

Gustavo Koetz da Rosa

**ALTAS-RIZOMA:  
RELATOS DE EXPERIÊNCIA E TRAJETÓRIAS SOBRE A  
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E A DESINSTITUCIONALIZAÇÃO**

Dissertação submetida ao  
Programa de Pós-Graduação em  
Antropologia Social da  
Universidade Federal de Santa  
Catarina para a obtenção do Grau  
de Mestre em Antropologia Social.

Orientadora: Profa. Dra. Sônia  
Weidner Maluf

Florianópolis  
2019

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,  
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Koetz da Rosa, Gustavo

Altas-Rizoma : Relatos de experiência e trajetórias sobre a atenção psicossocial e a desinstitucionalização / Gustavo Koetz da Rosa ; orientador, Sônia Weidner Maluf, 2019.  
98 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Florianópolis, 2019.

Inclui referências.

1. Antropologia Social. 2. Antropologia do Contemporâneo. 3. Reforma Psiquiátrica. 4. Centro de Atenção Psicossocial. 5. Alta-Rizoma. I. Weidner Maluf, Sônia. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social. III. Título.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS  
DEPARTAMENTO DE ANTROPOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ANTROPOLOGIA SOCIAL


*“Altas-Rizoma: relatos de experiências e trajetórias sobre a  
atenção psicossocial e a desinstitucionalização”*

**GUSTAVO KOETZ DA ROSA**

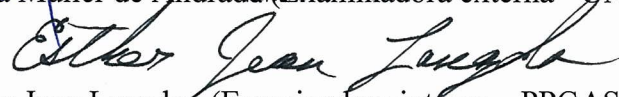
Orientador(a): Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Sônia Weidner Maluf

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Antropologia Social, aprovada pela Banca composta pelos seguintes professores (as):

  
Sônia Weidner Maluf (Presidente Orientador(a) – PPGAS/UFSC)

  
Rafael Victorino Devos  
Coordenador do Programa de Pós-Graduação  
em Antropologia Social – PPGAS/CFH/UFSC

Ana Paula Muller de Andrade (Examinadora externa – UNICENTRO)

  
Esther Jean Langdon (Examinadora interna – PPGAS/UFSC)

  
Prof. Dr. Rafael Victorino Devos (Coordenador PPGAS/UFSC)

Florianópolis, 25 de fevereiro de 2019.



## Resumo

A presente dissertação pretende lançar um olhar antropológico sobre o campo da saúde mental. Desse modo, dá-se privilégio no trabalho de campo às falas e às práticas de pessoas que apresentam longa trajetória na área de saúde referida, procurando enfatizar a maneira como se produziram as suas “altas” em sua última experiência de vinculação com um Centro de Atenção Psicossocial da região sul do Brasil. Assim, a pesquisa viu-se interpelada por uma experiência etnográfica que tensionou as práticas de atenção psicossocial no CAPS em questão e a desinstitucionalização como princípio basilar na reestruturação da saúde mental a partir da reforma psiquiátrica. Os relatos e práticas dessas pessoas, questionaram a possibilidade de um cuidado psicossocial que não se restrinja à identificação e tratamento do transtorno de saúde mental, mas observe esse sofrimento como inseparável da complexidade da existência humana nas diferentes dimensões que a compõe. O acompanhamento dos relatos de experiência e das trajetórias endossaram o argumento que expõe a heterogeneidade e as tensões atinentes ao campo da saúde mental. Elaborei um conceito – *Alta-Rizoma* – a fim de perseguir a esteira da inquietação de parte de meus interlocutores, qual seja, a do desejo de permanecer em sua casa, ou, de sair de uma situação de abandono social e familiar. Assim, as “altas” do CAPS, na perspectiva rizomática, expuseram este processo como constituído pelos mais distintos elementos: relações com os profissionais do serviço de saúde em questão; relações com outro serviço de saúde mental da rede municipal; as potencialidades e problemáticas nas relações familiares; e uma história de longo período de isolamento/internação/abandono. Ainda, analisou-se a ideia da desinstitucionalização tendo em vista a proximidade do CAPS envolvido na pesquisa com sua vinculação a uma instituição hospitalar. Ou seja, avaliou-se em que medida a recente formulação da política nacional de saúde mental de 2017 pode se relacionar com uma recrudescência conservadora no campo da saúde mental, visto que essa formulação passou novamente a priorizar recursos de origem federal par leitos hospitalares em detrimento do investimento no estabelecimento de novos Centros de Atenção Psicossocial. Assim, esboçam-se relações entre práticas de saúde, tanto no âmbito do serviço substitutivo, quanto na sua atuação junto às famílias, no que elas revelam de uma economia moral que destaca a vida biológica, ou, em outras

palavras, o transtorno de saúde mental lido a partir de uma perspectiva biológica.

**Palavras-chave:** Antropologia do Contemporâneo; Reforma Psiquiátrica; Centro de Atenção Psicossocial; Alta-Rizoma.

## **Abstract**

This dissertation intends to implement an anthropological view on the field of mental health. In this sense, the speeches and practices of people who have a long history in the referred health area are given privilege in the fieldwork, trying to emphasize the way in which their "discharges" took place in their last experience of binding within a Center for Psychosocial Care, in the south of Brazil. Thus, the research was challenged by an ethnographic experience that stressed the practices of psychosocial attention in this particular CAPS and the deinstitutionalization as a key psychiatric reform principle in the restructuring of mental health. The reports and practices of these people have questioned the possibility of a psychosocial care that is not restricted to the identification and treatment of mental health disorder, but that observes this suffering as inseparable from the complexity of human existence in the different dimensions that compose it. The monitoring of the histories and experience reports endorsed the argument that exposes the heterogeneity and the stresses related to the mental health area. I elaborated a concept - *Alta-Rizoma* - in order to follow the path of restlessness on the part of my interlocutors, which is their desire to stay in their home or to leave a situation of social and family abandonment. Therefore, the "discharges" of the CAPS, in the rhizomatic perspective, exposed this process as constituted by the most distinct elements: relations with the health professionals; relations with another mental health service of the municipal network; the potentialities and problems in family relationships; and a long history of isolation / hospitalization / abandonment. Also, the idea of deinstitutionalization in regard to the proximity of the CAPS involved in the research with its connections to a hospital institution was analyzed. That is, the extent in which the recent reformulation of the national mental health policy of 2017 may be related to a conservative recrudescence in the field of mental health was evaluated, since this reformulation has once again prioritized federal resources for hospital beds to the detriment of investment in the establishment of new Centers for Psychosocial Care. Thus, relations are outlined among health practices, both within the scope of the substitutive service and in their work with families, in which they reveal a moral economy that highlights biological life, or in other words, health disorder from a biological perspective.

**Keywords:** Contemporary Anthropology; Psychiatric Reform; Center for Psychosocial Care; Alta-Rhizoma



## **Agradecimentos**

Trilhar esta trajetória no mestrado em antropologia social só foi possível graças à generosidade e companheirismo de muitas pessoas.

Ao meu filho, Caetano, pela inspiração que ele representa na minha vida. Pelo apoio que sempre me deu. Por sua torcida em todos os processos de avaliação que enfrentei nesta caminhada. Acima de tudo, pelos momentos de brincadeiras e risadas que compartilhamos nesse período.

A minha companheira Alessandra, agradeço pela parceira que tu sempre foste. Agradeço demais pela compreensão às inquietações que atravessei como mestrando. Obrigado por teres sido ouvido às minhas incertezas a respeito da possibilidade da realização dessa caminhada acadêmica. Por ter sempre me incentivado e valorizado nesses momentos.

Aos meus pais, que sempre estiveram com a mão estendida para oferecer ajuda. Sem este suporte, esta dissertação não se viabilizaria. Obrigado pelo carinho de sempre, e, pela motivação a dar continuidade a minha trajetória acadêmica.

À Sônia Maluf, pelas orientações muito ricas que foram sempre marcadas por muito respeito e calma. À Ana Paula Muller de Andrade e à Jean Langdon, por suas contribuições na banca de qualificação e em eventos. Aos demais professores do Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da UFSC por suas aulas tão instigantes e pela acolhida ao aluno recém-chegado em Florianópolis. Agradeço à minha turma de mestrado como um todo. A relação de respeito e de ajuda-mútua que estabelecemos foi muito importante para lidar com as dificuldades relativas ao grande número de leituras e trabalhos pelo qual passamos na formação acadêmica do mestrado. À CAPES pela bolsa que foi fundamental ao possibilitar a dedicação integral à pesquisa.

A todas as pessoas que participaram da pesquisa, agradeço pelo compartilhamento de experiências e pelos aprendizados todos que vivi. Muito obrigado.



## SUMÁRIO

|  |           |
|--|-----------|
| <b>1 PRÓLOGO .....</b>   | <b>11</b> |
| <b>1.1 A CONSTRUÇÃO DE UM CONCEITO.....</b>  | <b>13</b> |
| <b>1.2 COMO A “ALTA” PODE SE RELACIONAR COM A<br/>DESINSTITUCIONALIZAÇÃO?.....</b>   | <b>22</b> |
| <b>1.3 COMENDO O CENÁRIO DA SAÚDE MENTAL NA<br/>CONTEMPORANEIDADE .....</b>  | <b>26</b> |
| <b>1.4 AS AFECÇÕES COMO ENTREVISTADOR NO CENTRO<br/>DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL EM 2016: AS PRIMEIRAS<br/>COSTURAS ETNOGRÁFICAS.....</b>     | <b>29</b> |
| <b>1.5 ALTA-RIZOMA: UMA PERSPECTIVA METODOLÓGICA<br/>.....</b>   | <b>37</b> |
| <b>2 A ALTA-RIZOMA DE SIMARA: OS DESCAMINHOS QUE<br/>DÃO MARGEM AO ABANDONO SOCIAL E FAMILIAR .....</b>                                  | <b>45</b> |
| <b>3 IDA E VINDA DO CAPS: A ALTA-RIZOMA DE ALBERTO<br/>COLOCANDO SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL EM<br/>CONTRASTE.....</b>                      | <b>61</b> |
| <b>4 AS POLÍTICAS SOBRE A VIDA E AS POLÍTICAS A<br/>PARTIR DA VIDA: A ALTA-RIZOMA DE ANDERSON .....</b>                                  | <b>69</b> |
| <b>4.1 A VISITA A EX-ASSISTENTE SOCIAL DO CAPS .....</b>   | <b>74</b> |
| <b>4.2 A CRISTALIZAÇÃO DE ALTERIDADES NO CONTEXTO<br/>DO CAPS: AS BIOPOLÍTICAS E A BIOLEGITIMIDADE NO<br/>CAMPO DA SAÚDE MENTAL.....</b> | <b>84</b> |
| <b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>   | <b>89</b> |
| <b>6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>  | <b>93</b> |



## 1 PRÓLOGO

Realizar um capítulo introdutório pode ser entendido comumente como uma tarefa simples. Afinal, esta seção do texto total a ser desenvolvido tem a função de, além de inaugurar a escrita, apresentar de forma resumida a que este antropólogo se voltará no decorrer da dissertação, pormenorizando cada capítulo para facilitar a leitura da mesma. Contudo, essa etapa pode servir também para indicar como frutificaram os interesses da pesquisa, conduzindo o leitor através da trajetória que posicionou o pesquisador em um determinado lugar, ou, em determinados lugares que, inevitavelmente, levaram a construção de relações de afecção e de afetos.

Os primeiros passos são endereçados a relatar como me inseri na saúde mental pública, para além das discussões acadêmicas promovidas pelas leituras realizadas no bacharelado em ciências sociais e de seu aprofundamento na trajetória conduzida no mestrado em antropologia social. A atenção do presente pesquisador sobre a intersecção entre saúde pública, saúde mental e antropologia se deu ainda durante a graduação, quando eu obtivera aprovação em uma seleção de entrevistadores de uma pesquisa a ser conduzida pela Saúde Coletiva que buscava mensurar a qualidade do Sistema Único de Saúde em Porto Alegre e em outras grandes cidades brasileiras. O “Inquérito multicêntrico sobre o funcionamento da atenção básica e o acesso à atenção especializada” me permitiu uma imersão no cotidiano de um Centro de Atenção Psicossocial de Porto Alegre. Dessa forma, pude, para além das leituras que me indicavam o desafio da estruturação de uma saúde mental humanizada e de cuidado territorial, acompanhar pessoalmente as complexidades envolvidas nesse campo. Essa dissertação teve origem nesse encontro no ano de 2016.

Ainda no período da graduação em ciências sociais, na consecução das entrevistas, estive diariamente estabelecendo relações no serviço em questão, e, ao mesmo tempo, questionando a potencialidade do processo de produção de conhecimento estabelecido pela equipe de pesquisadores do *Inquérito* naquela oportunidade. Não pode passar despercebido o fato de que, naquele momento, a pesquisa do *Inquérito* detinha caráter quantitativo e pretendia retirar uma medida ampla de como estava o funcionamento do SUS em termos de humanização e de acesso à atenção especializada. Entretanto, a mera aplicação dos

questionários nas entrevistas não dava conta da riqueza das experiências vivenciadas pelo pesquisador em campo. Éramos orientados a produzir um diário de campo, mas dado o número de entrevistas que tínhamos de concluir para dar legitimidade à pesquisa quantitativa, a dimensão qualitativa acabava por ser colocada em segundo plano pela equipe do *Inquérito*.

Na experiência como entrevistador me vi interpelado pelas histórias daquelas pessoas que indicavam uma compreensão outra sobre sua condição que extravasava a codificação biomédica sobre saúde mental. Para além das entrevistas, se desenrolavam conversas na sala de espera, passeios, festas, dentre outros momentos de muita intensidade. Assim, resolvi levar a sério essas interpelações, esse devir que me posicionava em distintos lugares para além da condição de entrevistador.

Jeane Favret-Saada, antropóloga tunisiana, recentemente disparou um questionamento radical acerca da capacidade dos antropólogos e cientistas sociais de efetivarem na prática a metodologia da “observação participante” (2005). Ela nos fala da capacidade de ser afetado na pesquisa antropológica, de desempenhar o “participante” cunhado naquela expressão. No meu percurso dentro do CAPS, e levando em conta a influência que a biomedicina detém mesmo nesses espaços, encontrei ressonância com alguns pontos de Favret-Saada. Em que medida os meus interlocutores tinham sua fala levada a sério? Considerando que carregavam categorias biomédicas sobre seu problema de saúde mental, como abrir espaço para a diferença dentro desses serviços? A tensão que se colocou em jogo diz respeito tanto ao questionário fechado, quanto ao que pude observar da relação dos *usuários* com a equipe profissional. Isto é, esses interlocutores, tanto diante do *Inquérito*, quanto de sua relação com a equipe profissional, têm suas falas consideradas fora do registro da doença mental?

Esse encontro produtor de afecções e afetos foi potente ao mobilizar este pesquisador a ter mais tempo para dar conta da riqueza daquelas experiências, e, da mesma forma aprofundar aquelas relações. Ingressei no mestrado em antropologia social para dar conta de realizar uma pesquisa eminentemente qualitativa na saúde mental, com foco mais específico sobre o que relatam as pessoas que usufruíram do Centro de Atenção Psicossocial e que hoje já receberam a sua alta. Inicialmente procurei realizar uma escuta sobre os relatos de experiência sobre este mesmo evento e sobre como encaravam suas vidas após o rompimento

desse vínculo com o serviço de saúde. Em um momento posterior, com os subseqüentes encontros, pude também acompanhar um pouco do dia-a-dia das pessoas, observando suas relações para além do âmbito do CAPS. Logo, se vê que será desenvolvida uma abordagem metodológica que privilegia essas duas dimensões da experiência – a das contidas nos relatos das pessoas com quem conversei, assim como na descrição etnográfica dos encontros que se repetiram.

## **1.1 A CONSTRUÇÃO DE UM CONCEITO**

Uma das inquietações centrais que impulsionaram o pesquisador ao campo diz respeito a um princípio basilar do campo da saúde mental: a desinstitucionalização. Este valor formulado a partir da crítica aos moldes manicomial e de isolamento, incide sobre o campo da saúde mental de diferentes formas. Repercutiu na gestão da política pública, no que tange a concepção de serviços de saúde especializados como os Centros de Atenção Psicossocial, pensando-os no território e tomando-os como protagonistas em relação ao hospital psiquiátrico; nas práticas de assistência em saúde que não mais se debruçariam pura e simplesmente sobre a “doença”, “anormalidade” ou “loucura”, mas sim sobre uma vida composta por subjetividade, relações familiares e sociais, desejos; e até, de forma indireta, no combate a “cultura manicomial” existente de forma disseminada em nossa sociedade que expõe as pessoas a sofrerem preconceito por sua diferença.

Podemos entender esse princípio como uma constante (re)formulação presente na saúde mental afim de proteger essa área de atuação em saúde de uma institucionalização que engessaria suas práticas. Esse princípio, que embasa a criação dos Centros de Atenção Psicossocial, assim como a Rede de Atenção Psicossocial, projeta sobre as políticas públicas de saúde mental uma flexibilidade na constituição dos serviços, por direcionar a concepção dos serviços a manter uma abertura ao contexto do território, da localidade.

Por outro ângulo, podemos observar que o princípio referido atua na contramão das práticas “institucionais” como sempre foram adotadas ao longo da história desse campo da saúde. Ou seja, ele age ao promover o enfrentamento de uma tendência institucional de tratar pessoas com problemas de saúde mental, consideradas sobre um registro negativo como loucas, através de encarceramento e isolamento social. Assim, os serviços, desde a reconfiguração promovida com a implementação dos

CAPS, além de praticar um cuidado em liberdade, devem desenvolver um olhar cuidadoso sobre o tempo de vinculação das pessoas que usufruem dessa atenção especializada em saúde de forma a evitar a institucionalização dessas pessoas. Em outras palavras, se almeja impedir que se crie uma relação de dependência dos “usuários” com o serviço de saúde ao qual mantém vínculo.

A desinstitucionalização, como princípio, promove diferentes reflexões pertinentes à formulação de um cuidado em saúde não estático, mas sempre de algum modo permeável às questões relativas ao território onde esse cuidado vai ser praticado, permitindo um constante retrabalho e revisão. Da mesma forma, ao evitar uma relação institucionalizada entre profissionais de saúde e usuários, prevê-se a produção de uma assistência em saúde que privilegie o ser humano em sua integralidade, evitando uma mirada reducionista que enfoque somente a dimensão da doença. Todas as questões acima levantadas mobilizaram este pesquisador a desenvolver uma nova imersão antropológica.

Para abordar a desinstitucionalização, decidi focar na dimensão do processo da “alta” do CAPS. Essa decisão, esteve diretamente relacionada com o que as experiências de campo suscitaram em mim. Quando desempenhei o trabalho de entrevistador nesse serviço, na minha interação com os usuários, ouvi muitos relatos sobre a dificuldade de lidar com esse momento. Algumas questões se impuseram: como o processo da alta é desenvolvido? A desinstitucionalização repercute de que forma nas relações construídas entre as pessoas que usufruem da atenção psicossocial e os profissionais de saúde do mesmo? Como as pessoas chamadas nesse contexto de “usuárias” relatam as experiências relativas a esse evento? Como a “alta” é produzida? Com que caminhos ela se conecta nas trajetórias dessas pessoas? Enfim, que relação pode ser observada entre a desinstitucionalização e a “alta”?

Tendo em vista que o ponto de partida desse trabalho se encontra no processo da alta no âmbito dos Centros de Atenção Psicossociais, faz-se necessária mais uma contextualização. Quando faço alusão à alta, me refiro a um contexto diferente do manicomial em que esta representaria a saída do confinamento de uma instituição total. No âmbito dos CAPS, em que se desenvolvem diversos projetos terapêuticos para as pessoas que se mantém vinculadas a este, as idas podem ser diárias, semanais ou mesmo mensais. A atenção psicossocial oferece diversos serviços abrangendo enfermagem, nutrição, educação física, psicologia, psiquiatria e serviço



social. As pessoas que tem acesso a esses serviços, além das relações estabelecidas nesse espaço, podem manter relações familiares e comunitárias durante o período em que estão com vínculo com o CAPS. De qualquer modo, o momento da "alta" diz respeito ao encerramento de determinada vinculação com o CAPS, e, mostrou-se relevante nas falas de interlocutores que participavam das oficinas/atividades ofertadas no serviço, ou seja, tinham frequência semanal ou diária.

Em suma, a “alta” no CAPS, exposta até aqui como um princípio, inicialmente se constituiu como ponto central a ser enfrentado durante a pesquisa. O objetivo foi, sobretudo, evitar tomar essa categoria como um dado já preestabelecido. E sim, a partir dos relatos de experiência, buscar encará-la desde outras perspectivas possíveis. A princípio, como um ponto de partida, gostaria de toma-la como um processo que não supõe obrigatoriamente somente uma direção. A alta, dessa forma, não vai ser encarada como sendo um diagnóstico ou uma conduta tomada pela equipe médica, mas sim como um processo que é também agenciado pelas pessoas que estão vivenciando o CAPS no enfrentamento de sua condição de sofrimento associado à saúde mental.

A partir da experiência que obtive de idas ao CAPS, tanto no período prévio em 2016, quanto nas idas relativas ao início do trabalho de campo renovado realizado no mestrado no ano de 2018, pude observar que há um grande número de “altas” que se dão à revelia da avaliação da equipe médica do serviço em questão. Como me dizia a responsável local da equipe de saúde, o conceito “alta por abandono” era recorrente em suas falas quando buscávamos por possíveis interlocutores para minha pesquisa no banco de dados elaborado pela mesma. A “alta por abandono” era mobilizada afim de explicar o desfecho de determinados usuários que por apresentarem um número elevado de ausências acabavam por ter seu vínculo desfeito. Esses casos, acabaram por não entrar como objetos para a presente pesquisa. Elegi como critério ético para a condução da pesquisa, que reencontraria pessoas com as quais eu tinha desenvolvido uma maior afinidade lá no período em que eu percorria os corredores e salas do CAPS como entrevistador.

