <p>LOBOSQUE, Ana Marta. Debatendo alguns desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. <b>Ciênc. saúde coletiva</b> vol.16 n.12 Rio de Janeiro, pp. 4590-2, dez. 2011.</p> <p>LEVAV, Itzhak. Extender la reforma por medio de nuevas acciones de salud mental. <b>Ciênc. saúde coletiva</b> vol.16 n.12 Rio de Janeiro, pp. 4590-2, dez. 2011</p> <p>MARI, Jair de Jesus. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira. <b>Ciênc. saúde coletiva</b>, vol.16 n.12 Rio de Janeiro, pp. 4593-6, dez. 2011.</p> <p>DALLARI, Sueli Gandolfi. Importância da formalização da política para a garantia do direito à saúde do doente mental. <b>Ciênc. saúde coletiva</b>, vol.16 n.12 Rio de Janeiro, pp. 4596-8, dez. 2011.</p> <p>BEZERRA JR., Benilton. É preciso repensar o horizonte da reforma psiquiátrica. <b>Ciênc. saúde coletiva</b>, vol.16 n.12 Rio de Janeiro, pp. 4598-4600, dez. 2011.</p> <p>PITTA, Ana. "O autor responde". <b>Ciênc. saúde coletiva</b>, vol.16 n.12 Rio de Janeiro, pp. 4600, dez. 2011.</p> <p>COSTA, Nilson do Rosário et al. Reforma psiquiátrica, federalismo e descentralização da saúde pública no Brasil. <b>Ciênc. saúde coletiva</b> [online], vol.16, n.12, pp.4603-4614, 2011.</p> <p>DESVIAT, Manuel. International overview of psychiatric reform. <b>Ciênc. saúde coletiva</b> [online], vol.16, n.12, pp.4615-4622, 2011.</p> <p>RIBEIRO, José Mendes e INGLEZ-DIAS, Aline. Políticas e inovação em atenção à saúde mental: limites ao descolamento do desempenho do SUS. <b>Ciênc. saúde coletiva</b> [online], vol.16, n.12, pp.4623-4634, 2011.</p> <p>CAVALCANTI, Maria Tavares et al. Adaptação da "Critical Time Intervention" para o contexto brasileiro e sua implementação junto a usuários dos centros de atenção psicossocial do município do Rio de Janeiro. <b>Ciênc. saúde coletiva</b> [online], vol.16, n.12, pp.4635-4642, 2011</p> <p>CAMPOS, Rosana Onocko et al. Saúde mental na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira. <b>Ciênc. saúde coletiva</b> [online], vol.16, n.12, pp.4643-4652, 2011-a</p> <p>SILVA, Paulo Fagundes da e COSTA, Nilson</p>
--	--	--

		<p>do Rosário. Saúde mental e os planos de saúde no Brasil. <b>Ciênc. saúde coletiva</b> [online], vol.16, n.12, pp.4653-4664, 2011</p> <p>SERPA JUNIOR, Octavio Domont de. O papel da psiquiatria na reforma psiquiátrica. <b>Ciênc. saúde coletiva</b> [online], vol.16, n.12, pp.4675-4684, 2011</p> <p>SAMPAIO, José Jackson Coelho; GUIMARAES, José Maria Ximenes; CARNEIRO, Cleide e GARCIA FILHO, Carlos. O trabalho em serviços de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica: um desafio técnico, político e ético. <b>Ciênc. saúde coletiva</b> [online], vol.16, n.12, pp.4685-4694, 2011</p> <p>ENTREVISTA com Benedito Saraceno. <b>Ciênc. saúde coletiva</b> [online], vol.16, n.12, pp.4695-4700, 2011</p> <p>DELGADO, Pedro. Democracia e reforma psiquiátrica no Brasil. <b>Ciênc. saúde coletiva</b> [online]. 2011, vol.16, n.12, pp. 4701-4706, 2011</p> <p>BARROS, João Paulo Pereira e JORGE, Maria Salete Bessa. Vozes da loucura cantada: sentidos sobre a loucura e o louco em canções brasileiras. <b>Ciênc. saúde coletiva</b> [online], vol.16, n.12, pp.4845-4854, 2011.</p>
--	--	---