Como encarar o processo da “alta” em uma perspectiva antropológica? Essa questão se manteve por longo tempo com o pesquisador. Como persegui a determinação de procurar seguir a esteira do que se produzia na relação em campo como uma questão para meus interlocutores na interação com este antropólogo, esse ponto de partida de

pensá-la como um *processo* – convite feito por Ana Paula Andrade durante a qualificação do projeto de mestrado – foi muito profícuo ao me colocar a questão de procurar tudo o que poderia se conectar com este evento.

O primeiro passo para uma problematização da “alta”, efetuado quando passei a encará-la como um processo, permitiu que se abrisse a possibilidade de colocar em questão os motivos pelos quais esse evento emergia como uma questão para meus interlocutores. Assim, o processo da “alta” em si, ou, se olharmos desde outro prisma, o término de uma vinculação formal com o CAPS, se conectava com a continuidade ou rompimento das relações que os usuários mantinham com os profissionais do serviço, com os demais usuários, mas principalmente, com seus próprios familiares. O que se evidenciou na presente pesquisa diz respeito à possibilidade de pensar na (des)continuidade da relação que essas pessoas estabeleciam com o CAPS com o enfoque na repercussão desta nas relações familiares em sua qualidade, em sua permanência ou em seu rompimento.

Quando procurei reencontrar uma de minhas interlocutoras, em uma de minhas primeiras incursões etnográficas, somente consegui contatar sua filha. Por sorte, obtive um aceite ao meu convite para conversar sobre como se dera a alta de sua mãe. No dia marcado, expliquei a Júlia o contexto de como eu conhecera sua mãe Emília, e os interesses da minha pesquisa. Assim, Júlia contou, em linhas gerais, que tinha sido tranquila a alta. Contudo, logo emendou, que tudo correria bem, na avaliação dela, muito em função de ela ter batalhado para que a mãe conseguisse manter as suas consultas com psiquiatras de modo gratuito. Conseguira encontrar um grupo de profissionais que aliava pesquisa acadêmica e assistências psiquiátrica justamente sobre o transtorno de saúde mental que sua mãe apresentava. Júlia então, perguntou se eu desejava que ela conversasse com sua mãe para sondar a possibilidade de uma visita minha à casa dela. Disse-me que Emília morava com sua avó – mãe dela – e com seu irmão. Telefonou, e deixou tudo acertado para que eu pudesse desenvolver uma conversa pessoalmente com minha antiga conhecida do CAPS.

Trago esse exemplo etnográfico afim de ilustrar os pormenores que se localizam nas entrelinhas de um processo que normalmente passa despercebido na atenção psicossocial. Afinal, segundo Júlia, sua mãe experimentou um processo tranquilo em relação a sua alta, graças a uma

mobilização que garantiu a continuidade de um acompanhamento médico especializado. Ademais, a visita a casa de Emília foi também elucidativa no que se refere ao aparente êxito no término do vínculo com o Centro de Atenção Psicossocial. Sua mãe, embora fosse já estivesse em uma idade mais avançada, se mostrou muito atenciosa e cuidadosa com Emília. Assim como o filho de Emília, jovem estudante de engenharia, também era muito solícito para com sua mãe, e, era motivo de comentários elogiosos que Emília tecia seguidamente sobre seu filho “estudioso”.

“Tem um certo ineditismo na tua pesquisa” disse-me a profissional de saúde do CAPS quando ainda estava em fase inicial a tramitação de minha pesquisa no Comitê de Ética da UFSC. Para a consecução dessa pesquisa fez-se necessário o comprometimento com o anonimato e o sigilo dos sujeitos participantes da mesma. Assim, os nomes utilizados na dissertação ao fazer referência aos meus interlocutores serão todos fictícios.

A Rede de Atenção Psicossocial que se institui no Sistema Único de saúde a partir da portaria nº 3.088 de dezembro de 2011 apresenta a aposta de construir uma rede de cuidado em saúde que ofereça um cuidado especializado em permanente contato com serviços de atenção básica. Ou seja, se olharmos desde esse prisma, a minha pesquisa deveria se debruçar sobre a efetividade dessas linhas que deveriam manter as pessoas com a possibilidade de acessar a saúde pública. Contudo, a potência da etnografia apontou para que essa seja apenas uma das dimensões a serem observadas.

A “alta”, assim, embora inicialmente se apresentasse como uma problemática para os usuários, pois incidiria principalmente no término de uma prática de idas frequentes ao serviço e de relações estabelecidas lá no âmbito da atenção psicossocial, na verdade foi melhor lida a partir da pesquisa de campo como a possibilidade das pessoas de se manterem em suas casas, nas suas famílias. Dessa forma, estabelecer uma conexão entre o processo da “alta” com a vida das pessoas experientes em serviços de saúde mental, demonstrou-se profícua quando se vislumbrou esse acontecimento em composição com às demais relações que os interlocutores da pesquisa buscam manter.

Gostaria de aproximar o conceito filosófico sugerido por Gilles Deleuze de “rizoma” à do processo da alta. Afinal, ao produzir esta dissertação a intenção do pesquisador não é a de desenvolver uma ideia

essencial do que possa ser a “Alta” e sim, através dos relatos ir colocando em relação tudo o que se conecta com ela como processo. O processo da alta perseguido na dissertação é melhor lido a partir da chave da *multiplicidade rizomática*, pois se constitui na abertura para acompanhar o que foi se conectando com a alta. Assim, a alta se apresentaria não como um ente único ou uma coisa, mas passaria a ser percebida como múltipla.

O efeito desse deslocamento na abordagem antropológica sobre a experiência de campo, lançar mão desses conceitos filosóficos, permite que se potencialize elementos que, desde um enfoque tradicional poderiam passar despercebidos. Assim, embora a “alta” pudesse ser lida a partir da relação usuário-profissional de saúde-familiar, a perspectiva rizomática abre linhas de fuga e devires que conectam outras dimensões a esse processo: como a ideia de desinstitucionalização, as diversas práticas que se relacionam com esta, economias morais que valorizam ideias sobre o que venha a ser um indivíduo autônomo e independente, dentre outras. Em trabalho que explora as articulações possíveis entre antropologia e a filosofia da diferença de Deleuze e Guattari, Viveiros de Castro (2007) coloca que “(...) uma multiplicidade rizomática não é realmente um ser, um ‘ente’, mas um agenciamento de devires, um ‘entre’: (...) o diagrama intensivo de seu funcionamento.” (p. 98).

Dessa forma, gostaria de abordar a questão da alta a partir desse “entre”, das relações, e, assim, ao interrogar de que forma a desinstitucionalização pode compor essas experiências de vida relacionadas a saúde mental, proponho seguir o procedimento de “arrebato” sugerido por Márcio Goldman (2008) afim de criar ou ativar novas ideias e conceitos na produção antropológica:

A criação ou ativação de novas ideias e conceitos pode ser efetuada por meio de um procedimento que eu denominaria “arrebato” (idéias, conceitos, ou mesmo teorias, podem ser desterritorializados de seu solo original e enxertados em novos contextos, onde se articularão com distintos problemas, levantarão novas questões e apontarão outras respostas) ou por ‘confrontação’ (quando buscamos opor a ideias, conceitos e teorias bem consagrados, outras formas de pensar). (p. 5)

Ao trazer a ideia e/ou princípio de atuação na atenção psicossocial tão presente como o é a *desinstitucionalização* e aproximá-lo das experiências que emergiram nas relações do trabalho de campo com pessoas que viveram o processo de desvinculação com um Centro de Atenção Psicossocial proponho elaborar esse exercício de tensionamento de que trata Goldman, apoiado na filosofia de Deleuze e Guattari. Essa costura que busca privilegiar o que se produz na etnografia em detrimento de ideias já pré-estabelecidas, tão comum à antropologia, pode ser mobilizado para observar os elementos e as relações entre eles colocando em perspectiva a *desinstitucionalização* a partir do *processo da alta*, e vice-versa. A alta, na construção conceitual que proponho seria então, uma *Alta-Rizoma*.

A partir desse conceito em que invisto, a *Alta-Rizoma*, busco *desterritorializar* a “alta” e a “desinstitucionalização” ao colocar essas ideias diante da experiência de campo antropológica. Os relatos dos *experientes*<sup>1</sup> assim como o acompanhamento de parte de seu dia-a-dia, promoveram um deslocamento e tensionamento destas ideias, afim de levar a sério o que dizem e fazem meus interlocutores na intensidade de suas diferenças. A possibilidade de colocar em relevo discursos que muitas vezes não são levados a sério é perseguida aqui.

Essa abordagem rizomática sobre a Reforma Psiquiátrica dialoga com a perspectiva produzida por Tânia Mara Galli Fonseca em “Rizomas da Reforma Psiquiátrica: a difícil reconciliação”. O primeiro passo trilhado pela autora é de ordem epistemológica, e, é parte fundamental para a compreensão de seus apontamentos sobre o processo reformativo na saúde mental. Ao propor que a discussão seja guiada pela relação em campo, em um sentido contrário ao de elencar avaliações conclusivas, encontrei ressonâncias com as formas de engajamento comuns à antropologia. “Assim, guiadas pela intuição cartográfica, fomos pinçando aquilo que também nos pinçava, de modo a não haver separação entre o nosso plano subjetivo e aquele, objetivado, do campo observado” (FONSECA, 2007). A *Alta-Rizoma*, parece-me se constituir em uma

---

<sup>1</sup> A categoria de experientes é mobilizada por Ana Paula de Andrade (2012) em sua tese de doutoramento “Sujeitos e(m) movimentos: uma análise crítica da reforma psiquiátrica brasileira na perspectiva dos *experientes*”. O objetivo da autora é o de valorizar as vivências das pessoas no que tange às suas trajetórias em serviços de saúde mental.

mirada que entende, assim como a perspectiva formulada pela autora, “a reforma psiquiátrica como obra plural e em processo” (Idem). Os (des)caminhos que acompanhei na condução de minha pesquisa encontraram afinação com a sua formulação sobre a reforma,

Ao longo de seu plano de existência, é múltipla, transiente e a-subjetivada em maiores doses do que somos levados a supor. Pode agir sobre si mesma para, então, fazer existir as virtualidades que lhe são imanentes. Essa sua dimensão virtual ou o seu plano de consistência não é, entretanto, uma estrutura oculta. Encontra-se acoplado – como um duplo e um avesso – ao próprio plano de organização que não para de agir, bloqueando e tapando as linhas de fuga, interrompendo as desterritorializações, restaurando-as nos caminhos da representação. Seu plano virtual de consistência, por sua vez, não cessa de se extrair do próprio plano de organização, de levar forças a fugirem dos estratos, de realizar, no plano do micro, agenciamentos contra a corrente dos estratos. A RP, a exemplo de todas as contracorrentes, (...), sendo plano de tensões, luta e embate, passível de possuir tantas faces quantas forem as resoluções assumidas por suas forças em correlação problemática. Em sua dinâmica, procede por cortes no plano de imanência dos espaços onde se implanta, utilizando-se das forças que lhe são imanentes para conformar as sucessivas configurações de sua processualidade. A ação de corte, nesse sentido, age sobre as manifestações e rebeliões produzidas no caos e serve para restaurar a ordem molar por um instante ameaçada.

Em diálogo que Márcio Goldman estabelece com Bruno Latour de forma a opor-se a este último autor no modo como estrutura sua sociologia da ciência, registra-se a diferença das alteridades em questão para ambos os autores. O ponto almejado por Goldman é o de que levar em consideração principalmente as práticas e diminuir o estatuto do que dizem os cientistas é possível na medida em que o discurso dos cientistas dificilmente é questionado por nossa sociedade. Em contrapartida, na

pesquisa com o candomblé conduzida pelo autor brasileiro, os discursos de seus interlocutores de pesquisa recaem repetidamente no registro do que é falso ou, do que não é considerada a nossa verdade. Assim, gostaria de apostar na possibilidade de realizar simetriações antropológicas e levar a sério não só as práticas relatadas nas suas vidas, mas também os seus discursos em si:

Se as dificuldades sentidas por pelo menos alguns antropólogos frente a Latour parecem derivar dessa sua solidariedade com o ponto de vista do observador, por meio da qual, há muito tempo, Lévi-Strauss definia a sociologia em oposição à antropologia, noções como as de reversão, reflexividade e diferença intensiva podem, talvez, nos recolocar no caminho de uma verdadeira antropologia. Ou seja, daquela que acredita que o valor do diálogo com as formas de pensar e viver deve se apoiar justamente naquilo que elas têm de diferente, não na hipótese, implícita ou explícita, de que apenas “a unidade de um mundo comum” pode garantir a possibilidade ou estar na base do interesse por outras sociedades e por outros pensamentos. Creio que é apenas a exploração sistemática e infinita dessas diferenças que pode alimentar a esperança de compreender melhor os fenômenos que estudamos, e, simultaneamente, tornar mais interessante sua utilização iluminadora sobre nós mesmos, estabelecendo conexões mais ricas do que aquelas a que nos limitamos quando apelamos para a necessidade de um mundo em comum. (Goldman; 2008; p. 8)

A perspectiva rizomática lançada sobre os eventos que se conectam com a alta permitiu que se mantivesse a abertura para que essa desvinculação formal com o serviço fosse composta de elementos que à primeira vista pareceriam não ter relação com o encerramento das idas ao CAPS. As *Altas-Rizoma*, assim, apresentaram uma gama bastante heterogênea de elementos que correlacionaram práticas de atenção psicossocial no âmbito do CAPS e nas residências das pessoas que usufruíam do serviço de saúde, abandono social e familiar, novas construções de vinculações com outros serviços de saúde, condução de outras atividades.

Esclarecida, a forma como se pretende abordar a alta, gostaria de retomar a discussão elaborada anteriormente sobre a desinstitucionalização afim de apontar pistas de outras questões a serem enfrentadas na presente dissertação.

## **1.2 COMO A “ALTA” PODE SE RELACIONAR COM A DESINSTITUCIONALIZAÇÃO?**

A desinstitucionalização foi elaborada aqui, até agora, primeiramente, no modo como ela se constituiu em um princípio de atuação no campo da saúde mental. Um segundo passo foi dado a fim de apontar para a possibilidade de pensar esse conceito em consonância com as experiências particulares que o trabalho de campo produziu. Assim, a correlação entre a “alta” e a desinstitucionalização, com seus sentidos se constituindo a partir das experiências etnográficas, é potente em colocar em debate as práticas conduzidas nesse campo da saúde. As discussões elaboradas ao redor do mundo que marcaram as reformas psiquiátricas em diversos países, tomaram como ponto de convergência o combate ao molde manicomial que excluía da sociedade as pessoas entendidas como doentes mentais, ao mesmo tempo em que destituía uma capacidade, nas práticas de encarceramento, de identidade, de produção subjetiva (Desviat, 1999). Do enfoque biomédico sobre a doença, se erigiu um cuidado que atentasse para as demais dimensões da vida humana, além da dimensão biológica da vida, atentou-se também às dimensões sociais e subjetivas.

Ana Paula Andrade, em sua tese de doutoramento, privilegiou a perspectiva das pessoas que são chamadas no contexto da saúde mental de “usuárias” afim de elaborar uma abordagem crítica sobre a Reforma Psiquiátrica brasileira. Em seu trabalho denominou de *experientes* essas pessoas, afim de demarcar que suas vivências e conhecimentos no referido campo são tão ou mais relevantes que os saberes tidos como oficiais sobre a saúde mental. Pode se observar em sua recapitulação histórica do movimento reformativo nas políticas públicas de saúde mental dimensões que poderiam ser apontadas como nortes consensuais na reestruturação que privilegiou um novo cuidado em saúde: (i) a retirada do hospital psiquiátrico do centro da rede de cuidados em saúde mental com a extinção progressiva dos leitos nesses espaços; (ii) o “estabelecimento de um cuidado em liberdade, integral e de base



territorial”. Ou seja., os serviços deveriam se localizar perto das pessoas, ensejando a circulação destas pela cidade. (iii) e, a luta pela “superação da cultura manicomial” através da condução de práticas de assistência que tenham como base uma problematização de conceitos “tradicionais” do campo da saúde como “doença”, “sofrimento” e “saúde mental” (ANDRADE, 2012, p. 79).

A mesma autora, ao desenvolver sua análise crítica da Reforma Psiquiátrica a partir da perspectiva dos *experientes* nos mostra como a desinstitucionalização é conceitualizada por autores reconhecidos do movimento reformativo italiano. Andrade sublinha, ao elaborar leitura do que apresentam Rotelli, Leonardis e Mauri (2001) que a elaboração desse conceito tem como fundamentos principais a ação perante “a instituição e a loucura, em seus diferentes aspectos” (Idem, p. 228). A crítica se desdobra em duas frentes por capturar a relação intrínseca entre a criação do manicômio com o próprio surgimento do saber psiquiátrico e a conseqüente separação da doença da complexidade inerente à existência humana. A desinstitucionalização se debruçaria sobre a instituição e, da mesma maneira, sobre a loucura.

No que tange ao movimento de crítica ao modo como a saúde mental pública era praticada no Brasil, pode-se observar que dentre as duas dimensões a serem enfrentadas, referidas acima, houve uma que recebeu mais atenção. A autora destaca sobre a desinstitucionalização que no caso brasileiro, “o movimento que deu origem ao processo se localizou mais na crítica ao espaço do hospital psiquiátrico, ficando a crítica aos poderes e saberes instituídos colocadas em segundo plano” (idem, p.231).

Esse ponto tocado por Andrade, o da redução da potência da desinstitucionalização como agente de problematização da “instituição” e da “loucura” a uma crítica somente conduzida sobre o local onde é conduzido o tratamento – os manicômios e hospitais psiquiátricos, é emblemático. Essa simplificação possibilitou que se embaralhasse os sentidos desse conceito que teria a potência de questionar radicalmente a estrutura da saúde mental com a simples ideia reduzida da desospitalização (Idem. p.232).

Amarante (2003), ao analisar o mesmo conceito, aponta que esta noção teve origem nos Estados Unidos a partir de um plano de saúde mental elaborado no Governo Kennedy, e, basicamente, podia ser lido como um aceite do saber psiquiátrico e contestação da hospitalização,

pois implicou somente em medidas que visassem retirar o hospital do centro das práticas de saúde do referido campo. O mesmo autor comenta que essa primeira formulação da desinstitucionalização “inspira-se no paradigma psiquiátrico tradicional, assumindo a validade de seus princípios, e partindo do pressuposto de que a reforma implica a correta aplicação do saber e das técnicas psiquiátricas, ou seu simples rearranjo e condução administrativa” (2003, p. 16)

Andréa Valente Heidrich, também ao se debruçar sobre Rotteli, Leonardis e Mauri, nos apresenta como a desinstitucionalização assumiu diferentes significados no que tange à sua força nos EUA, nesse momento que foi chamado pelos autores como o da *psiquiatria reformada*.

Desinstitucionalização era palavra de ordem central, sendo utilizada como com diferentes objetivos, quais sejam: para os reformadores, (...) renovar a capacidade terapêutica da psiquiatria; para os grupos de técnicos e políticos radicais, ela simbolizava a perspectiva da abolição de todas as instituições de controle social e se emparelhava à perspectiva antipsiquiátrica; para os administradores, ela era sobretudo um programa de racionalização financeira administrativa, sinônimo de redução de leitos nos hospitais e resposta à crise fiscal. (Heidrich, 2007, p.55)

No âmbito do CAPS envolvido na presente pesquisa, se vislumbra o quanto essa potência diminuta da crítica ao modelo pode repercutir na própria perda da possibilidade da contestação. Em muitos casos nas experiências acompanhadas, pode se perceber uma centralidade conferida à ala psiquiátrica da instituição à qual se vincula o referido serviço substitutivo. O Centro de Atenção Psicossocial formulado com o intuito de descentralizar o hospital psiquiátrico na organização da política pública de saúde mental acaba ficando de lado nesse caso. Parece-me que as práticas de atenção psicossociais conduzidas, percebidas desde às experiências de meus interlocutores, são refratárias desse lugar de destaque conferido à própria ala psiquiátrica da instituição. Assim, a própria crítica a hospitalização acaba escamoteada.

Sabe-se que os Centros de Atenção Psicossocial, produtos da reforma psiquiátrica em curso no Brasil tiveram o objetivo de materializar o centro do cuidado em saúde mental em outro lugar, deslocando o hospital para a margem desse campo. Há que se salientar, como bem registrou Andrade, que o movimento reformista brasileiro não pode ser lido de forma homogênea ou consensual. Embora, muitos autores apontem para o fato de que a inspiração para as transformações em curso nesse país se remetam à reforma psiquiátrica italiana (Amarante, 1995; Andrade, 2012; Heidrich, 2007; Vieceli, 2014), a pesquisa de campo conduzida com pessoas que já não mais frequentam um CAPS aponta para a heterogeneidade de práticas de atenção psicossocial. Pois, a própria desospitalização não aparece como um norte, vide o fato de que todos os meus interlocutores passaram por períodos longos de internação, e, em alguns casos, obtiveram acesso ao CAPS em questão a partir da internação psiquiátrica.

Os relatos de experiência desenvolvidos nos novos encontros que se deram em 2018 com as pessoas que conheci quando realizei entrevistas no mesmo CAPS no ano de 2016 permitiram uma problematização desse princípio tão comentado até aqui. As perspectivas construídas a partir das práticas de atenção em saúde mental relatadas em conexão com os relatos de experiência sobre as demais dimensões de suas vidas potencializaram questionamentos sobre a desinstitucionalização e o próprio processo da alta. Em outras palavras, a pesquisa de campo possibilitou a realização de uma aproximação do princípio, enquanto norte de atuação, com as vivências, provocando uma tensão que é rica em apontar potencialidades e contradições.

O princípio da *desinstitucionalização* que se debruçaria sobre todo o campo da saúde mental ensejando uma reestruturação radical, ao ser *desterritorializado* permite que determinados “nós” situados no caminho de um cuidado em saúde mental que privilegie a integralidade da experiência humana e o cuidado em liberdade sejam visualizados. O Centro de Atenção Psicossocial, que a princípio se ergueria como um efeito ou produto dessa reestruturação, acaba sendo interpelado novamente por aquele princípio com o acompanhamento das trajetórias dos interlocutores da pesquisa no que se refere ao que se conecta com o momento que se segue ao rompimento do vínculo formal com o serviço de saúde em questão. Assim, a desinstitucionalização, articulada com as experiências de campo, se direciona para o próprio CAPS em que essas pessoas frequentavam, visto que, há uma proximidade inquestionável

entre o serviço oferecido pelo CAPS em questão, e o serviço oferecido pela ala psiquiátrica da mesma instituição.

As problematizações aqui construídas não pretendem encerrar julgamentos sobre a atenção psicossocial. Em contrapartida, elas almejam seguir a esteira da reforma psiquiátrica tendo em vista que a mesma propõe a participação dos usuários na própria (re)configuração dos serviços de saúde mental. A pretensão aqui é a partir dos relatos de experiência destes esboçar de que forma as relações se apresentam entre profissionais de saúde e usuários, entre os usuários entre si, assim como, entre estes e suas famílias e amigos.

Além dessa tensão produtiva de lançar mão da etnografia para refletir sobre o campo da saúde mental a partir do que os relatos de experiência apontaram em suas conexões com princípios de atuação construídos no discurso da reforma psiquiátrica, almeja-se ressaltar a presença do enlace histórico e político desse campo da saúde na escrita desta dissertação.

### **1.3 COMPONDO O CENÁRIO DA SAÚDE MENTAL NA CONTEMPORANEIDADE**

Essa dissertação ao se circunscrever à temática que envolve a saúde pública, especificamente os Centros de Atenção Psicossocial, inevitavelmente coloca em debate a forma como a antropologia pode abordar o Estado. O entendimento desenvolvido pelas ciências humanas e sociais, mais vigorosamente pela ciência política, acerca do Estado, é o de toma-lo como uma entidade concreta. Do ponto de vista da antropologia, por muito tempo, não se considerou o Estado como objeto legítimo de estudo. Entretanto, como aponta Veena Das e Debora Poole, mesmo quando a antropologia se debruçava sobre os chamados povos “primitivos”, ou “sem estado”, a procura por uma elaboração destes povos como detentores de ordem ou razão, são justamente marcas do Estado moderno europeu (Das et Poole, 2008, p. 20).

A perspectiva a ser adotada em relação ao serviço público de saúde mental em questão, não é a de tomá-lo como um dado. Ademais, como bem ressaltou Tânia Fonseca (2007), a reforma psiquiátrica brasileira é melhor lida se adotarmos a perspectiva rizomática de Deleuze

e Guattari. Esta não se desenvolveu de forma unívoca e homogênea, tendo na verdade se constituído de variadas formas tanto em suas configurações espaciais, quanto em suas práticas. Sendo assim, a perspectiva aqui adotada persegue esse tipo de mirada sobre o CAPS. A de entendê-lo desde as práticas, e, dessa forma, observar como as correlações de força e as produções de subjetividade vão se constituindo, ou melhor, se cristalizando, de forma contingencial e não de forma prescrita.

Ao acompanhar os relatos e trajetórias de meus interlocutores tomando como pano de fundo o que se conectou com o processo da alta no âmbito do CAPS, procurei realizar um movimento de análise etnográfica da política pública de saúde mental.

Muitos Centros de Atenção Psicossociais são vinculados a complexos hospitalares, redes de saúde de grande porte e longa história. De pronto, uma das primeiras questões a serem enfrentadas diz respeito a possibilidade de CAPS vinculados a instituições reconhecidas por sua longa data de serviços prestados, aplicarem em suas práticas a abertura para uma constante reconfiguração proposta pelas discussões e lutas do movimento antimanicomial e da reforma psiquiátrica. Embora essa realidade não seja encontrada em todo Centro de Atenção Psicossocial, no caso do serviço substitutivo em que meus interlocutores estiveram vinculados observou-se essa correlação. O CAPS relativo à pesquisa compõe os serviços prestados por uma instituição hospitalar, e, no que tange ao seu hospital, não é um hospital psiquiátrico, mas apresenta uma ala psiquiátrica. É possível a *desinstitucionalização* agir em um serviço vinculado a uma instituição hospitalar? Ou melhor, de que forma podemos observar esse princípio quando estamos diante desse cenário? Obviamente, não há que se formular uma resposta universal, mas essa questão pode ser interessante se levarmos em consideração as experiências da presente pesquisa. Se almejo realizar uma abordagem a partir da noção de rizoma, não posso deixar de atentar para o predomínio de linhas centrais e molares em sua constituição.

De todo modo, as inquietações que mobilizam a continuidade da trajetória acadêmica aqui pretendida, se fundam na assumpção do quão desafiador é atingir a potência da proposição do movimento reformista da saúde mental em um Centro de Atenção Psicossocial, serviço de saúde público oferecido pelo Estado. Mais desafiador ainda é observar a realização do CAPS em sua proposta substitutiva quando este é anexo a uma instituição hospitalar.

Outro elemento desse cenário se refere ao contexto político mais amplo. Em dezembro de 2017, o Ministério da Saúde aprovou uma reformulação que caminha na contramão do processo da Reforma Psiquiátrica brasileira. A lei 10.216 de 2001, estabelecia um princípio de destinação de recursos para a saúde mental pública que visava o abandono dos leitos hospitalares em prol de um cuidado em saúde prioritariamente ambulatorial e territorial. Entretanto, a nova face que quer ser desenhada na política de saúde mental retorna aos moldes anteriores, e prioriza a criação de leitos hospitalares, e o incentivo financeiro também para serviços de comunidades terapêuticas sem a devida regulamentação e fiscalização.

Segundo carta redigida e publicada no sítio oficial da Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME) com título “A (Re)Volta dos que não foram (ou a falácia da segunda reforma psiquiátrica)” datada de primeiro de janeiro de 2018, não foram fornecidos dados que subsidiem a adoção dessa postura pelo Ministério da Saúde, ademais, os últimos dados emitidos pelo Ministério indicam justamente um quadro oposto. O aproveitamento de leitos hospitalares em hospitais gerais demonstrou uma baixa taxa de ocupação e a presença dos CAPS sinalizou uma redução do risco de suicídio em 14%. Outro ponto levantado é que se não há recurso novo diante da situação de “crise”, o montante elevado de recursos anunciado para a criação de leitos e para comunidades terapêuticas só pode significar uma redução no investimento para a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Sugiro que o quadro acima exposto, somado aos elementos que serão trazidos nos capítulos seguintes aponta para um recrudescimento de uma atenção em saúde mental que destaca a dimensão biológica da vida, em relação às demais. Didier Fassin, antropólogo francês conhecido por formular uma antropologia política da saúde e por sua leitura crítica e produtiva de Michel Foucault, recentemente nos apresentou um conceito que se relaciona intensamente com as tensões envolvidas na estruturação da saúde mental principalmente, no que tange a construção de políticas e programas de saúde mental. A *biolegitimidade*, que propõe o autor, de forma resumida, poderia ser lida como o valor hegemônico da vida em sua dimensão biológica, sobrepondo-se a outras dimensões que a compõe, como a social e a política. Assim, o autor questiona como problemas sociais evidentes só ganham respaldo na formação de políticas públicas na França quando impactos na vida biológica são apresentados publicamente (Fassin, 2010).

Gostaria de deslocar esse conceito para o campo da saúde mental e pensá-lo nesses termos. Aparentemente o desafio da saúde mental como um campo está não na formulação de uma diretriz para pensar a saúde e a vida em termos sociais e políticos, mas na conquista de uma continuidade e aprimoramento de uma ideia de cuidado em saúde já formulada pelo movimento reformativo que contempla a vida em suas distintas dimensões. Sugiro que esse movimento de recrudescência conservadora de setores do campo de atuação da saúde mental demonstra a potência dessa economia moral (Fassin, 2004) que posiciona em destaque a vida em seu recorte quase exclusivamente biológico.

Apresentadas as inquietações que estão por detrás das motivações da condução desta pesquisa, a seguir evidencio os modos como o campo está entrelaçado com perspectivas teóricas da antropologia. Exponho na seção seguinte introdutória que tipo de pistas este pesquisador perseguiu, e os modos de articular discussões amplas do campo de saúde mental com as experiências singulares construídas em campo.

#### **1.4 AS AFECÇÕES COMO ENTREVISTADOR NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL EM 2016: AS PRIMEIRAS COSTURAS ETNOGRÁFICAS**

Estou na entrada do serviço de saúde. Na pequena “recepção” onde consta a plaqueta “Sala de Acolhimento”. Como de costume, sempre que chego ao CAPS, organizo-me para a realização das entrevistas com as pessoas que estão sendo assistidas pelo equipamento de saúde em questão. Enquanto procuro na lista que havia sido me passada para o cumprimento do trabalho de entrevistador quais as pessoas que poderiam ser entrevistadas naquele dia, sou interpelado por Alberto. Por duas vezes já tinha tentado a interlocução com ele: numa delas fui coibido por um dos profissionais que me alertou sobre o recente retorno de Alberto da internação hospitalar; em outro dia, quando fui conversar com ele, vir a saber se tinha interesse em fazer a entrevista, obtive um não com um balançar de cabeça. Notei que das vezes que eu estava presente lá, sempre o via sozinho, pelos corredores, mas em especial na “Sala Multi-Uso” que continha quadro negro, mesa, violão computador, livros...

Assim que Alberto se sentou perto de mim perguntou:

- Tu que tá conversando aqui?

- Sim, se tu quiseres, podemos fazer a entrevista. Que tu acha?

- Acho que sim...

- Então vamos lá. Vou procurar uma sala que esteja vaga, vamos junto.

Entramos em uma das salas e, como sempre o fazia, expliquei qual era o sentido da pesquisa, que eu era um entrevistador e de que minha formação no ensino superior não se dava na área da saúde, que a entrevista poderia ser interrompida a qualquer momento sem implicar em nenhum prejuízo na assistência em saúde do CAPS, enfim, preenchi os dados de identificação que servia de dispositivo no aplicativo do questionário para permitir ou não a realização da entrevista. Alguns critérios de objetividade estavam ali colocados como por exemplo ter sido encaminhado de um posto de saúde, e ter ingressado no serviço a no máximo três anos com o fim de garantir a credibilidade da memória dos entrevistados. Até aí, tudo certo. Quando apresento o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e peço para que Alberto o assine, um encontro não previsto acontece.

No momento de assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Alberto me disse que não assinaria. Não como Alberto. Queria assinar como Outro, ou como Minha Vida. E assim o fez. Disse-me que estava muito feliz em ter me encontrado, pois sempre que dizia que queria ser Outro, era conduzido a ser o Alberto novamente pela equipe de saúde. Inclusive, disse-me que iria levar aquele documento ao posto de saúde para que pudesse ser reconhecido de outra forma, não mais como Alberto. Nesse ponto, me senti na obrigação de lhe dizer que o documento não surtiria o efeito desejado por meu interlocutor (será mesmo que o documento não significou a possibilidade de um Devir, de uma linha de fuga, de um desejo?). Após nossa conversa, que ficou marcada por esse Outro que, desde um novo lugar de enunciação contou-me sobre como era a vida de Alberto, entendi que devia contar para a equipe o que acontecera nesta entrevista. Quando termino o relato sobre os efeitos inesperados do TCLE recebo como resposta de profissionais da equipe uma leitura que codifica completamente sua fala desde o problema de saúde mental e ao uso de medicação incorreta. (Fragmento de Diário de Campo, Agosto, 2016)



\* \* \*

Essa experiência como entrevistador é emblemática em apontar para diversas questões no que se refere às relações desenvolvidas no âmbito do CAPS, assim como no modo com que a atenção psicossocial se materializa em suas práticas. Ademais, um olhar etnográfico permite que a antropologia tenha potência ao questionar de que forma se cristalizam alteridades nesse contexto, ao mesmo tempo em que procura por devires no contexto em que aparecem poucos espaços para a diferença.

Embora o trabalho etnográfico produzido no reencontro com interlocutores conhecidos no ano de 2016 que já vivenciaram o processo da alta, ou seja, não se desenrole mais no interior do serviço de saúde, os relatos de experiências se deram em muitos momentos sobre o CAPS. Corroboro a visão de Otávio Bonet em “de restos e sofrimentos: sobre fazer etnografias em serviços de saúde” (2018), quando este autor busca responder porquê e o que pode a antropologia ao se debruçar sobre o campo da biomedicina. Bonet propôs uma mesa sobre antropologia da saúde no encontro da Associação Brasileira de Antropologia em 2012 afim de discutir o possível desmembramento desse campo, dada a força que outros conceitos vinham apresentando no modo como a antropologia analisa as diferentes dimensões que compõe o processo de saúde e doença – tais como *pessoa, corpo, sofrimento, emoção, sexualidade*, gênero. Sua defesa é a de que desde os aportes da antropologia pode-se abordar “dimensões fundamentais dos processos de adoecimento, as dimensões da vida que abrangem os sofrimentos e afetos; mas, acima de tudo, adquirimos a certeza, por experiência própria, de que todas essas dimensões sempre deixam um ‘resto’ de que ‘vazam’” (p. 23).

Gostaria de percorrer os passos dados por este autor afim de elaborar de forma mais clara a noção que fundamenta o seu argumento de uma antropologia do “resto”. Essa tarefa é conduzida em diálogo com o questionamento de um psicanalista e psiquiatra – Mário Eduardo Costa Pereira (2002) acerca do futuro da psicanálise. Aproveitando sua dupla condição no trato com a saúde mental, há nesse texto um tensionamento constante entre psicanálise e a psiquiatria biológica – cujo impulso se deu a partir da publicação do manual DSM-III na década de 1980. Essa psiquiatria biológica se fundamentaria no deslocamento do uso da noção de doença mental, em prol da ideia de transtorno. Dessa forma, segundo Costa Pereira, a psiquiatria deixaria de se erguer sob uma ideia

transcendental que essencializaria os problemas relacionados ao sofrimento, e, sim, se daria através de um método empírico-experimental marcado pela convencionalização “do que é desejável ou não no comportamento dos outros e de si próprio” (COSTA PEREIRA, 2002, p.243). De todo modo, funda-se assim uma perspectiva biológica dos transtornos mentais, “olha-se a loucura sob o prisma da biologia” (BONET, 2018, p. 25).

Esses pressupostos empírico-experimentais dessa psiquiatria que visavam operacionalizar suas práticas, acabaram por deslegitimar outras disciplinas que buscavam desenvolver debates sobre o sofrimento psíquico. E, por outro lado, como defende Costa Pereira, essa preocupação em estabelecer uma inscrição no que é “natural” ou “biológico” por essa via da psiquiatria acabou por deixar de fora o real (BONET, 2018, p. 25). Sigo os traços deixados pela aposta de Bonet de que a antropologia é potente em capturar dimensões de vida que passam despercebidas em muitos casos nas práticas biomédicas ao se ocupar etnograficamente do campo da saúde pública. Ao se apoiar nos argumentos do psicanalista e psiquiatra Costa Pereira, o mesmo pontua:

Para exemplificar esta ideia, o autor retoma vários casos da sua prática clínica que mostram como esse real retorna. Os pacientes com transtorno de pânico, por exemplo, que ao tomar a medicação apresentam uma melhora significativa, reduzem as crises de pânico, mas que tempos depois continuam com medo de que as crises voltem, permanecem inseguros, alguns hipocondríacos, depressivos etc. Ou seja, algo resiste em se enquadrar nessa forma de delimitarmos o mórbido e sua cura. (...) O que desejo sublinhar é essa ideia de que algo resiste, de que sempre há um resto que tem que ser escutado, de que podemos fazer protocolos de práticas, mas gaverá algum resto. (Bonet, 2018, p.25)

Em uma linha de argumentação próxima à inquietação de Bonet acerca do desmembramento do campo da antropologia da saúde com o surgimento de outros enfoques e a consequente passagem da análise das “práticas da biomedicina enquanto instituição hegemônica” para um abrigo nos estudos desenvolvidos pela saúde coletiva, Mário Saretta (2015), questiona a capacidade da antropologia em lidar com as alteridades do campo da saúde mental. A indagação promovida por

Saretta se dá após sua análise da forma como muitas pesquisas acionam ferramentas construídas pela disciplina antropológica ao abordar o referido campo. Segundo o autor, a maior parte dos trabalhos é realizado por pesquisadores do campo da saúde coletiva, enfermagem e psicologia e a mobilização de aportes metodológicos comuns à antropologia têm o efeito de desestabilizar conceitos comuns aos seus campos, mas não conduzem uma reflexão que coloca em revisão noções sobre representação, natureza, cultura, que são tão presentes nas análises antropológicas (SARETTA, 2015).

A *Alta-Rizoma* enquanto uma produção conceitual, se alinha à possibilidade de atentar para os diferentes elementos que participaram da situação atual com que vivem as pessoas participantes da pesquisa. Assim, esse modo de ler o trabalho etnográfico, me permitiu uma leitura que aborda cada interlocutor a partir das afecções que se construíram nas experiências de campo.

João Biehl (2007) ao realizar uma etnografia a partir da vida de Catarina, nos oferece a aposta teórica de pensarmos em uma antropologia que seja capaz de avaliar e desenhar o contexto moral potencialmente sufocante a que determinados grupos sociais estão submetidos, sem perder de vista a capacidade do desejo se sobrepôr ao poder. A antropologia do devir serve como inspiração para a presente dissertação na medida em que encara a teoria antropológica como diretamente interpelada pelos devires da pesquisa de campo:

Nos parece, que a antropologia tem (e sempre teve) uma produtividade teórica quando explora como as pessoas navegam configurações políticas, econômicas e tecnológicas contemporâneas e que nunca foi tão forte sua capacidade de se engajar em uma multiplicidade de ideias filosóficas. (...) Que papel pode a antropologia ocupar nesse processo, e como nós podemos escrever de um modo que liberte alguma dimensão dessa vitalidade ao invés de contê-la, reduzi-la, simplifica-la? (tradução livre) (Biehl; Locke; 2010)

Assim, o desafio da presente dissertação está na construção delicada de expor criticamente “as configurações políticas, econômicas e tecnológicas contemporâneas” de que falam os autores, sem incorrer na simplificação da vitalidade contida na experiência de campo. Gostaria de

articular como eixos principais teóricos aqui, a “antropologia do devir”, atenta a cristalização de linhas de fuga e de devires por parte de meus interlocutores, assim como por parte do pesquisador; com uma antropologia política da saúde, tal qual propõe Didier Fassin, antropólogo francês responsável por uma leitura crítica de Michel Foucault que nos conduz a pensar as dimensões triviais das políticas públicas, assim como a avaliar as economias morais dos tempos atuais que conferem à vida biológica seu valor supremo.

Como vão sublinhar mais adiante no texto os relatos de meus interlocutores, um passo inescapável a realizar é o de não tomar as alteridades do campo como ontologicamente fixas. Os sujeitos que participaram da pesquisa são abordados antropologicamente na possibilidade de pensá-los nas reversibilidades e dinâmicas internas que apresentam (Maluf, 2010). Embora a antropologia tenha sido marcada nos tempos recentes por uma reflexão intensa que busca ampliar o entendimento de quem são os sujeitos de saber antropológico, admitindo que a partir da disciplina antropológica se constrói um saber e que os sujeitos pesquisados produzem outro, ainda falta uma abordagem sistemática e densa a respeito do “sujeito” como categoria analítica e possibilidade de chave de leitura para o contemporâneo.

Sônia Maluf, em “Por uma antropologia do sujeito: da Pessoa aos modos de subjetivação” (2013), embora sinalize que ainda, nas antropologias das sociedades complexas e contemporâneas “o sujeito (empírico e conceitual) tem sido em geral situado no interior da configuração individualista moderna, e muitas vezes reduzindo a esta – sujeito e indivíduo sendo tomados como duas faces da mesma moeda, (...)” (MALUF, 2013, p. 132), realiza uma aposta na possibilidade de tomar a categoria “sujeito” a partir de sua elaboração crítica recente desde as ciências humanas, apresentando-o sob rasura (MALUF, 2013).

O sujeito como um conceito sob rasura carrega a história de sal própria crítica e desconstrução. Um paralelo contemporâneo é a operação que a antropologia tem feito em relação a conceitos caros ao nosso campo, como grupo social, sociedade, parentesco, identidade, Estado e mesmo de religião. No entanto, se por um lado a teoria social crítica tem mostrado, de forma mais ou menos visível desde pelo menos o final dos anos 50 os limites desse sujeito iluminista universal, o sujeito

permanece no centro das reflexões contemporâneas. O grande descentramento provocado tanto pela crítica teórica como também das transformações provocadas pelas novas emergências identitária, pelos movimentos e lutas sociais, é deslocar o sujeito de sua ontologização essencialista para uma discussão sobre seus modos e regimes de constituição (de subjetivação), para seus agenciamentos e seus diferentes atravessamentos. (Maluf, 2013, p. 134)

A perspectiva a ser adotada, desse modo, não toma os sujeitos da pesquisa como “usuários do CAPS”, em contrapartida procura os sentidos atribuídos pelas pessoas sobre suas vivências em relação às demais dimensões de sua experiência.

Um exemplo etnográfico sobre a *Alta-Rizoma*, pode ser lido na forma como seu Paulo, um senhor de aproximadamente 70 anos, experimentou esse processo de término de idas ao CAPS. “Não foi fácil, eu mesmo, não queria ter deixado de ir pra lá”. Quando telefonei para esse interlocutor afim de marcar uma conversa, contando-o que atualmente visava conduzir uma pesquisa sobre o processo da alta, considerei relevante o fato de Paulo sugerir o próprio CAPS como ponto de encontro. “Aí já passo lá para dar um ‘oi’ para o pessoal”.

Terminamos por nos encontrar em um café que se situa próximo ao serviço de saúde em questão. Sobre a alta de seu Paulo, tanto Anderson – outro sujeito da pesquisa, quanto a sua amiga assistente social – tiveram o que dizer quando comentei da participação dele. “Desde o momento que a profissional responsável por seu Paulo no CAPS entendeu que ele deveria reduzir o número de idas ao serviço de saúde, passando de turno integral, para alguns dias pela manhã e outros à tarde, ele mudou de estratégia. Ele sempre foi muito, assim, contestador, e, então decidiu que ia tentar ser mais tranquilo por lá”. Anderson comentou que tinha sido bem difícil, “o dia em que seu Paulo soube que não ia mais lá, rolou uma discussão bem feia”.

Seu Paulo, no momento de nosso reencontro disse-me que hoje estava bem. Morava com sua filha, tinha namorada, trabalhava com seu irmão em uma confecção de roupas. Em nossas conversas também comentou que tocava percussão em um grupo musical, e, viajava para encontrar amigos músicos que tinha em uma cidade litorânea do Rio

Grande do Sul. De todo modo, Paulo comentou, que queria ter dado uma oficina de música lá no CAPS antes de ter finalizado o seu período de idas lá. Pergunto-me se não pode ser observada uma tentativa de consolidar um outro lugar na relação que estabelecia com as pessoas no âmbito do serviço especializado em saúde mental, se não se pode pensar na tentativa de ser identificado de outra forma nas relações que mantinha lá. Assim, podemos ler a “alta” já como uma sinalização dos profissionais de que seu Paulo não é visto do mesmo modo que o era quando ingressou aos cuidados do CAPS. De todo modo, era dada a continuidade de acompanhamento para o problema de saúde que enfrenta em um outro serviço de atenção básica, me mostrou um pote de remédios, “não posso deixar de tomar meu remédio, se não fico irritado muito fácil com qualquer coisa, saio brigando por besteira”. Aparentemente, seu Paulo procurava ter reconhecido outro lugar subjetivo reconhecido nas relações que mantinha no âmbito do serviço substitutivo ao querer conduzir uma oficina de música.

Tendo em vista esse posicionamento teórico e epistemológico, a discussão a respeito de como meus interlocutores são nomeados na perspectiva da saúde pública também mostra-se necessária. Como bem aponta Ana Paula Muller Andrade (2012), basicamente vigoram duas denominações para a pessoas que receberam um diagnóstico de problema de saúde mental e que usufruem de serviços especializados em saúde desta área: no texto da Política Nacional de saúde mental são nomeadas como “pessoas portadoras de transtornos mentais”; já no contexto da reforma psiquiátrica brasileira são denominadas “usuárias”. As próprias pessoas no centro desse cenário demonstraram seu posicionamento a esse respeito:

Utilizamos a expressão usuário, assim como se utiliza a expressão “técnicos, para designar situações específicas. Na verdade nós, usuários entre aspas, somos pessoas, seres humanos totais integrais, acima das condições circunstanciais dos Serviços de Saúde Mental. Entretanto, as pessoas neste movimento não se chamam uns aos outros de usuário, mas companheiros, participantes e amigos. (Carta de Direitos e Deveres dos Usuários e Familiares dos Serviços de Saúde Mental, 1993)

A saída apresentada pela autora, a de chamá-los de *experientes* se mostrou inspiradora para a minha pesquisa, dado que, assim como no

caso desta, o foco se coloca nas experiências de recebimento de alta, ou melhor nos relatos/narrativas sobre estas experiências.

Ao inscrever no texto as experiências que se desenrolaram na pesquisa de campo, pretendo colocar em conexão os relatos de experiência, desinstitucionalização, o processo da alta, as relações no âmbito do CAPS, as relações com demais serviços de saúde, com familiares e amigos, moradia atual, dentre outros elementos etnográficos. Dessa forma, a antropologia em sua capacidade qualitativa de escuta, observação e participação permite que se escave uma fresta para que possamos olhar para a área da saúde mental desde outras perspectivas.

## **1.5 ALTA-RIZOMA: UMA PERSPECTIVA METODOLÓGICA**

Aqui gostaria de expor o modo como foi se desenrolando um giro no que se refere a especificidade da metodologia a ser empregada na pesquisa. A elaboração do conceito da *Alta-Rizoma* é resultado de um debate entre perspectivas antropológicas que perpassam a construção de uma antropologia da saúde, em favor das discussões mais recentes sobre uma antropologia que se relacione de outra forma com divisões clássicas dos saberes chamados de modernos como natureza e cultura ou representação e realidade.

Como o trabalho interpela a dimensão da saúde mental, procuro analisar as formas como as ciências sociais tem abordado o sofrimento, a aflição, o infortúnio ou a doença, tendo em vista ser essa uma temática clássica. Para essa empreitada, lanço mão do trabalho de sistematização desse campo da antropologia realizado por Jean Langdon, Maj-lis Follér e Sônia Maluf (2011) que em seu trabalho “Um balanço da antropologia da saúde no Brasil e seus diálogos com as antropologias mundiais” busca entender os caminhos que levaram a antropologia a abordar este tema para me posicionar em relação ao que se conhece desde a década de 1970 no Brasil como antropologia da saúde.

A análise proposta parte da definição de conceitos capazes de, não só perceber a emergência da saúde como um “campo de pesquisas antropológicas” (LANGDON; FOLLER; MALUF, 2011), mas, outrossim, acompanhar de que forma este se articula com estruturas de

poder, atores e eventos em sua evolução. Não pretendo fazer uma recapitulação detalhada do que apontam as autoras, procuro reter as dimensões que considero pertinentes para a localização dessa área do saber no que tange à antropologia enquanto disciplina acadêmica. Assim, além de pinçar o que consideram os primeiros trabalhos no referido campo em sua dimensão de liminaridade que a coloca em diálogo com outros campos do saber, é levado em consideração na análise, a organização dos programas de pós-graduação em sua estrutura formal avaliativa com seus órgãos de fomento – Coordenação de Aperfeiçoamento de pessoal de nível superior (CAPES) e Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico (CNPq) - que repercute diretamente na injeção de recursos para a produção científica.

De todo modo, os primeiros trabalhos antropológicos que interpelam a saúde no Brasil, se deram por décadas sem que se vislumbrasse neles a constituição de um campo de pesquisa em si. Com uma influência evolucionista, os estudos privilegiaram a análise de práticas populares “que buscavam fazer o inventário das práticas tradicionais, assim como nos primeiros estudos de campo voltados para as medicinas populares, abordando a saúde e as práticas de cura como tradições culturais que tenderiam a desaparecer” (LANGDON et al, 2011).

Entre as décadas de 1940 e 1960 existe um período em que há heterogeneidade nas pesquisas que se debruçam de algum modo com a temática da saúde,

Uma característica desses anos iniciais das próprias ciências sociais no país, e que irá marcar também os caminhos pelos quais se desenvolve a antropologia da saúde no Brasil a partir dos anos 1970, é a presença e a influência de cientistas sociais e, particularmente, de antropólogos franceses que contribuíram para o crescimento da antropologia brasileira durante esse período. Como consequência dessa proximidade inicial, os autores franceses são mais frequentemente citados pelos cientistas sociais no Brasil, e muitos trabalhos relacionados ao tema da saúde, incluindo os de Boltanski, Bourdieu, Canguilhem, Foucault, Herzlich e Laplantine, foram traduzidos e publicados no Brasil. O mesmo não acontece com



os autores norte-americanos e britânicos que são referência para a antropologia médica. (Langdon et al; 2011)

A antropologia médica norte-americana também detém relativa influência, mas é vista como problemática no sentido de que mantém um olhar que referencia o conhecimento biomédico sobre essas dimensões, e, dessa forma, avalia o que pode ou não ser considerado um conhecimento válido sobre saúde em outras sociedades. Kleinman (1978) é uma referência importante como exemplo de como a antropologia médica começa a dar passos para relativizar a hegemonia de seu próprio conhecimento sobre saúde e doença em relação a outras sociedades. Ao constituir conceitos como *Illness e Disease* permite que se pense como se experientia o sofrimento e a doença de outros pontos de vista, que não o biomédico. Como pontua Sartí, o campo da antropologia da saúde vai se desenvolvendo através do embate com o saber biomédico, e, sendo assim, pretende enfrentar o reducionismo desse saber que se atém ao biológico para dar conta de outras dimensões do adoecer. Uma das dificuldades ou desafios da antropologia está justamente nessa inscrição no campo da saúde, muitas vezes as capacidades de lidar com a dimensão qualitativa próprias da antropologia é utilizada, mas de forma equivocada.

De forma a situar o debate sobre as diversas abordagens que a antropologia lançou sobre o campo da saúde, na busca por ampliar a compreensão dos processos que envolvem o sofrimento, há uma perspectiva na antropologia da saúde brasileira que ancora-se nas discussões de Dumont (1966) sobre o indivíduo como representação da pessoa, e dessa forma, também conversa com Marcel Mauss. Como pontua Sartí, Duarte (1986, 1994), autor conhecido pelo estudo dos “nervos” como uma categoria mobilizada e que rompia com a separação entre o corpo e a mente tradicional do biologicismo médico, apresenta a proposta de que “a relativização da categoria de indivíduo é axial para desconstruir a biomedicina como fato cultural, contextualizando a ‘doença’ numa problemática mais ampla, que o autor engloba nas categorias da ‘pessoa’ e do ‘corpo’.” (SARTÍ, p. 205, 2010).

De todo modo, o passo que busquei dar, ao emprestar da filosofia da diferença a ideia de rizoma, foi a de superar um tratamento sobre os relatos ou uma interpretação das práticas de meus interlocutores no registro de que formulariam representações sobre um mundo material que teria existência unívoca a todos. Assim, como demonstrarei a seguir,

passei a considerar tanto os relatos, como as práticas como produtoras de realidades. A alta-rizoma, assim, propõe que se encare os elementos etnográficos a partir do estatuto de que as diferentes práticas produzem, cada uma contribuindo a seu modo, distintas possibilidades ou limitações de alinhar as vidas de meus interlocutores com seus desejos de não submissão ao sofrimento e de não internação/isolamento.

Inicialmente trilhei os passos de uma antropologia da simetria (Goldman, 2008), inspirado na obra “A invenção da cultura” de Roy Wagner. Considerar meus interlocutores como produtores de conceitos me permitiria compreender como estes elaboraram o evento da alta, assim como suas relações como um todo. Procurei apostar na possibilidade de pensar antropologicamente a respeito do modo como estes “inventam” suas vidas a partir da experiência no serviço. Inspirado na tese de doutoramento de Fernanda Cruz (2014) “Jovens em devir: invenção de novas possibilidades de vida para além da institucionalização”, em que a mesma expõe possíveis devires de jovens egressos de casas abrigo, procuro pensar que as formas de inserção no âmbito do serviço de saúde mental passam pela proposta wagneriana de uma antropologia que leve em conta “a motivação humana em nível radical” (CRUZ, 2014, p. 37). A autora, ao refletir sobre como essas pessoas lidam com a desinstitucionalização, rejeita a ideia muito frequentemente adotada de que há uma “sobrevivência” pós término da assistência prestada pelo Estado (CRUZ, 2014, p. 206).

Embora esse enquadramento tenha sido rico à proposta dessa dissertação em parte, o acompanhamento de como se deu o processo da alta pode ser melhor lido a partir de outra perspectiva. As discussões antropológicas sobre agência conduziram a uma costura teórica mais potente para as questões encaradas na pesquisa. Houve este embate de colocar a experiência de campo em destaque em relação a teoria antropológica. Gostaria de seguir a leitura da proposta de Isabelle Stengers e pensar a agência como evento de conexão.

À primeira vista, o processo da alta sugere uma ruptura, uma desconexão, pelo menos no que diz respeito à vinculação das pessoas que recebiam a atenção psicossocial, entre elas, e, também, com os profissionais do serviço em questão. A minha aposta está na possibilidade de pensar nas práticas correlatas tanto ao momento em que os interlocutores da pesquisa se encontravam com idas ao CAPS, assim como aos momentos anteriores ou posteriores a essa experiência.

Stengers estabelece que um elemento fundamental para sua concepção de agência é a ideia de prática. Souza e Rabelo (2018) em “Agência: para além da oposição entre atividade e passividade” apresentam uma leitura interessante para este trabalho:

Como forma de vida, uma prática congrega participantes, mas não se define por aquilo que eles têm em comum, senão pelo estar junto que caracteriza a participação. Como enfatiza a autora: ‘participação não é compartilhar um traço comum, mas entrar em um processo de conexões, cada conexão produzindo e sendo produzida por um dever de seus termos’ (Stengers, 2009, p. 14). Em uma prática, os participantes se definem por seus envoltimentos (...). São vínculos que importam, que os praticantes se empenham em realizar ou honrar, enfrentando sempre o risco de falharem, de traírem aqueles a que estão obrigados. (SOUZA; RABELO; 2018, p. 111)

Com essa ferramenta conceitual constitui-se o horizonte que permite ao mesmo tempo entender o evento da alta em seus diferentes envoltimentos e conexões, assim como pensar sobre as práticas conduzidas nos dias em que a pesquisa de campo foi conduzida quando o vínculo formal com o CAPS já havia sido desfeito. Ao invés de pensar nos agentes em termos de atividade ou passividade, a agência é melhor entendida como evento de conexão,

Uma conexão não pode ser deduzida do ethos (das capacidades, hábitos, necessidades) daqueles que se encontram em relação; é sempre resposta ao apelo da situação, embora não um efeito direto desta. Entender o movimento da agência em cada caso requer substituir a figura da árvore pela do rizoma. Isto é, substituir a imagem de conexões que obedecem a uma ordem mais ou menos fixa (da qual poderiam ser deduzidas pelo desenho de conexões que, feitas passo a passo e através de trabalho, podem sempre adicionar dimensões novas e imprevisíveis ao que é conectado. Uma conexão, observa Stengers, é um evento, nunca uma derivação. E ‘eventos de conexão são questão

de realização, a criação de possibilidades novas e questões novas para ambas as partes. (Idem, p.111)

A *Alta-Rizoma* se constitui assim como essa perspectiva etnográfica de priorizar os relatos e as práticas ao que se coloca em relação com a “alta” de algum modo. As narrativas são entendidas neste trabalho na perspectiva apontada por Jean Langdon (1999), pensando-as não como fixas, mas como inseridas em um “contexto cultural de sua produção” e como “performance” (Langdon, 1999).

Como de certa forma, a pesquisa acaba interpellando as trajetórias dos sujeitos que participaram desta, torna-se inevitável que o autor situe-se em relação às discussões sobre trajetórias de vida. Paulo Guérios (2011) em “O estudo de trajetórias de vida nas Ciências Sociais: trabalhando com as diferenças de escalas” nos apresenta como esse conceito foi abordado ao longo do tempo na academia; como foi abandonado, reutilizado, debatido. Um dos debates a esse respeito é o que o autor chamou de “dilema da objetivação”. O “enfoque biográfico” de Bertaux (1980) propunha que se realizasse a pesquisa a partir de relatos de vida de modo exclusivo. Fontes externas ao discurso não deveriam ser mobilizadas. Por outro lado, Pierre Bourdieu (1986), aponta para como o “enfoque biográfico” acaba por impedir que se estabeleçam as correlações entre a trajetória de vida da vida estudada e “às condições concretas de existência a ela subjacentes” (GUÉRIOS, 2011, p. 12). O autor aponta que esse debate não encontra uma dissolução nas ciências sociais, “(...) o problema da trajetória de um indivíduo em uma sociedade gera uma ressonância com a discussão entre objetivo e subjetivo, parte e todo, que parece ainda estar subjacente a boa parte das discussões nesta área.” (Idem, p. 13).

A possibilidade de contornar o dilema da objetivação está em não considerar o subjetivo como eminentemente individual e o objetivo como relativo à sociedade. Guérios aponta para uma estratégia de jogo de escalas que permite abordar a trajetória dos sujeitos nos “ambientes sociais de que participa(m)” (Idem, p. 13) e assim os estudos que adotam este enfoque são capazes de analisar as diferentes escalas que abrangem o micro e macro. As experiências e trajetórias dessa forma são entendidas sem que se projete uma dualidade entre as escalas, mas pensando-as como compondo um mesmo processo.

A antropologia é historicamente marcada por uma reflexividade constante acerca de seus fundamentos e métodos nas diferentes correntes em que se apresenta. Em “O fim da antropologia” (2011), Márcio Goldman ao analisar “A Invenção da Cultura” (Wagner, 2010) nos aponta caminhos para encontrar vitalidade na antropologia contemporânea. Apesar de entender que a crítica que emergiu principalmente com a publicação de “Writing Culture: the poetics and politics of ethnography” (Clifford, J.; Marcus, G; 1986) seja importante, compartilho com Goldman a ideia de que a crítica pós-moderna falhou em nos mostrar saídas para desenvolver uma antropologia renovada. A ideia de “Invenção” contida na obra de Wagner é inspiradora aqui.

De todo modo, compartilho com Maluf, em seu exercício de compreensão dos impactos trazidos por Roy Wagner, assim como, na avaliação da possibilidade de produzir conexão e diálogo entre a etnologia ameríndia com a chamada antropologia das sociedades complexas ou do próximo, de que é necessário um cuidado ao centralizar a análise antropológica na relação com a alteridade, “nós” e “eles”. A autora aponta para possíveis contribuições dessa, que é também chamada antropologia urbana, para a antropologia como um todo, inclusive num movimento de arejamento da própria etnologia. Afinal, a antropologia já haveria empreendido um movimento similar de embarcar na potencialidade da relação com a alteridade, contudo, tendo o cuidado de não realizar uma ontologização que posicionaria o “outro” da antropologia em um lugar fixo, do mesmo modo, fixaria o “nós” desse trabalho. Um exemplo rápido poderia ser encontrado no trabalho de Louis Dumont, na sua capacidade de dar conta da dinamicidade das configurações mais holistas ou individualistas através de seu conceito de “inversão hierárquica” (MALUF, p. 47). Assim, valorizo também a capacidade demonstrada pela antropologia do próximo no movimento contrário ao da tomada da alteridade como um dado, no processo de “estranhamento do familiar” produzido pela mesma.

Como este trabalho se debruça sobre os relatos por parte dos “usuários”, atendo-me a seguir o fio condutor da invenção/criação no seu sentido positivo, produtivo. Em outras palavras, a criatividade do antropólogo também cumpre papel nessa invenção, claro, sempre na relação com a criatividade de seus interlocutores em campo. Como bem pontua Goldman em sua leitura de Wagner:

Mais do que isso, o antropólogo deve estar preparado e disposto a assumir duas premissas: reconhecer naqueles que estuda o mesmo nível de criatividade que crê possuir; não assimilar a forma, ou o “estilo”, de criatividade que encontra no campo com aquele com o qual está acostumado e que ele próprio pratica. (GOLDMAN, 2011, p. 202)

## **2 A ALTA-RIZOMA DE SIMARA: OS DESCAMINHOS QUE DÃO MARGEM AO ABANDONO SOCIAL E FAMILIAR**

A seguir exponho uma das experiências etnográficas mais produtoras de engajamento intelectual e afetivo. A melhor introdução à discussão que pretendo realizar, parece-me, se dá a partir de fragmentos de diário de campo.

Dirijo-me ao CAPS afim de saber como estava Simara, uma das pessoas com as quais desenvolvi uma relação de amizade ainda enquanto atuava como entrevistador em 2016. A profissional de saúde que ficara como responsável local pela pesquisa, contou-me que ela estava morando atualmente em um Centro de Reabilitação denominado Vita. A mesma era a profissional de referência de Simara no CAPS em questão. “Ela foi internada lá no Vita. Sabe? É complicado, por que além de ser profissional aqui do CAPS a gente acaba indo mais longe. Eu às vezes até lavava as roupas da Simara... Fui visitar ela, entregar as roupas dela que estavam comigo. Um cheiro de xixi lá onde eles dormem, sem condições mínimas de higiene. Aí ela ficou muito feliz, e me perguntou se eu ia levar ela embora dali... Aí eu não segurei, comecei a chorar...”.

De imediato respondi a ela, inquieto, que conhecia este local através do trabalho antropológico de João Biehl. Perguntei se ela o conhecia, e disse a ela que eu poderia repassar o material se tivesse interesse na leitura. A profissional continuou dizendo que até o ministério público já havia realizado uma visita com fins fiscalizatórios no local, e que, haviam sido detectadas condições impróprias no estabelecimento em 2017. Segundo consta, um relatório está para ser concluído sobre o quadro encontrado para que alguma medida seja tomada por autoridades públicas.

Simara era cuidada por uma tia, que era casada com algum irmão de sua mãe, aparentemente foi só o que restou de sua família. Como esta já estava em idade avançada e enfrentava problemas de saúde, decidiu por internar Simara no Vita. E essa decisão foi discutida junto a equipe do CAPS. Embora tenha havido discordância, nenhuma saída conseguiu ser formulada nesse encontro. Em outras palavras, a “alta” se deu independente dos posicionamentos assumidos na conversa com Simara, sua tia e outros profissionais no serviço substitutivo de saúde mental.

Continuamos conversando, e a profissional disse que podíamos fazer uma visita juntos a Simara. Por algum período, procurei combinar um dia para visitar a interlocutora que havia sido internada no centro de reabilitação Vita junto com a profissional de saúde do CAPS. Infelizmente, a mesma se encontrava muito atribulada de compromissos no serviço em questão, e não pode me acompanhar na visita. A verdade é que a ideia de ir sozinho no Vita não me era muito tranquila.

Após alguma hesitação, decidi ligar para o Vita, afim de saber se havia algum tipo de protocolo para a visita das pessoas que lá estavam morando. Responderam-me que na verdade, eu poderia ir depois do almoço, pois já teriam tomado banho todos os internos. Então, me organizei, e fui para o Vita.

A chegada foi marcada por esse sentimento que me acompanhava de descrédito em relação ao local. O impacto que o trabalho antropológico de muita sensibilidade realizado por João Biehl com Catarina que expôs um pouco daquela realidade havia provocado em mim se somara às falas da profissional de saúde do CAPS.

Estacionei o carro na rua do Vita. Desci do mesmo, e fui caminhando em sua direção. O primeiro registro que realizei foi o das condições materiais aparentemente pauperizadas dali. Pergunto para uma pessoa que passava na rua se conhecia o Vita. “É ali no fim da rua, se não for ali, tem um outro lugar tipo esse dobrando a rua”. Olho ao redor afim de encontrar a entrada para o referido centro de reabilitação, quando me deparo com um cheiro muito forte. Olho para a calçada e vejo sacos de lixo rasgados com fraldas usadas expostas. Essa era a entrada do Vita.

Começo então uma subida já dentro dos muros desse lugar, e não vejo ninguém nesse trajeto. Só o que vi era que o gramado que existia nas margens desse trecho asfaltado que se dirigia aos alojamentos estava com entulhos, pedaços grandes de árvores que haviam sido cortadas. Chego na entrada do alojamento, e não vejo sequer uma pessoa. Só um varal estendido com uma grande quantidade de roupas. Espero alguns instantes, sem saber para onde ir. Existia uma sala logo na entrada, em separado de uma espécie de pavilhões maiores que ficavam mais à frente. Esses pavilhões se encontravam fechados, então decido me aproximar, dessa sala. Enquanto aguardava aparecer alguém, ouço uma voz chamando “Moço, moço. O que tu quer aqui? ”.



Por um momento, não soube de onde viera aquela voz. Na segunda chamada do “moço”, é que consegui avistar uma fresta quadrada em uma porta de ferro bem grande, à qual eu não havia dado muita atenção. Eu só enxerguei dois olhos me observando por aquele pequeno espaço daquele imenso portão. Disse para essa pessoa que estava procurando por Simara. Ela não deu muita bola para o que eu havia dito e retrucou: “Tem uma moeda moço? ”. Antes que eu pudesse dar uma resposta, uma pessoa apareceu vindo daquela sala que eu havia mencionado. Ela se dirigiu a pessoa que conversava comigo pela fresta do portão, disse: “sai daí Renata, sai. Vai lá pra dentro”. Logo a pessoa que parecia trabalhar ali no Vita se voltou para mim: “o que tu procuras? ”. Comentei que eu gostaria de fazer uma visita para Simara. “Espera um pouco que eu vou chamar a assistente social”.

A assistente social então, repete o questionamento sobre o motivo de eu estar no Vita, e, eu insisto, gostaria de fazer uma visita à Simara. “Tu és parente dela?”. Digo que não, que na verdade era um amigo dela dos tempos em que ela ia ao CAPS. Sou conduzido então pela assistente social a aguardar em uma salinha que ficava no interior daquele pavilhão.

Simara então é chamada. Estava diferente, tinha o cabelo raspado. Nos cumprimentamos, ela lembrara de mim do CAPS. Logo, ela já repetia o que aquela primeira pessoa que me interpelara havia dito: “tu tem uma moeda ?” . Comento que eu estava sem a minha carteira ali. Pergunto para que seria essa moeda, e, ela responde que era para comprar “fumo”. Continuo a nossa conversa, contando que eu tinha ido no CAPS, e que a profissional referência dela estava pensando em visita-la. Ela sorri quando comento sobre o CAPS, pergunta por ela, e por outros profissionais do mesmo. Pergunta se os outros não podiam ir visitar ela também. Em seguida, a mesma pergunta se eu não poderia levar ela embora dali. E ela mesma responde, “só parente que pode”. Questiono-a sobre quanto tempo fazia que ela não saía dali do Vita para dar uma volta. Ela sem se lembrar, fica sem dizer nada. Insisto “faz já um mês, ou dois? ”. Como continuo sem resposta, pergunto, “Desde que tu se mudou para cá tu não pode mais sair? ”. Simara então confirma fazendo um sinal com a cabeça. Pergunto se ela recebia visitas de sua tia. Ela responde de modo a dar a entender que a tia vinha até o Vita uma vez por mês, mas mais para conversar com o pessoal dali.

Indago a ela sobre como estava sendo viver ali, quais atividades que eram oferecidas, enfim, como era o dia-a-dia. Simara então relata que

dormia em um quarto com mais 5 mulheres. Embora estivesse evidente o contexto de abandono, na conversa com minha interlocutora pude perceber duas coisas com que a mesma demonstrava relativo apreço. Depois pude vir a entender melhor juntando as falas de Simara com às da profissional do CAPS. Notei que ela mostrara o cabelo raspado, queria saber se eu tinha achado bonito, enquanto perguntava ela sorria e passava sua mão com carinho sob sua própria cabeça. Respondi que tinha achado muito bonito. Simara então, continuou contando um pouco do seu dia-a-dia no Vita. Contou-me que gostava da Carolina. “É feio ter preconceito né? Eu gosto dela, mas acho que ela não gosta de mim. Eu gosto muito dela”. Simara contava-me sorrindo sobre ela, apesar de dizer que não era correspondida. Concordei com ela que não têm essa de achar errado gostar de alguém, independente se é homem ou mulher. Disse que queria conhecê-la.

Sobre a comida Simara disse que era sempre a mesma refeição. Arroz, feijão ou lentilha, massa, e alguma carne às vezes no almoço e à noite tinha sopa. Eu havia chegado um pouco cedo lá no Vita, Simara não havia almoçado ainda. Lembrou de novo de me pedir uma moeda. Comentei que não tinha ali comigo nada, mas que eu iria voltar outro dia para vê-la. Comentei que queria conversar com ela sobre como havia sido a saída dela do CAPS, a sua mudança para o Vita, enfim, sobre a sua vida. Ela então me pede que traga um pastel e um refrigerante da próxima vez. Combino com ela, eu atenderia ao pedido. A assistente social apareceu comentando que Simara precisava ir almoçar, então me despeço dela com um abraço.

Ao ir embora a profissional do Vita me diz que o melhor mesmo era eu chegar pelas duas horas da tarde, pois “todos ficam no pátio, de manhã que tem o banho, e depois o almoço”. Ela então começa a falar sobre Simara, diz que a situação de saúde de sua tia andava muito delicada. Que a mesma optara por internar Simara, pois estava sem condições em função da sua idade avançada e dos problemas de saúde que enfrentava. Inclusive, comentou ela, a curatela de Simara estava já em processo de ser transferida da tia para a pessoa que coordenava o chamado Centro de Reabilitação Vita.

Saio do Vita bastante impactado por essa vivência. Os pequenos olhos que apareceram por de trás daquele portão já, de cara, tinham a capacidade de demonstrar como era o Vita. A reprimenda que o profissional dera para aquela pessoa também. Como lugar de abandono

social e familiar, tal qual apontou João Biehl, o Vita mostrou pouco espaço para a vida. De todo modo, apesar dessa configuração sufocante de aprisionamento, Simara via espaço para a construção de devires, tal como o da possibilidade de gostar de alguém, assim como da identificação com o gênero masculino a partir do corte de cabelo, e, das roupas que escolhia.

\* \* \*

No outro dia, retorno a visitar Simara. Como combinado, paro no caminho para comprar um pastel em um refrigerante para ela. Quando chego lá, encontro o mesmo quadro que havia da primeira visita. À primeira vista, parecia um lugar deserto. Sigo os passos que dei no dia anterior. Dessa vez, não encontro ninguém na salinha que ficava logo na entrada do Vita. O pavilhão estava fechado. Sento-me então, em um degrau de uma pequena escada de dois lances que leva até esse espaço que se encontrava fechado.

Enquanto eu aguardava, novamente apareceu Renata, perguntou-me sobre o que eu buscava ali de novo, e, aproveitou para pedir uma moeda. Respondi que estava à procura de Simara. Logo, os olhinhos desapareceram da fresta. Em seguida, os olhos de Simara apareceram ali. Eu não sabia como proceder, se eu podia entrar, ou devia esperar a assistente social. De todo modo, Simara abriu aquele portão, e veio me cumprimentar. “Trouxe o pastel e o refrigerante que tu tinhas me pedido” eu disse a ela. Simara, o pegou, e logo emendou “tem uma moeda também? É para o fumo”. Mais uma vez, eu havia deixado minha carteira no carro que estacionara na rua. Estava sem nenhum centavo no bolso. Mas, dada a insistência, decidi que eu ia comprar um fumo para Simara, mais tarde. Enquanto conversávamos em frente ao portão, a assistente social apareceu. Cumprimentamo-nos e ela me perguntou se eu queria entrar, conhecer como era o Vita. Então, eu e Simara adentramos aquele portão que parecia só dae margem para que se espiasse para o lado de fora.

Era um amplo espaço. De um lado podia se observar o lugar que provavelmente era destinado a servir como dormitório, uma espécie de casa bem comprida. Se virássemos para a direita, podia se observar os muros daquele pavilhão e uma porta que dava acesso a ele. À esquerda, estranhei, também havia uma parte murada, mas que detinha uma porta

gradeada, uma pessoa estava para o lado de lá daquela porta olhando para o lado de cá. Ao entrar naquele espaço, me deparei com um grande número de pessoas, em sua maioria sentadas, distribuídas por aquela espécie de pátio. Assim, que entro, em torno de dez pessoas se aproximam de mim, para me cumprimentar em alguns casos, mas na sua maioria me pediam àquela moeda que já havia sido requisitada antes. Frustrado a todos, eu estava sem dinheiro comigo. Vamos andando e Simara me apresenta para suas colegas de quarto. E já, me mostra a Carolina, colega de quarto pela qual nutria um carinho maior. Seguimos andando em direção ao dormitório, agora algumas amigas de Simara nos acompanhavam.

Logo na entrada do espaço onde dormiam, que se constituía de um corredor largo, porém curto que no seu final se abria em um corredor comprido e estreito para a direita e para a esquerda, senti um forte odor de urina. Um número de moscas também podia ser observado facilmente. Fomos caminhando por aquele corredor, que era todo composto por quartos e em uma de suas extremidades apresentava dois banheiros coletivos separados em masculino e feminino. Conheço então o quarto, que portava seis camas, uma televisão que não funcionava, e pequenos cômodos. Saímos então, daquele espaço, e, sem que eu percebesse Simara, conseguira um cigarro de fumo. Carolina sua colega de quarto o conseguira com o vigia do Vita, segundo me disse. Ficamos então conversando um pouco, mais fui ouvidos do que falei.

Carolina começara a contar um pouco sobre sua vida. Disse-me que andava chorando, que desejava muito ir embora dali, e não o podia. Contou-me que sua vida havia sido de muita dificuldade. Que já quando criança era colocada para trabalhar com prostituição, que logo cedo havia sido abandonada por seus pais em um contexto de extrema miséria. Havia ido para um lugar de reclusão para menores de idade, e, depois de alguns anos havia sido levada para o Vita. Começou a contar que tivera um encontro com as drogas nas andanças de sua vida. O que mais gostava era de cheirar cola, mas que já havia provado todas as outras. Ela começou a falar, descrever como usava aquelas drogas, de um modo tão peculiar, que pareceu-me que ela estava contando vivências dela recentes. Perguntei então, “Carolina, mas isso que tu estás contando não aconteceu aqui no Vita, né? Aqui dentro não pode isso, certo?”. E não sei se por ter gostado de pensar na possibilidade de usar drogas no Vita, ou se por ter acontecido esse tipo de prática no interior do asilo, Carolina lançou me um olhar muito misterioso e não respondeu a minha indagação.

Pergunto então, como que é o dia-a-dia, que atividades que são desenvolvidas ali. E ambas me respondem, que na maioria das vezes, ficam todos ali no pátio nas tardes, sem ter muito o que fazer. Às vezes recebiam visitas de uma espécie de padrinho do lugar, um político de longa trajetória de vida pública que vinha visitar o abrigo. “Tinha a festa junina”. Disseram que às vezes um pastor ou padre costumava ir lá para fazer uma roda de violão. Carolina disse que aquilo fazia muito mal a ela. O tema das canções, em muitas vezes valorizava a ideia da “família” e do “amor”, partes de sua vida que a haviam deixado marcada como momentos de muito sofrimento.

Simara então, em tom de desabafo, disse que também queria ir embora dali. Inclusive, disse-me ela, em mais de uma ocasião, quando fazia alguma coisa que não era bem vista por pessoas que trabalhavam ali no Vita, ela era levada para “ficar lá com os perigosos”. Pergunto para ela “como assim perigosos?”. E ela explica “é que volta e meia eles se sangram lá do lado deles”. Entendi que existia uma separação que confinava em espaços diferentes, quem havia uma trajetória marcada por atos violentos, das outras pessoas que não o apresentavam. Fico aterrorizado com esse relato de Simara, que agora esclarecia o que havia do lado de lá daquela porta gradeada que eu havia visto logo que adentrara o espaço dos internos.

Era chegada a hora de eu voltar, então, eu ia me despedir, quando Simara pediu para que eu trouxesse para visita-la o pessoal do CAPS. Nominou alguns profissionais de lá, pediu que eu os convidasse. Respondi que ia tentar combinar com eles uma ida até o Vita. Dei um abraço, nela e em Carolina, e tomei o rumo da volta.

\* \* \*

Decidi então que precisava conversar com a profissional do CAPS afim de expor o relato sobre minhas visitas à Simara. Eu ia até lá com a intenção de indaga-la novamente sobre a possibilidade de organizarmos uma ida ao Vita e expor tudo que havia provocado essa afetação em mim das experiências desenvolvidas naquele lugar de abandono.

Consgo uma brecha na agenda da profissional do serviço substitutivo de saúde mental e então temos uma conversa rápida onde

consigo falar um pouco sobre às inquietações atinentes às experiências de Simara. Comento que ficara assustado com as condições em que se encontra o referido asilo. Confirmo o que esta profissional já havia me adiantado, de que o cheiro de urina é realmente muito forte próximo aos dormitórios. E questiono-a a respeito do processo da alta que viveu Simara. Observei para a mesma o que a assistente social havia me adiantado, de que a curatela dela estava sendo transferida para o “Coronel”, responsável pelo estabelecimento Vita. Pergunto então, como que esse desfecho acabou acontecendo, até onde o CAPS poderia ter uma atuação para evitar a condução de Simara para um lugar tão similar a um manicômio.

A profissional então apresenta um pouco da história de Simara, destaca como esta, quando ainda era mais nova, já havia passado por longas permanências em situações de isolamento parecidas com a que vivencia hoje. Disse-me que durante sua vinculação no CAPS, ela recorrentemente ia ao serviço sem ter feito nenhum cuidado de higiene há muitos dias e incorria em momentos de ausência de idas no serviço. A partir desses elementos e de visitas à casa onde vivia com sua tia, começou a se esboçar um provável quadro das dificuldades enfrentadas por Simara. Como havia já vivido um longo período afastada de sua família, isolada em algum abrigo da região metropolitana de Porto Alegre, o reencontro com essa tia havia se realizado sem que ninguém soubesse como. Aparentemente, foi fruto de uma busca ativa de profissional da área de assistência social ou saúde mental, possivelmente, da “*equipe desinst*” como chamou a profissional do CAPS com quem eu conversava. Ela me descreveu rapidamente, “é uma equipe que trabalha a nível municipal afim de evitar que pessoas vivenciem situações de abandono e de encarceramento similares ou até mesmo iguais às de um manicômio”. “Acontece (...)” continuou ela, “que em muitos casos, esse trabalho acaba repercutindo em novas problemáticas, dado que às pessoas que são levadas de volta às suas famílias, voltam a ser preteridas, e abandonadas”. Segundo a profissional do CAPS, “o asilamento, em alguns casos, é inevitável”.

Simara, no pouco tempo em que viveu próxima a algum familiar, experienciou um contexto de extrema pobreza. E, pelos relatos, da profissional do CAPS, ela vivia com uma tia que não apresentava muita aptidão a lidar com sua sobrinha. Características que Simara apresentava dada sua longa vivência em lugares de abandono, implicaram em uma dificuldade de conduzir atividades como realizar higiene, se alimentar.

Outras situações também foram naturalizadas por Simara, como o que relatou a assistente social amiga de Anderson, outro interlocutor da pesquisa, como as relativas à violência. O trabalho da assistente social, nas conversas que desenvolvia com Simara era de problematizar situações que a mesma tratava com aparente naturalidade. Como relataram, tanto a profissional do CAPS como a assistente social que trabalhou no serviço de saúde por um período, Simara era colocada para fora de casa por sua tia, nos finais de semana em algumas vezes. Assim, a violência a que era submetida a mesma no contexto de seus internamentos, era somada às suas experiências de violência também na rua, inclusive repercutindo situações de violência sexual.

\* \* \*

Reunidos esses elementos impactantes que a experiência de campo com Simara apresentaram para a pesquisa, procuro a seguir apontar para problemáticas do campo da saúde mental a partir dessa *Alta-Rizoma* tão marcante nas falhas e dificuldades que a Reforma Psiquiátrica ainda enfrenta na produção de um cuidado de saúde em liberdade. Um diálogo com a proposta de João Biehl de implementar uma *antropologia do devir* se faz possível dado a capacidade demonstrada por minha interlocutora, de mesmo diante de uma vida conduzida em meio ao abandono de um lugar bastante assemelhado a um manicômio, há o escavar de linhas de fuga e de devires que possibilitam que emerja os desejos de Simara.

Como relatou a profissional do CAPS, “Simara tinha questões envolvidas com gênero e sexualidade”. Disse-me que ela sofrera com sua diferença durante a vida, principalmente quando viera a morar com sua tia novamente.

Por outro lado, à diferença dos relatos anteriores realizados por Anderson, as experiências de campo com Simara permitem que se observe mais uma vez em cena a *biolegitimidade* (Fassin, 2009). Este conceito já elaborado anteriormente é eficaz em nos fazer ver como a vida de Simara, em uma dimensão de sobrevivência, de pura e simples manutenção de vida, manteve-se mesmo diante do cenário de combate ao asilamento proposto pela reconfiguração das políticas públicas em saúde mental. Embora possamos questionar as condições de precariedade que Simara enfrenta no Vita, se esse abandono pode ser lido e apresentado como “vida”, ressalta-se como o desligamento dos vínculos desta

interlocutora da pesquisa com sua família e com o próprio CAPS, foi relativamente aceita nessa economia moral que esconde a relevância de direitos sociais e políticos diante da mera sobrevivência biológica (Fassin, 2009).

Este autor, ao implementar uma leitura crítica e produtiva sobre Michel Foucault, procura suplantar o *biopoder* que toma como questão de análise a emergência de uma regulação sobre a vida, para produzir a ideia de uma primazia do valor de estar vivo, ou como Walter Benjamin propunha “simples fato de viver”, onde o poder se localiza, servindo de locus de legitimidade. Em “Another Politic of Life is Possible”, este autor encaminha-se para uma valorização da formulação inicial de Michel Foucault da biopolítica. O que é sustentado por Fassin, é que ao longo de sua produção intelectual, Foucault, não retoma uma biopolítica que se debruce sobre a vida, e, sim, acaba por privilegiar uma análise que coloca em relevo uma regulação a partir de uma biopolítica que se realiza a partir da noção de “população”.

A *biolegitimidade* sugerida têm o objetivo de direcionar a discussão do poder em relação a vida em si mesma. Esta empreitada deriva de um trabalho de manejo cuidadoso sobre a produção bibliográfica de Michel Foucault, assim como de uma incursão etnográfica sobre imigração na França, assim como, sobre organizações não-governamentais e sua chamada ajuda humanitária na África do Sul. Seu argumento se ergue a partir da captura de um dos raros momentos em que Foucault, de alguma maneira, se debruce sobre a contemporaneidade.

Em um de seus cursos proferidos no College de France - compilação que foi denominada de “Em defesa da Sociedade” (1976) - Foucault é pego tecendo observações sobre os eventos que aconteciam no mundo no tempo de sua vida. O destaque dado por Fassin se localiza no comentário sobre a morte do ditador espanhol Franco, a perspectiva irônica que esse evento acionara. Afinal de contas, Foucault pontua sobre o valor simbólico desse momento, alguém que havia exercido o poder soberano de fazer morrer, agora era recebido por uma lógica que findava por prolongar sua vida mesmo diante de um sofrimento intenso vivido em seus últimos meses de vida. Fassin persegue a esteira deste comentário, afim de apontar para outros exemplos de ditadores e criminosos de guerra incontestes que, embora tenham sido julgados internacionalmente por seus crimes, acabaram por ter suas sentenças aliviadas diante do quadro de saúde que enfrentavam. (Fassin, 2009, p.50).



Minha assunção é de que, para além desses exemplos, que possam parecer anedotas, a biolegitimidade tem se tornado uma questão crucial em economias morais de sociedades contemporâneas. (...). Na verdade, a causa humanitária não é sobre direitos humanos no geral (Ignatieff, 2001), mas sobre o direito de viver em particular: salvar vidas é sua maior missão. Entretanto, ao contrário do que é comumente entendido, esta não é limitada a suas expressões internacionais mais visíveis, tanto através de organizações não governamentais ou intervenções de estado agindo em nome de seus valores (Weissman, 2004), a biolegitimidade tem se tornado um modo generalizado de governo.

A particularidade de pensar a partir desses conceitos que interpelam a vida em uma valoração moral e política, é o de que, na situação vivida por Simara, a continuidade de sua existência repercutiu não no acesso a um direito social ou político que se via escamoteado, como nos casos descritos por Fassin a respeito da imigração na França. A repercussão da biolegitimidade nos casos analisados por este autor indicaram a construção de uma “cidadania biológica” (Idem, p.52). As políticas de imigração analisadas em trabalho anterior (Fassin, 2005) apontam para um duplo movimento: (i) a progressiva restrição na abertura para a imigração com legislações que dificultavam a vinda de trabalhadores, estudantes, até mesmo, no que se refere à questão de asilo político para refugiados. (ii) a partir da pressão de organizações não-governamentais se constituiu um novo critério para a que a imigração se tornasse possível: a ajuda humanitária em nome da concessão de auxílio ao enfrentamento de doenças de que seus países nativos não eram capazes de lidar. Os dois lados dessa política migratória implicaram na produção da possibilidade de constituição de um acesso a direitos sociais e políticos a partir de uma condição de saúde, de uma prerrogativa de agenciamento do biológico em detrimento do social e do político per si.

O infortúnio de Simara se encontrou justamente no sobrepeso dado à continuidade de sua vida biológica. Desde que sua vida estivesse sendo estendida, mesmo que isso se desse em condições que estão muito distantes de uma mínima condição higiênica, material, e de liberdade – já que se encontrava praticamente presa, com sua curatela sendo transferida

para o próprio proprietário do Vita – se justificava então nessa economia moral o seu descaminho.

\* \* \*

Na semana seguinte, retorno ao Vita. Dessa vez, levei um violão afim de tentar deslocar nossa relação do lugar em que ela se encontrava. Dessa vez, já tinha reparado que havia vagas para estacionar o carro no interior do pátio deste lugar. A ideia de levar o violão veio em função de memórias relativas ao período que desempenhei o papel de entrevistador no período em que Simara ainda estava frequentando o Centro de Atenção Psicossocial em questão.

Naquela oportunidade, observara nas minhas andanças como entrevistador pelo interior do serviço, que Simara era uma das únicas que fazia uso de uma cama que existia em uma das salas do mesmo. Na verdade, minha primeira ida ao CAPS havia recebido a marca do encontro com Simara e com outra pessoa que usufruía da atenção psicossocial. A partir do que me relataram tanto a profissional local, quanto uma assistente social que já não trabalha mais ali – no capítulo em que me debruço sobre a relação com Anderson, outro sujeito da pesquisa, ela apresenta contribuições importantes para as discussões aqui pleiteadas – Simara havia desenvolvido esse hábito de pedir moeda para comprar cigarro. Sua vida havia se passado, aparentemente em sua maior parte, ou em situações de internação e isolamento – no Vita ou em outro lugar semelhante – ou no retorno à relação com sua família, em andarilhar pelas ruas ao ser colocada para fora de casa. “Moço, tem uma moeda?” disparou Simara na minha chegada no CAPS no primeiro dia em que atuaria como entrevistador. Simara é retrucada por essa pessoa que posteriormente descobri também fazia uso do CAPS “não era para tu fazer isso. Não é?”

A realização da entrevista, naquele período em 2016 em que participei de uma pesquisa da saúde coletiva, não se deu de forma imediata. Os primeiros convites a participar receberam negativas. E a própria entrevista, quando ela foi possível, foi apressada por Simara, assim, passou rapidamente. Embora Simara estivesse em um bom número de ocasiões dormindo, aparentando estar sem muito interesse nas atividades lá do CAPS, haviam momentos em que ela demonstrava muito envolvimento.

Em uma das tardes de atividades aconteciam apresentações musicais nesse serviço substitutivo. Simara costumava ficar muito empolgada na cadeira. Após a apresentação que havia sido preparada, era comum os músicos ouvirem-na pedir por outras músicas, outros artistas. Falava animada Simara “ toca Tim Maia”, ou já emendava a música que ela queria “aquela assim, *não sei porquê você se foi, (...)*” .

Imbuído dessas memórias, nessa nova visita a Simara, trouxe comigo o violão. Segui os mesmos passos de sempre, esperei a assistente social, e, logo veio minha parceira da pesquisa ao meu encontro. Perguntou pelos profissionais do CAPS, indagou se eu tinha conversado com os mesmos, se sabia o paradeiro da possibilidade de ela receber uma visita. Disse que estava complicado para o pessoal de lá. A profissional que dialogava comigo, sempre me relatava, nas pequenas brechas que tinha para me atender, que o ritmo de trabalho estava cada vez mais intenso. A visita conjunta, que se ensaiara lá no início do contato com Simara, pelo visto dificilmente aconteceria. Simara, então, insistiu no seu pedido usual, queria uns trocados para comprar tabaco. Questionei-a então, se para comprar tabaco ela podia sair do Vita. A resposta indicou que não era o caso. Que o vigia – que também era uma pessoa “interna” ao *centro de reabilitação* – lhe vendia cigarros de fumo. Essa pessoa ocupava um lugar liminar ali, pois apesar de dormir no estabelecimento, tinha livre trânsito, assim como, tinha o papel de ser uma espécie de segurança ali. Comentei com Simara que lhe daria o tabaco depois, mas que primeiro queria ver se ela ia gostar de umas músicas que eu sabia tocar no violão.

Aparentemente, o violão não surtiu o efeito que eu esperava, das músicas que eu conhecia, poucas eram do conhecimento de minha interlocutora. Até cantamos uma música do Tim Maia, outra do Legião Urbana. Mas logo veio a lembrança do que havia lhe prometido. Assim, perguntei ao vigia, como que ele conseguia o tabaco dele, disse-me que próximo ao Vita, quase na entrada, eu poderia encontrar uma “venda”, um mercado bem pequeno, e, que ali eu encontraria um saco de fumo.

Quando retorno com o tabaco em mãos para dar de presente a Simara, topo com um rapaz que eu tinha visto uma outra vez por lá, no pátio onde as pessoas que lá estavam internadas passavam as tardes. Pedi para ele chamar ela então, para que eu cumprisse o que havia prometido. A interpelação que me foi dirigida foi a seguinte, “me dá esse fumo, que daí eu dou para ela aos poucos, se não ela fuma tudo de uma vez”.

Encontrei-me em uma situação complicada. Segui o que considerei o correto no momento, respondi que eu não tinha conhecimento do fato de Simara ter esse tipo de comportamento. Se eu soubesse anteriormente, eu entregaria o tabaco para ele, mas que como já havia combinado com minha amiga, agora ficava complicado. Olhando para o diário de campo, percebo que o que me moveu mais profundamente foi uma revolta diante daquela situação de clausura vivida por Simara. Dar aquele fumo a ela, me dirigir diretamente a ela sem o intermédio daquele estabelecimento que estava sob o crivo do ministério público no que tange a sua capacidade de ser um lugar de acolhida e reabilitação, na verdade poderia ser lido como um ato mínimo de irrisignação diante daquele cenário.

\* \* \*

João Biehl realizou uma etnografia no Vita investindo na relação de envolvimento intelectual e afetivo que desenvolveu com Catarina nesse mesmo lugar que conceituou como lugar de abandono social e familiar. A proposta de uma *antropologia do devir* se mostrou pertinente ao apontar para um caminho de pensar uma antropologia que consiga dar conta de “uma saúde delicada e incompleta que nasce de esforços de extrair chances de vida de coisas por demais grandes, fortes e sufocantes” (Deleuze, 1997, p.3. Apud Biehl, 2008).

A tarefa intelectual de que se incumbe Biehl é a de mesmo diante desse cenário desolador de abandono e de aprisionamento, não deixar de observar os modos com que Catarina era capaz de inventar uma vida possível, de impor ao seu modo, desejos e devires. Dessa forma, Biehl nos convida a seguir a aposta teórica de Gilles Deleuze (1976), no enunciado que demarca sua diferença com relação a Michel Foucault. Para uma antropologia que seja capaz de estar atenta a cada mínimo gesto que projeta uma intenção de vida, deveríamos enfatizar “a primazia do desejo sobre o poder. (...) O desejo vem primeiro e parece ser o elemento de uma microanálise” (Deleuze, 2006, p. 126; Apud Biehl, 2008).

De todo modo, embora Biehl defenda essa abordagem, ele não deixa de registrar os modos com que se constitui o que denomina de “experimentalismo farmacológico”. Ao realizar um levantamento exaustivo do passado de sua interlocutora Catarina, o autor se deparou com um grande número de prontuários que tratavam de seus sintomas de forma superficial. Segundo sua análise, passava despercebido o fato de

que a maioria dos sintomas descritos se referiam a uma administração medicamentosa em alta dosagem, e, assim, outros medicamentos se somavam a vida dela.

O autor apresenta uma perspectiva que contribui para a compreensão da saúde mental a partir do redirecionamento de suas práticas e da disseminação de medicamentos psiquiátricos entre as populações urbanas e pobres.

Dados do Datasus sobre os serviços de saúde mental entre 1995 e 2005 revelam que, de fato, a reforma psiquiátrica no país foi acompanhada por uma redução significativa de recursos destinados à atenção médica (Andreoli et al., 2007). Em 1995, por exemplo, as internações psiquiátricas representavam 95,5% do total de gastos com saúde mental, passando para 49,3% em 2005. No mesmo período houve um aumento significativo nas despesas com serviços comunitários e medicação. A distribuição de psicotrópicos cresceu de 0,1% em 1995 para 15,5% em 2005. 75% dos gastos com medicamentos neste período foram com drogas antipsicóticas. (...) Comecei a me perguntar acerca das comunidades antropológicas e das maneiras de pensar e viver que emergiram na onda dessa 'farmacologização' da saúde mental(...). (Idem, p. 417)



### **3 IDA E VINDA DO CAPS: A ALTA-RIZOMA DE ALBERTO COLOCANDO SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL EM CONTRASTE**

Alberto é uma pessoa determinante para a existência desta pesquisa. Não só pela forma querida com que o mesmo me recebia, mas por ter produzido uma afetação potente em mim. A entrevista que fora realizada em 2016 com Alberto – mencionada no capítulo introdutório – foi emblemática no que se constituiu como motivação para a realização do trabalho de conclusão de curso em ciências sociais, e, outrossim, serviu de impulso para o ingresso no mestrado em antropologia social afim de levar a sério os engajamentos e afecções produzidas no campo da saúde mental.

Como já relatado a experiência com este interlocutor foi marcante por muitos motivos, dos quais, destaco dois. Em primeiro lugar, do ponto de vista da produção de conhecimento no chamado campo da saúde mental, apontou para a riqueza contida em uma etnografia da própria condução de uma pesquisa quantitativa. A busca ativa pelo entrevistado, a aplicação de questionário, apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, todos os esses elementos, que à primeira vista podem passar como elementos triviais diante do conteúdo a ser coletado com a entrevista estruturada, se problematizados podem potencializar discussões relevantes para a área da saúde mental. A observação dos efeitos que a relação entrevistador e sujeito entrevistado permeada pelos elementos constitutivos da pesquisa implicou tanto em um questionamento direcionado para a capacidade da própria pesquisa quantitativa a qual estive envolvido de lidar com a diferença atinente ao campo referido, assim como permitiu que se vislumbrasse configurações problemáticas nas relações estabelecidas no CAPS em questão. Assim, a segunda dimensão destacada é a da capacidade de estabelecer a implicação entre as repercussões provocadas pela intervenção atrelada a execução da pesquisa quantitativa e o modo com que se conduz a atenção psicossocial.

O reencontro com Alberto foi muito inspirador para a presente pesquisa. O processo da Alta, tal qual ele se encontra postulado nesta dissertação, permitiu a articulação do acompanhamento dos relatos e das

vivências desse sujeito participante da pesquisa com a sua circulação por serviços de saúde, mais especificamente, sobre a sua ida ao CAPS e subsequente retorno a uma equipe de saúde mental municipal da cidade de Porto Alegre. Assim, gostaria de expor nessa seção do trabalho como se deu o reencontro com Alberto, e, ao ir expondo ao leitor a etnografia, apontar para discussões que interpelam o campo da saúde mental.

Afim de retomar o contato com o interlocutor referido, procedi como de costume ao CAPS, para acessar contato telefônico e marcar uma conversa. No serviço de saúde referido, vim a saber que Alberto havia “recebido Alta” e que hoje recebia atendimento em uma Equipe de Saúde Mental municipal. Naquela altura da pesquisa eu não havia tido muito contato com esses serviços, o que despertou uma inquietação no sentido de descobrir de que modo esse serviço se estabelecia. Recebi então, não um contato pessoal, pois Alberto não o possuía, mas o número telefônico da referida equipe de saúde, assim como correio eletrônico tanto da profissional que acompanhava ele na assistência em saúde como da responsável geral pelo serviço em questão.

Telefonei então para o estabelecimento municipal de saúde mental afim de explicar os motivos pelos quais gostaria de rever Alberto. Apresentei quais eram os meus interesses em realizar esta pesquisa de mestrado, o recorte que serviria como base para a condução da pesquisa. A reação foi positiva. Naquele primeiro momento eu estivera em contato com a responsável geral, que me disse que eu poderia vir até o serviço para conversar com a profissional de saúde que o acompanha afim de ajustar com ela direitinho como se daria esse processo. Assim, marcamos um dia para que eu fosse, mas de qualquer forma, me foi feito o convite para participar da festa junina que seria promovida no serviço para que eu já pudesse conhecer um pouco de lá.

Assim, chegado o dia da festa, me dirigi até a equipe de saúde mental. O espaço estava todo florido e decorado com os motivos da festa junina. Muito bolo de milho, de chocolate, pinhão, pipoca, quentão, chás, rapaduras, pé-de-moleque. Vim a conhecer rapidamente a Iracema, pois a mesma estava muito envolvida com a produção daquele evento junino. Comentei que achara tudo muito bonito e animado, no que ela me retrucou que não estava tão bonito esse ano, que normalmente gostava de fazer muito mais coisas de decoração e de atividades.



Em seguida vi Alberto. Comentei com ele, se ele lembrava de mim lá do CAPS. Ele disse que achava que sim, mas que eu parecia mais com um jardineiro que ele conhecia. Disse que eu tinha feito entrevistas por lá, e, talvez então eu tinha sido lembrado, embora eu não tenha muita certeza disso. Comentei que estava com a ideia de falar com pessoas que tinham tido experiência no Centro de Atenção Psicossocial e que já haviam experienciado a alta. Perguntei se ele tinha interesse em participar na pesquisa, e, já aproveitei para questionar como tinha sido esse momento. Alberto me disse que “estavam dizendo por lá que já era hora de eu sair. Aí quando falaram da Iracema, que eu ia voltar pra Iracema, vim na hora. O pessoal lá do CAPS é danado. Tem que ser tudo como eles querem”. “Que coisa boa que tu estás de volta, então” lhe respondi. Então, conversamos um pouco mais, perguntei se eu podia voltar outras vezes para dar continuidade a nossa conversa. Alberto disse que podia ser, sim. Tivemos uma conversa rápida e, logo em seguida, Alberto foi se sentar à mesa para comer um pedaço de bolo. Eu fiquei por ali mesmo, entendi que naquele dia o papo já tinha ido no limite do que agradava a ele. Alberto era mais reservado.

Enquanto eu observava um pouco da festa, a pescaria, as pessoas conversando, uma pessoa se aproximou de mim e se apresentou. Era Bárbara, a coordenadora do serviço, com quem eu havia falado ao telefone. Obtive então uma acolhida e tanto, conversamos, contei que não conhecia muito como funcionavam as equipes de saúde mental, mas que a primeira impressão havia sido ótima. Na minha apresentação a ela, lembrei-a da pesquisa que eu conduzia no mestrado em antropologia, e mencionei dessa forma, minha trajetória e passagem pelo CAPS. Assim, Barbara me colocou a par um pouco de como funcionava aquela equipe de saúde mental. Disse-me que, embora contassem com um volume de recursos diminuto se comparado ao angariado pelo CAPS, sempre buscavam desempenhar sua atuação em saúde mental da melhor forma possível. Mantendo essa referência do CAPS como contraste, comentou que não conseguiam concorrer a muitos recursos visto que não se enquadravam como um desses serviços especializado em saúde mental. De qualquer forma, comentei que, embora essa diferença no montante de recursos financeiros, Alberto havia ficado feliz de retomar a relação que já desenvolvera em outros tempos com a Iracema.

Continuamos a conversa, e, enveredamos para a reformulação da política nacional de saúde mental elaborada desde à guinada conservadora na esfera do governo federal no ano de 2017. A nova diretriz aprovada -

de forma nem tão democrática segundo consta em relatos publicados e assinados por profissionais da área no site da Associação Brasileira de Saúde Mental – conduz a saúde mental pública para um redirecionamento de recursos que privilegia a criação e manutenção de leitos em hospitais, indo na contramão da pretensão de sua extinção através da consolidação da Rede de Atenção Psicossocial. Bárbara então me trouxe um depoimento curioso. A partir dessa reconfiguração, na interpretação dela, recursos antes não vistos, apareceram para que a equipe de saúde mental da qual fazia parte pudesse pleitear. Ao configurar-se como um ambulatório de saúde mental, esta equipe agora iria concorrer a um edital que anteriormente não a contemplava.

Ao me deparar com esse relato fiquei impactado com essa aparente contradição. Embora não se resume a volume de recursos a questão, um Centro de Atenção Psicossocial, em tese, se erigiria sob os princípios da condução de um cuidado de dimensão territorial, vislumbrando a integralidade da vida e dos sujeitos que ali buscam assistência. Entretanto, o que me chamou a atenção, foi o fato de a equipe de saúde mental em questão, mesmo sem apresentar condições financeiras de montar uma equipe tão numerosa que possa oferecer um maior número de serviços e de atividades, se alinhava de forma mais intensa com a perspectiva de uma atenção em saúde que almeja a Luta antimanicomial e a reforma psiquiátrica do que o CAPS em questão.

E, assim, a política de saúde mental reformada em moldes conservadores, privilegiando a manutenção e criação de leitos em hospitais, que sugeriria um retrocesso na efetivação da desinstitucionalização, do ponto de vista desse recorte que a experiência da alta de Alberto conduz, nos apresenta um cenário positivo. A partir dessa reconfiguração que elege outras prioridades ao direcionamento de recursos, os ambulatórios de saúde mental aparentemente ganharam espaço, tal qual a Equipe de Saúde Mental – assim contou-me a coordenadora da mesma. Dessa maneira, acompanhando o movimento da vida de Alberto, podemos observar a complexidade de uma política pública. O serviço mais atento às demais dimensões do cuidado que envolvem além da dimensão biológica da vida, a social, a subjetiva, familiar e a territorial acabou sendo favorecido de certa forma.

Bárbara contou-me que o encaminhamento de Alberto para o Centro de Atenção Psicossocial havia ocorrido vide o agravamento de seus sintomas. “Ele andava bem mal, não estávamos conseguindo atingir

nenhum progresso em um quadro que aparentemente continuava a se agravar. Decidimos então, fazer esse contato com o CAPS, e através do matriciamento, conseguimos que ele fosse atendido lá. Entrou lá através da internação hospitalar inicialmente. E em seguida, passou às atividades do CAPS mesmo”.

O matriciamento é um processo de avaliação conjunta composto por duas equipes. Uma é de referência, no caso relatado a da *equipe de saúde mental x*, e a outro oferece o apoio matricial, constituída pelo CAPS. Esse modelo de atuação na saúde permite que se materialize a Rede de Atenção Psicossocial ao colocar em relação direta serviços de saúde da atenção básica com o eixo que centraliza as ações na saúde mental desde a implementação da lei da Reforma Psiquiátrica, qual seja o CAPS. Há que se valorizar essa capacidade de articulação entre os serviços, de todo modo, posteriormente, ao reler o diário de campo, observei como esse serviço substitutivo de saúde mental apresentava a internação em sua ala psiquiátrica de hospital da mesma instituição com naturalidade. E, ademais, em mais um caso apresentado, teve o ingresso de Alberto em suas atividades, através da internação hospitalar.

“Aqui, ele tem o acompanhamento de uma terapeuta ocupacional que trabalha já há muitos anos com ele, e, recentemente esteve com assistência de uma residente também em T.O. Ele tá escrevendo um livro junto com as meninas. Ele às vezes escreve à mão, e, às vezes dita para a pessoa que estiver com ele digite em um computador. “Mostrei-me muito interessado por esse livro. Contei como sua relação com a escrita era lida lá no CAPS a partir da minha experiência em entrevista-lo. A potência do que escrevia Alberto, repercutira não só na escolha por assinar como *Outro*, tendo esse evento repercutido na possibilidade da emergência de um outro lugar de fala que interpretei como um devir, ou uma linha-de-fuga. Afinal, essa assinatura em que ele se dizia outro e não mais Alberto, produziu um momento que combinava felicidade, pois o mesmo me agradeceu por aquela oportunidade, e reflexão, já que desde esse outro lugar Alberto era interpelado por meu interlocutor como *Outro*. Alberto dada a importância que a escrita detinha para ele, no modo como eu o interpretava, escrevia o seu nome em um quadro posicionado em uma sala ampla do mesmo CAPS, assim como desenhava símbolos, na maioria das vezes, retângulos com cruzeiros em seu interior. Comentei com Bárbara, que, quando conversei com a equipe de saúde do serviço sobre essas situações, recebi um retorno que enquadrava Alberto sob um enfoque exclusivamente biomédico. O viés interpretativo era de que, se Alberto

havia apresentado essas questões com o nome, era porquê a medicação que estava recebendo não estava correta. Disse para Bárbara que esse contraste havia me chamado a atenção, se lá no CAPS, a escrita não só não era incentivada como um modo de expressão de atenção em saúde importante, mas, na verdade, era interpretada como um índice de uma medicação administrada de forma incorreta, aqui na Equipe de Saúde Mental, por outro lado, estava produzindo um livro.

\* \* \*

Em outro dia, retornei à equipe de saúde mental em questão para conversar com Alberto, mas infelizmente não o encontrei por lá. Iracema comentou: “engraçado, ele não é faltante. O que será que aconteceu para ele não vir “. Disse para a terapeuta que acompanhava Alberto que não tinha problema, e começamos um bate-papo. Bárbara estava por ali também, veio cumprimentar, e sentou-se junto conosco para conversar.

Contei que na minha pesquisa eu acompanhava outras pessoas que já não mais frequentavam o CAPS, e que, estava muito impactado com a experiência de internação de uma delas no “Centro de Reabilitação Vita”. Trouxe maiores detalhes sobre a experiência com Símara, da situação que envolvia o seu abandono, tendo inclusive sua curatela em processo de ser transferida da sua tia para o “Coronel” responsável pelo estabelecimento. Indaguei elas sobre essa dificuldade em implementar uma atenção em saúde mental que consiga produzir outros desfechos, que inviabilize o abandono em lugares tão assemelhados a manicômio como o era o VITA. “Gustavo, mas tu sabe que cada vez mais existem esses lugares”. Existia em nossa conversa um tom misto de resignação e inquietude.

Iracema então tomou a fala. Ela pegou um pedaço de papel e começou a elencar as atividades de terapia ocupacional que exercia junto a sua comunidade. Os cinco lugares e salas em que conduzia seus trabalhos voluntários, pouco a pouco, foram diminuindo de número, e hoje, ela só tinha para trabalhar com as pessoas mais uma pequena sala. Como ela oferecia de forma gratuita seus serviços como terapeuta, dependia de que salas também fossem cedidas sem custos para ela. Em um tom de muita frustração, Iracema foi riscando no papel, um a um, os lugares em que conseguia atuar como terapeuta ocupacional. “Tá cada vez mais difícil, tem só mais um lugar em que eu continuo tendo alguma chance de trabalhar na minha comunidade”.

A *Alta-Rizoma* que se desenha a partir da experiência de campo com Alberto nos permite abordar a *desinstitucionalização* e práticas de cuidado em saúde mental por outro ângulo. Embora tenham sido sublinhadas as diferenças na capacidade de lidar com seu modo de ser vinculado a expressão escrita nos dois serviços de saúde em questão, observa-se que nesse caso a relação entre os serviços de saúde foi efetiva. A ida e o subsequente retorno de Alberto a essa equipe de saúde mental de nível municipal, tornou seu processo de alta uma ferramenta interessante para abordar a política de saúde mental. Pois, ao mesmo tempo em que apontou qualidades na capacidade de articulação entre serviços de saúde, revelou que a intenção de *desterritorializar* o princípio da desinstitucionalização presente na pesquisa, pode fazer esta mesma noção se voltar em direção ao próprio Centro de Atenção Psicossocial na forma como dá centralidade novamente ao hospital vinculado à sua instituição.

A descrição das vivências deste interlocutor a partir do recorte elegido nesta pesquisa, permitem que se aborde a saúde mental por uma via que registra o enfoque biomédico conduzido na atenção psicossocial do CAPS, ao mesmo tempo em que demonstra a capacidade de construção da Rede de Atenção Psicossocial.



## 4 AS POLÍTICAS SOBRE A VIDA E AS POLÍTICAS A PARTIR DA VIDA: A *ALTA-RIZOMA* DE ANDERSON

Neste capítulo apresento com detalhe como transcorreram meus encontros com um de meus maiores parceiros da pesquisa. Anderson – como o chamarei afim de respeitar o anonimato previsto pelo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – ao participar da elaboração desta dissertação, além de ter se mostrado um grande interlocutor trazendo muitos relatos acerca de suas vivências relacionadas ao campo da saúde mental, se revelou um grande amigo.

Suas colaborações sempre estiveram conectadas com uma potência reflexiva e crítica que foram muito inspiradoras para a construção do que acredito ter alcançado ao fim dessa trajetória no mestrado. Assim, seus relatos vinham sempre acompanhados de uma análise a respeito de pontos frágeis na condução da atenção psicossocial no CAPS onde mantivera-se com idas frequentes por um período de sua vida. Ademais, como já o fizera em período passado – lá na minha presença como entrevistador no mesmo CAPS em 2016 – ao me convidar a conhecer as atividades que conduz no seu dia-a-dia agora em 2018, foi participativo e determinante na produção de novos olhares e perspectivas a serem abordados na pesquisa de mestrado.

Naquele período, tentara me ajudar na busca por encontrar as pessoas a serem entrevistadas; na oportunidade presente, me conduziu a conhecer pessoas importantes na sua vida que impactaram diretamente na elaboração da dissertação, pois expuseram elementos para reflexão que foram centrais nas discussões que procuro desenvolver.

Assim, a seguir elaboro os passos que pude dar ao acompanhar os relatos de experiência e um pouco do cotidiano da vida de Anderson mantendo como um eixo de referência suas experiências atinentes ao campo da saúde mental. A *Alta-rizoma* conceito em que invisto na tentativa de correlacionar elementos do trabalho de campo com problemáticas da vida de meus interlocutores assim como da saúde mental pública gerou ressonâncias com discussões antropológicas contemporâneas que interpelam a vida em suas imbricações políticas.

Na relação com Anderson, a relevância do processo da Alta se observou na forma com que o rompimento do vínculo com o Centro de Atenção Psicossocial se conectou com práticas de saúde conduzidas por profissionais do mesmo serviço. Seguindo a esteira da perspectiva crítica elaborada por Anderson, a Alta-Rizoma que se erige a partir de seus relatos e experiências coloca em relação práticas agenciadas por esse interlocutor que procuram escavar um lugar de existência alternativo ao do doente ou do portador de transtorno de saúde mental, com o CAPS, com sua família, com um Residencial Terapêutico, com sua participação em uma *associação de economia solidária e militância na saúde mental*, e, com uma preocupação econômica.

Estruturo este capítulo de forma a privilegiar as experiências inerentes ao trabalho de campo. Dessa forma, apresento a descrição etnográfica dos momentos que mais foram produtores de afecções afim de apontar para discussões que se situam na intersecção entre antropologia, filosofia e saúde mental.

\* \* \*

Os relatos de experiência que Anderson trouxe acerca de suas vivências no CAPS apontam para determinadas práticas conduzidas na atenção psicossocial desse serviço de saúde especializado em saúde mental. Outrossim, contribuem para que a partir da produção antropológica da Alta em uma perspectiva rizomática se vislumbre o emaranhado de relações que compõe a mesma. Antes de apresentar com mais detalhe o que emergiu em nossas conversas sobre suas experiências, gostaria de trazer à tona como foi o nosso reencontro, e, assim, começar a destrinchar como se deu o processo de alta desse sujeito cuja participação é muito relevante para a presente pesquisa. Dessa forma, a seguir dou lugar no texto à descrição etnográfica desde o nosso reencontro em 2018.

Ligo para o Residencial Terapêutico onde hoje Anderson está morando. A responsável por atender as ligações do local me responde dizendo que o mesmo está participando de uma roda de conversa. Há o pedido para que eu retorne a ligação, pois considera que o mesmo ficará feliz em falar comigo. Possivelmente, Anderson falara alguma coisa sobre nossa parceria desenvolvida lá na época em que fui entrevistador em 2016



no CAPS para essa pessoa do Residencial que conversou comigo ao telefone. Quando retorno a ligação, Anderson como sempre é muito amigável em sua fala, me pergunta como eu andava, e se mostrou muito animado quando eu propus que nos víssemos e lhe contei sobre a pesquisa. Perguntei onde poderíamos nos encontrar, e, a sugestão foi a de que eu fosse no próprio residencial terapêutico onde o mesmo atualmente reside. Anderson se mostrou preocupado com a possibilidade de que eu me perdesse no caminho, e não encontrasse o lugar onde mora. Sugeri que eu fosse de táxi ou Uber até lá, afim de garantir a empreitada e evitar quaisquer transtornos. Marcamos para a próxima quarta-feira esse momento de conversa.

Para retomar o contato com Anderson que possibilitou a realização dessa ligação telefônica, eu tivera de fazer um movimento anterior. Encaminhara-me ao CAPS para conversar com o profissional da equipe que ficou como responsável local pela condução da minha pesquisa de mestrado. Este membro da equipe do serviço de saúde conduzia assistência a ele no período em que o interlocutor da pesquisa ainda não havia passado pela alta. Assim, quando perguntei pelo Anderson, sugerindo que ele poderia ser um participante da pesquisa, querendo saber se ele continuava com idas ao CAPS, fiquei sabendo que Anderson havia “recebido Alta” do mesmo. Houve uma explicação sobre o desfecho que o conduziu para o desligamento do vínculo. Segundo o profissional, havia um conflito, ou melhor, um desacordo a respeito de prescrições médicas recebidas pelo mesmo, e, sobre as opções medicamentosas adotadas por ele advindas da prescrição de outro médico. Segundo o profissional, ficara inviável a continuidade de Anderson no serviço de saúde se ele não optasse ou concordasse com as avaliações dos profissionais dali.

Logo, surgiu a questão: mas como Anderson recebe mais de uma orientação a respeito dos medicamentos que deve tomar? Aconteceu que a vida de Anderson se encaminhara para a saída de sua casa. O mesmo teve de se mudar para um residencial terapêutico que recebe pessoas que experienciam algum tipo de sofrimento emocional avindas de famílias com uma capacidade econômica relativamente boa. Anderson já tinha vivido afastado de sua casa por outros tempos, retornou a viver com sua família por um período, mas tinha mais uma vez sido convidado pelas pessoas com quem morava a ir passar um tempo no residencial terapêutico.

No residencial, além de diversas atividades que abrangem trabalhos coletivos com atenção de psicólogos, consultas individuais com os mesmos profissionais, momento de refeições, passeios, atividade de artes, havia o acompanhamento de psiquiatra mediante o pagamento de um valor além da mensalidade normalmente cobrada – fato reclamado por Anderson. De todo modo, o desacordo entre as prescrições medicamentosas do psiquiatra do residencial e do psiquiatra do CAPS, produziu uma tensão na relação de Anderson com esse último serviço. A “alta” de Anderson então, pode ser conectada com elementos que à primeira vista poderiam passar despercebidos, pois o mesmo, assim que nos reencontramos se mostrou bastante insatisfeito por estar morando no Residencial Terapêutico. Essas prescrições medicamentosas que entravam em conflito foram resultantes de uma mudança que não partira do desejo de Anderson.

Gustavo, não me deixam sair se eu não estiver com a barba feita do jeitinho que eles querem. E a mensalidade daqui é muito cara, não quero torrar todo o meu dinheiro. Assim que o meu primo vier do Rio de Janeiro para cá, acho que em duas semanas ele vai estar aí, eu vou conversar com ele, dizer para ele que quero voltar a morar na minha casa.

Anderson havia perdido sua mãe fazia já alguns anos, e morava, antes de ter sido “convidado” a morar no Residencial com um outro primo que chamava de “papi” e com a namorada deste. O problema com o qual meu interlocutor convivia era o de enfrentar uma dificuldade em se desvencilhar do que é denominado pelo Código Internacional de Doenças como Transtorno Obsessivo Compulsivo. Os familiares com os quais residia decidiram que não tinham mais condições em lidar com sua característica: para conduzir suas atividades cotidianas, Anderson precisava de uma ajuda diária.

Em nosso encontro, ao explicar para meu interlocutor qual era a proposta da pesquisa de mestrado, comentei que queria reencontrar pessoas que conheci quando desempenhei o trabalho de entrevistador junto ao CAPS. Expliquei que minha ideia inicialmente girava em torno de conversar com essas pessoas a respeito de como havia se desenrolado a alta do serviço especializado em saúde mental, afim de entender melhor esse processo. Comentei também, que meu trabalho partia de inquietações

e preocupações que dialogavam fortemente com discussões da reforma psiquiátrica e da luta antimanicomial.

Lembrei-me que na elaboração da entrevista feita lá em 2016, ele já havia me comentado sobre ter morado em um residencial. Indaguei-lhe se este era o mesmo sobre o qual havia se referido naquela oportunidade. Anderson então me confirmou, era este sim.

Ter seu vínculo desfeito com o CAPS na verdade não era exatamente uma questão problemática em si mesma para este. Anderson apresentava críticas em grande número àquele serviço de saúde. Aparentemente, a tensão na relação dele com o CAPS construída a partir da opção por seguir a prescrição medicamentosa elaborada por psiquiatra que prestava serviço no Residencial, na verdade não era o primeiro ponto de discordância que emergia. Anderson, como vão demonstrar mais adiante os relatos, com sua capacidade argumentativa, em outras situações no âmbito do CAPS entrava em debates afim da defesa de que pudesse ser reconhecido como uma pessoa capaz de ajudar às demais. Duas questões se destacaram em nossas conversas: os relatos de experiências negativas que teve no CAPS e desejo de Anderson de sair do residencial, e, retornar a viver em sua casa.

‘O que gostaria de reter da experiência de campo com Anderson se conecta com o processo da alta, mas esta não se manifesta como elemento central a partir de seus relatos. Temos um número de elementos que podem ser relacionados afim de entender o que se erige como uma questão para meu interlocutor. Observa-se assim que a alta está em relação com demais eventos e contextos que atravessam sua experiência: ter se mudado de sua casa para um residencial mesmo que isso tenha ocorrido em oposição ao seu desejo; a ingerência de profissionais de saúde acerca dos medicamentos que devia tomar, ou melhor, o conflito de distintas prescrições de médicos; e, como será descrito mais adiante, as dificuldades em ter reconhecida sua vida para além da dimensão biológica que o colocava no lugar de quem precisa de ajuda, no lugar de quem é portador de uma “doença mental”.

\* \* \*

Em um de nossos encontros pergunto a Anderson como tinha sido tomada a decisão que implicou na saída de sua casa, se não era este o desejo dele. E então, Anderson, que não lamentava a sua saída do CAPS,

pois já tinha se demonstrado profundo crítico das práticas conduzidas naquele serviço, disse que tinha sido realizada uma reunião no CAPS com membros da equipe profissional de saúde e com os familiares com os quais residia naquele momento. Disse-me que tudo se encaminhou para que acontecesse a mudança. O “acordo” – pelo menos entre seus familiares e o CAPS – era de que o melhor para todo mundo seria a mudança de Anderson para esse residencial terapêutico.

A compreensão da Alta como um processo que se cristaliza através de diferentes elementos em relação passou então a girar em torno do que apareceu como uma questão principal para meu interlocutor: a sua insatisfação em ter se mudado de sua casa. Esse fio condutor levou a pesquisa a indagar como a reinserção social como uma prática de atenção psicossocial atuara aqui. Se tomarmos como rizoma a Alta, e observarmos de que forma ela se constrói na relação com as práticas de assistência em saúde conduzidas tanto no interior do serviço, quanto em suas atuações junto à família de Anderson podemos chegar a uma interpretação que parte dos relatos de experiência deste interlocutor. Essas práticas conduzidas no âmbito da atenção psicossocial do serviço de saúde em questão, ensejaram a consolidação de uma perspectiva crítica que aproxima a atuação do CAPS à demarcação e afirmação da doença, tanto no interior do serviço de saúde, quanto no ambiente domiciliar e/ou familiar de seus *usuários*.

#### **4.1 A VISITA A EX-ASSISTENTE SOCIAL DO CAPS**

A experiência desenvolvida com Anderson durante a pesquisa se desdobrou em uma relação de muito respeito e amizade. Em um de nossos encontros ele perguntou-me se eu conhecia a assistente social do CAPS, e, se eu poderia ajudá-lo a encontrá-la. Respondi-lhe que não a havia conhecido, mas que poderia fazer essa procura.

Logo no dia em que havíamos marcado nosso primeiro encontro da pesquisa, Anderson havia se dirigido ao CAPS para conversar com o pessoal de lá, e, contou-me o mesmo, procurar saber o paradeiro da assistente social, que era uma pessoa muito querida por ele. Infelizmente ninguém soube lhe informar maiores detalhes sobre como encontrar a assistente social que trabalhava no CAPS, só o que ficou de registro sobre esta era o fato de ela ter tirado uma licença do serviço. Perguntei a

Anderson qual seria o nome e o sobrenome dela, e comecei uma busca ativa pelas redes sociais, não demorou muito para que eu a encontrasse. Enviei uma mensagem pelas redes sociais explicando quem eu era e o motivo de eu realizar esse contato. Percebi que ela estava de licença e que tinha uma filha de colo ainda, o que me levou a duvidar da possibilidade de eu conseguir arranjar esse momento de reencontro dela com meu amigo Anderson. Quando a resposta veio, a felicidade foi inevitável. Ela poderia nos encontrar, desde que fossemos até a sua casa, pois ela não só tinha uma filha pequena, mas recentemente tinha ganhado outro filho, então ficava complicado sair de sua casa. Anderson ficou muito contente com essa possibilidade de rever sua amiga, então, logo marcamos a visita.

Nas minhas idas e vindas para realizar os encontros com meus interlocutores da pesquisa foi utilizado carro pessoal, de tal modo que nossa ida até lá se deu através desse meio de locomoção. Combinamos de nos encontrar em um horário bem cedo lá no Residencial Terapêutico, com o intuito de chegar com tempo na casa da amiga de Anderson, afinal o caminho era desconhecido, tanto por mim, quanto pelo parceiro da pesquisa. Cheguei então no ponto de encontro com dez minutos de atraso, já me esperava. Entramos no carro e seguimos nosso caminho. Descobri que teria um bom copiloto. Sempre que perguntava que caminho pegar para chegar a rua *x* ou *y*, quando eu me atrapalhava no aplicativo que elabora uma rota para alcançar o destino final, recebia orientações sempre muito úteis de Anderson.

Para visitar a amiga e assistente social que trabalhou no CAPS por um período, tivemos de percorrer um caminho e tanto, assim, aproveitamos para conversar e colocar nosso papo em dia. Voltei a perguntar sobre a sua alta do CAPS afim de saber como estava a sua vida em termos de atividades que ele levava naquele tempo, se ele achava que a alta havia representado alguma mudança no seu dia-a-dia. Anderson me contou então que sua saída do CAPS tinha acontecido já tarde, que não tinha muito o que tirar de bom de lá, segundo o mesmo “o pessoal ficava muito parado, tinham dias que passavam em branco, sem oficina nenhuma”.

Lá em 2016, quando desempenhara o papel de entrevistador no mesmo CAPS, pude acompanhar um pouco da relação que a equipe profissional deste serviço mantinha com este sujeito tão relevante para a pesquisa. Sempre afetuoso e solícito ao me ver, Anderson por vezes se disponibilizava a me ajudar a encontrar as pessoas que poderiam

participar da pesquisa segundo os critérios elaborados pela coordenação do *Inquérito*. Em outros momentos, por exemplo em um passeio do qual participei conduzido pelo CAPS, pude observar que Anderson estava ajudando uma pessoa de mais idade que também usufruía do serviço de saúde, ajudava-a a descer do ônibus e andou de braços dados com ela por um período. Em outro momento, acompanhei Anderson preocupado com uma profissional do serviço que participava do passeio, pois esta estava com dor de cabeça e espirrava frequentemente: logo, surgiram dicas de cuidados, como chás, e remédios para a melhoria dela. Em todos esses momentos descritos acima, o que ficou ressaltado aos olhos deste antropólogo foi a reincidência na conduta dos profissionais de demarcarem a linha que separa “usuários do CAPS” com os “profissionais do serviço de saúde”. A repreensão vinha recorrentemente com a marcação da postura que deveria ser mantida de alguém que não está lá para ajudar, não está nessa condição. Segundo as falas dos profissionais endereçadas a Anderson, ele devia ajudar a ele próprio e parar de querer ajudar os outros.

Esses elementos observados na condução do meu trabalho de conclusão de curso na graduação em ciências sociais que problematizou a produção de conhecimento envolvida na condução de entrevistas na saúde mental levaram este pesquisador a esboçar a emergência dessa linha que buscava cristalizar alteridades no CAPS. Enquanto Anderson representava essa tentativa de sair do lugar do “usuário” escavado aparentemente pela equipe profissional do mesmo, esta última buscava conduzi-lo de volta para aquela posição. Uma interpretação razoável sobre os eventos descritos diz respeito a uma dificuldade em levar as condutas tomadas por Anderson em um registro exterior ao da doença. Ora, se havia recorrentemente uma tentativa de desmotivar ele a sair do lugar de alguém que está “doente” e que precisa ajudar a si mesmo, pode-se observar que o espaço para a emergência de outras subjetividades não era incentivado neste caso.

\* \* \*

Chegamos na casa da amiga de Anderson que o conheceu quando exercia a sua profissão de assistente social junto ao CAPS. A afinidade entre os dois existia por diversas vias, uma delas, a que procuro destacar aqui, era a inquietude em relação a forma como se configurava o cenário da atenção psicossocial naquele serviço.

Enfim, chegáramos no nosso destino. Uma casa simpática com um cachorro muito animado. Fomos recebidos pelo companheiro da amiga de Anderson. Agradei a acolhida deles mesmo em meio aos cuidados que desempenhavam com seus dois filhos pequenos. Foi um reencontro muito carinhoso entre Anderson e Helena. De pronto começamos a conversar. Como sou pai também, inicialmente falamos sobre os pequenos, sobre como era gratificante e ao mesmo tempo trabalhoso cuidar de um filho assim pequenino. No decorrer da nossa conversa expus um pouco da forma como nos conhecemos eu e Anderson, e, qual era o meu objetivo na feitura da dissertação de mestrado em antropologia, vir a compreender como se desenrolava o processo da alta desde a perspectiva de pessoas que passaram pelo CAPS. A Helena, de quem Anderson se lembrara quando eu havia comentado para ele sobre as interpelações que minhas questões de pesquisa direcionavam para discussões da reforma psiquiátrica e da luta antimanicomial, se mostrou bastante interessada. Helena então me contou como havia sido sua experiência no serviço especializado de saúde mental, e, assim, trouxe à tona mais elementos para uma compreensão de como se desdobrava a atenção psicossocial por lá.

A licença que experimentava Helena dizia respeito ao fato de estar com mais um filho recém-nascido. Desde a sua saída, Anderson contou que não havia mais o momento da *assembleia* no serviço de saúde, assim como, não mais era praticada nenhuma oficina direcionada a discutir e valorizar os direitos de *usuários* da saúde mental. Durante a conversa pude entender que o afastamento por qual passava a mesma, inicialmente se desdobrara não em um pedido de licença, mas em problemas relacionados a tensões promovidas por sua atuação profissional no CAPS em questão.

Anderson e Helena combinavam observações críticas a respeito de como a relação entre profissionais e usuários era desenvolvida no âmbito do serviço especializado já referido. Anderson disse: “eu era acusado de ser querido”. Segundo ele, havia uma constante orientação para que deixasse de querer ser querido demais, inclusive, com uma suposta “proibição do abraço” sendo instituída.

Outra característica já conhecida por mim era contestada no serviço de saúde. Anderson tinha como um princípio que sempre buscava praticar o de cumprimentar a todas pessoas que encontrasse, mesmo que não as conhecesse. Em uma crítica que ele direcionava ao modo como a

cidade se organizava, certa vez conversávamos sobre Brasília. Eu estava contando a Anderson que fora muito boa a minha visita à cidade, afinal eu tinha familiares por lá, o que tornava minha experiência contaminada por bastante afeto. De todo modo, continuei contando, havia achado a cidade planejada demais para automóveis, e pouco para as pessoas. Anderson, concordou, contudo, apontou que mesmo no caso de Porto Alegre, onde as pessoas estão todas reunidas se encontrando pelas ruas, aos montes, faltaria humanidade também aqui. Afinal, dizia-me ele, as pessoas não se olham nos olhos, não se cumprimentam, na verdade, inclusive evitam contato. Anderson considerava que cumprimentar era um ato de humanidade, e assim, sempre o fazia mesmo diante das críticas e sugestões para que não o fizesse no âmbito de suas relações com profissionais do CAPS. Helena contou que sempre que presenciava qualquer atitude que se desviasse, na sua avaliação, de uma assistência humanizada, não conseguia se omitir. Sempre levava a questionamento para o responsável geral do CAPS, ou, até abria na reunião que congregava todos os funcionários envolvidos no atendimento desenvolvido neste lugar.

Helena me colocou que desenvolvia uma oficina sobre a afirmação dos direitos dos usuários de saúde mental. Nesta, desenvolvia diversas frentes de discussão com as pessoas chamadas nesse contexto de usuários do serviço. Dentre os temas elaborados na oficina estavam: o levantamento dos direitos relativos a pessoas que experimentam transtornos de saúde mental possuem perante o Estado; discussões sobre a reforma psiquiátrica e luta antimanicomial; debates sobre como o CAPS estava organizado e aberturas para a críticas e proposições ao mesmo; dentre outras. Infelizmente, a repercussão da execução dessa oficina não foi positiva para determinados profissionais do serviço, o que foi motivo de críticas: “diziam que minha oficina era uma doutrinação que eu fazia com os usuários”.

Helena não acreditava que sua postura ativa na defesa dos direitos sociais dos usuários pudesse repercutir em seu afastamento. Contudo, suas reclamações ao que avaliara como violência institucional a conduziram para fora do quadro de profissionais do CAPS. Ao ficar sabendo de uma brincadeira sobre se manter com comportamento adequado caso contrário se utilizaria camisa de força na relação de profissional com usuário; assim como, do fato de discordar do que chamara da “ditadura do abraço” - pois havia a orientação para que determinado usuário não mais desse abraços – suas reclamações



implicaram em seu afastamento. Acredito que essa história é elucidativa para que se entenda em parte como se configura a atenção psicossocial no presente serviço. Não há a intenção de a partir de uma só perspectiva construir uma conclusão sobre o serviço em questão, afinal existem inúmeras situações, diferenças entre profissionais, entre usuários, que constituem o CAPS. De todo modo, considero que o fio condutor crítico trazido tanto por Anderson quanto por Helena revelam determinados dilemas e desafios presentes nesse campo da saúde pública.

Assim que soube que minha pesquisa se direcionava inicialmente para a questão da Alta do serviço de saúde mental, Helena me deixou a par de uma outra situação interessante. A experiência que desenvolvera no CAPS como assistente social não havia durado um período muito longo, mas contou-me que de qualquer forma, ela tivera a oportunidade de acompanhar a mudança na condução geral do serviço, de novo responsável geral ter assumido o mesmo. E, contava-me ela, uma das diferenças detectadas na sua perspectiva estava na forma de lidar com usuários que estavam já há muitos anos com idas ao CAPS. Iniciou-se um processo que culminou em um número elevado de altas desde a mudança na condução do serviço de saúde. Por trás dessa postura, estava principalmente, uma preocupação a respeito de que o CAPS deveria ser acessado por um maior número de pessoas, afinal a demanda por serviços da área da saúde mental era relevante. A retenção das pessoas no CAPS foi assim identificada com uma das questões a serem enfrentadas. A forma como aconteceram as altas dessas pessoas que experienciaram um período bastante longo de frequência no serviço de saúde, não pode ser acompanhada, pois, enfim, na presente pesquisa retomei a relação com as pessoas com quem eu havia construído uma relação mais próxima na época em que atuara como entrevistador em 2016. Essa informação, de qualquer modo, se mostra interessante para entender em alguma medida que lugar a alta detém para a equipe que presta atenção psicossocial neste serviço.

O horário do almoço se aproximava, e Anderson já tinha me adiantado que não podia se desvencilhar da combinação que fizera no residencial onde atualmente residia. A combinação era diretamente com a pessoa responsável da cozinha desse estabelecimento. A questão problemática era a de que muitas vezes, nos horários de cozinhar as refeições, a cozinheira não podia contar com ajuda de demais profissionais, pois os mesmos estariam almoçando ou jantando fora do residencial. Então, Anderson disse que se chegasse atrasado poderia não

conseguir entrar no residencial por falta de ter alguém para abrir a porta. Logo, agradecemos muito a acolhida pela família da assistente social amiga de meu parceiro da pesquisa e pegamos o caminho de volta.

Enquanto estávamos no carro, continuamos nossa conversa, e, Anderson me comentou que fazia parte de uma associação formada por pessoas com experiência em serviços de saúde mental, que prezava tanto pela elaboração de produtos artesanais sob um viés da economia solidária, quanto pela militância a favor dos direitos relativos à saúde mental. Rolou um convite para que eu a conhecesse, logo aceitei. De todo modo, antes de conhecer a associação, haveria um dia de vendas de artesanato produzidos pela mesma, Anderson me questionou sobre a possibilidade de eu oferecer uma carona a ele. Assim, deixamos marcada essa carona, e ficou então para um próximo dia a ida até a associação. Chegamos a tempo no Residencial, tudo dera certo em nosso retorno.

\* \* \*

O dia da carona para a feira de artesanatos chegara. No residencial Anderson já me esperava, um pouco apreensivo. Afinal de contas, não sabia se haveria mesmo a feira dada a chuva que havia caído nos últimos dias. Perguntei se não era uma boa ideia dar uma ligada para alguém lá da associação, afim de descobrir a resposta para essa questão. Infelizmente, Anderson não sabia manejar o celular, e, o acesso ao telefone do Residencial, aparentemente não era tão simples. Disse para ele ficar tranquilo. De qualquer modo, poderíamos dar sequência no desenvolvimento da pesquisa, e dar uma passeada pela região onde seria a feira.

Decidi então indaga-lo mais uma vez sobre a sua *alta*, agora, afim de conhecer que práticas poderiam estar conectadas com este evento. Já soubera da visão crítica que Anderson lançava sobre o CAPS. Então, perguntei-o sobre como havia sido essa reunião que culminou com a decisão que o afastou de sua casa. Anderson disse-me que os familiares com quem morava, seu primo e a namorada do mesmo, haviam permanecido no CAPS em um encontro que durara pelo menos uma hora. Ocorrera uma longa conversa. A conclusão havia sido de que a mudança era a melhor conduta a ser tomada. “Mas quando perguntei até quando eu deveria morar lá, me disseram que isso caberia a mim decidir.” Anderson usara um tom irônico ao comentar sobre isso, afinal, se o seu desejo fosse levado em consideração, não haveria nem saído de sua casa.

Ana Paula Andrade discute esse tipo de circunstância ao relatar a repetição de momentos em que se falava sobre os sujeitos na “terceira pessoa” com os mesmos presentes, sem que estes pudessem se manifestar. A autora dialoga com Deleuze e Guattari (2007) ao reforçar o argumento desses autores de que existe um “sentido dessubjetivador do uso da terceira pessoa” (ANDRADE, 2012, p. 164). Anderson, na sua contínua procura por ser reconhecido de outra forma que não a do portador de transtorno de saúde mental no âmbito do CAPS da pesquisa, embora tenha se manifestado durante a conversa que definiu se continuava ou não morando em sua casa, teve experiência próxima a essa. Se seguirmos a construção de Andrade, e trouxermos a proposição foucaultiana formulada por Deleuze (1996) de que “o sujeito é uma variável, ou melhor, um conjunto de variáveis de enunciado. O sujeito é um dos lugares possíveis no contexto de enunciação” (Idem, p. 164) temos que o uso da terceira pessoa, o não-lugar concedido a Anderson na decisão sobre o seu futuro só foi substituído no momento em que se procurou produzi-lo subjetivamente quando aproximado de seu problema de saúde. O enunciado que emergiu naquela conversa, o de que dependeria dele próprio a sua saída do residencial terapêutico, permite a leitura de que o sujeito possível nesse contexto é o do que está doente.

Resolvi perseguir o fio condutor que essa reunião do CAPS com seus familiares abria no sentido de entender como que a reinserção social era praticada. Como afinal, no caso de Anderson, os profissionais do serviço haviam atuado na manutenção dele em sua família, e, em sua casa? Quais práticas haviam sido conduzidas no território, ou melhor, na casa de Anderson, com o mesmo, e com seus familiares? Como poderíamos relacionar o processo da Alta vivido por meu interlocutor com seus relatos de experiência atinentes ao CAPS?

Nossa conversa então, seguiu o fio condutor de entender como acontecera a sua relação com o CAPS no âmbito da atuação dos profissionais deste em sua residência. Questionei-o se ele havia recebido visitas dos profissionais do serviço quando residia ainda em sua casa. Anderson me respondeu afirmativamente. Então, pedi para que me contasse como haviam sido estes encontros. O meu interesse era saber como a atenção psicossocial havia repercutido na estabilidade das relações que Anderson mantinha em sua casa.

Anderson me comentou que a visita tinha acontecido já há algum tempo. E me disse ele – em tom de lamento – que ele havia sido muito

ingênuo naquela ocasião. Enfim, aconteceram conversas com ele e com seus familiares a respeito da avaliação de que uma possibilidade maior de cura para seu transtorno de saúde mental estaria atrelada a uma internação no hospital da respectiva instituição. Até aí, estava tudo bem, afinal, Anderson me disse que das experiências que retivera do CAPS, uma das melhores havia sido a do período da internação hospitalar. Anderson continuou o relato, e comentou que a equipe presente em sua casa pediu para conhecer quase todas os quartos e salas da mesma.

Essa visita havia repercutido na detecção e/ou produção de mais uma dimensão de seu TOC. Além da dificuldade que enfrentava por ter uma obsessão por limpeza, diagnóstico do qual não discordava, inclusive buscava enfrentar, agora recebia um CID que incidia sobre uma das coisas que mais gostava de fazer: colecionar livros e discos. Os profissionais em visita na sua casa haviam se deparado com uma sala recheada de coisas materiais que aparentemente estavam desorganizadas. Anderson disse que sua ingenuidade se deu quando lhe perguntaram se poderiam tirar fotos e o mesmo permitiu. Aquelas fotos serviriam para dar materialidade e argumento para a sustentação de que Anderson era um “acumulador”.

\* \* \*

Em outro momento pude finalmente conhecer a associação de economia solidária composta por pessoas que de alguma forma tinham trajetórias que se conectavam com o campo da saúde mental. Anderson já há bastante tempo compunha este grupo. As experiências relacionadas a essa associação foram muito ricas, de todo modo, gostaria de destacar uma delas afim de apontar para um contraste entre o modo como a dimensão do “problema de saúde mental” é mobilizado e que repercussões acaba implicando.

Em um dos relatos sobre as vivências desenvolvidas junto às atividades da associação, Anderson contou-me uma que me interpelou fortemente. Procuo fazer o exercício de colocar em diálogo essa experiência que atravessa a dimensão do reconhecimento da doença no caso da associação, com a experiência relatada por Anderson a respeito da constante produção do lugar do doente construída pelos profissionais do CAPS sobre ele, assim como na atuação dos mesmos em sua casa que acabou incidindo na tentativa de impor a Anderson o diagnóstico de “acumulador”.

Esta associação apresenta uma composição bastante heterogênea de pessoas que de algum modo se relacionam com a saúde mental: “usuários”, ex-usuários, familiares, profissionais de saúde, simpatizantes da reforma psiquiátrica e da luta antimanicomial, pesquisadores, estudantes, dentre outros. Como contara-me um de seus integrantes, o princípio por detrás de suas atividades, sua orientação de cunho da *economia solidária*, na verdade era assim, “*a economia solidária aqui é assim: de economia, tem pouco. O que tem de mais, é de solidária.*”

A produção de produtos artesanais é uma das atividades. Organizam-se para além do dia da produção, dias de confraternização, de ajuda-mútua, de oficina de artes, de reunião geral. E, além disso, participam de eventos e feiras com falas sobre suas experiências e vendas de seus produtos. Assim, organizam escalas para dividir as tarefas como um todo. As vendas, da mesma forma.

O que gostaria de trazer à tona foi uma experiência relatada por Anderson. Contava-me ele, que em uma das feiras em que a associação se fez presente, acontecera em uma cidade um pouco distante de Porto Alegre e implicou na necessidade de que as pessoas envolvidas se alojassem na mesma por uma noite. Uma das pessoas envolvidas com as vendas sempre fica com a responsabilidade de tomar nota do caixa, assim como de guardar o dinheiro obtido na feira. Aconteceu, que infelizmente, em função das dificuldades envolvidas na vida dessa pessoa no que tange à saúde mental – que não abro no relato afim de manter o sigilo envolvido na pesquisa – esta acabou gastando todo o dinheiro arrecadado pela associação consigo mesmo.

A repercussão desse evento foi motivo de conversas a respeito de como proceder diante de tal problemática. Anderson comentou que em sua maioria, as pessoas que foram usuárias da saúde mental ou ainda faziam uso da mesma, compreenderam que o que acontecera fora uma recaída muito comum no transtorno de saúde vivido por aquela pessoa. E que, não foi tomada nenhuma decisão que afastasse essa pessoa das atividades, pelo contrário, houve uma acolhida da mesma. Ou seja, quando a dimensão do problema de saúde ou da doença emergiu, este implicou não em no rompimento da relação ou vínculo, e sim, na consolidação da relação desta pessoa com as demais que compõe a associação.

A narrativa que teci a partir dos relatos e experiências de Anderson procurou manter como eixo central as relações. A crítica que emerge a partir desse interlocutor aparece em diferentes momentos. Lá em 2016, ainda na condução de meu trabalho como entrevistador no mesmo CAPS, quando Anderson era já “acusado de querido”; na sua mudança para o residencial terapêutico mesmo contra a sua vontade; na tensão que duas prescrições medicamentosas produziu no que tange à sua permanência no CAPS; nos relatos de como se deu a atuação dos profissionais de saúde em visita a sua casa junto a seus familiares; na visita que fizemos a amiga de Anderson que trabalhara como assistente social também no mesmo serviço especializado em saúde mental; e, por fim, na experiência que este interlocutor trouxe acerca de suas atividades em uma *associação de saúde mental e economia solidária*.

O intuito da descrição acima realizada é o de aproximar Anderson de suas relações afim de elaborar como a *Alta-Rizoma*, ou seja, esse processo que ultrapassa em muito a dimensão de rompimento de um vínculo formal com um Centro de Atenção Psicossocial, pode ser desenhada e articulada com discussões políticas do campo da saúde mental, e com a capacidade da antropologia em lidar com as complexidades atinentes às experiências desse mesmo campo. As discussões desenvolvidas a seguir se cristalizam a partir da potência dessas experiências.

## **4.2 A CRISTALIZAÇÃO DE ALTERIDADES NO CONTEXTO DO CAPS: AS BIOPOLÍTICAS E A BIOLEGITIMIDADE NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL**

A Reforma Psiquiátrica é construída sob valores e princípios que visam uma transformação radical do cenário dos serviços de saúde mental. O movimento principal de deslocamento produzido aqui é o de descentralizar a organização da atenção em saúde do hospital psiquiátrico. A consolidação dos CAPS surge na perspectiva de situá-lo como base de atuação na saúde mental, permitindo assim, que as pessoas possam procurar auxílio ao seu sofrimento em um lugar que está descolado da ideia de um isolamento ou internamento.

A *Alta-Rizoma* costurada com os relatos de experiência de Anderson permitiu que se questionasse o processo de sua alta do CAPS a

partir da inquietação principal que este interlocutor projetou na pesquisa: o desejo de voltar a viver em sua casa. Dessa forma, a Reforma Psiquiátrica, principalmente no sentido da atenção *psicossocial*, e da *desinstitucionalização* são interpelados em sua capacidade de atuar na contramão do afastamento de pessoas que possuem algum tipo de sofrimento *psi* de suas casas e famílias. Como veremos em outra parte dessa dissertação, o processo da alta, aparentemente tem como fundamento uma estabilidade e uma redução do sofrimento centrado no problema de saúde mental.

A narrativa que se erige desde a relação de pesquisa com Anderson aponta para uma política de saúde que procure dar conta de dimensões como, no caso aqui relatado, a do isolamento deste interlocutor de sua casa. As questões formuladas por Sônia Maluf (2015) ao se referir ao quadro da saúde mental pós-reforma psiquiátrica que é centrada em concepções fisicalistas e medicalizantes do sofrimento psicológico são inspiradoras aqui:

Seria possível uma outra política da vida por parte do Estado nas suas políticas de saúde mental? Como poderia o Estado construir redes sociais de acolhimento desses sujeitos para além de sua medicalização e sua inserção num regime de normalização?

Didier Fassin, antropólogo francês conhecido por formular uma antropologia política da saúde e por sua leitura crítica e produtiva de Michel Foucault, recentemente promoveu uma leitura do biopoder deslocando a perspectiva elaborada por este último autor sobre as biopolíticas. À primeira vista, este conceito poderia ser mobilizado em um sentido que o circunscreve a uma regulação da vida ou sobre a vida. Sua sugestão é a de que pensemos em uma valoração da dimensão biológica da vida como central, assumindo lugar privilegiado em uma economia moral.

A *biolegitimidade*, que propõe o autor, de forma resumida, poderia ser lida como o valor hegemônico da vida em sua dimensão biológica, sobrepondo-se a outras dimensões que a compõe como a social e a política. Assim, o autor questiona como problemas sociais evidentes só ganham respaldo na formação de políticas públicas na França quando impactos na vida biológica são apresentados publicamente (Fassin, 2007).

Ou seja, ao invés de pensar em uma regulação sobre a vida, Fassin sugere que pensemos na “vida em si”, na mobilização de sua dimensão biológica como possibilidade de agenciamento político. Gostaria de deslocar esse conceito para o campo da saúde mental e pensá-lo nesses termos seguindo a proposta de Sônia Maluf em “Biolegitimidade, direitos e políticas sociais: novos regimes biopolíticos no campo da saúde mental no Brasil” (2015).

A captura de como políticas públicas do campo da saúde mental são orientadas por um viés que esquadrinha o gênero e sexo feminino em seus “ciclos vitais” sublinha a centralidade da vida biológica. A análise implementada por Maluf é elucidativa de como a *biolegitimidade* pode atuar no referido campo. Gostaria de dar outro desenvolvimento para pensar na biolegitimidade a partir das questões que se observam nas descrições etnográficas das relações de Anderson. Afinal, sua constante procura por ser reconhecido como alguém capaz de ajudar, de dar conselhos, de ter sua existência fora do registro da doença, repercutiu de forma a ensejar questionamentos sobre a capacidade das práticas de saúde envolvidas em uma ampla política pública de efetivarem seus princípios de levar em consideração a integralidade do sujeito. Em outras palavras, implicou na negativa de tomar os comportamentos e desejos de Anderson como dimensões que se conectam com sua subjetividade, suas relações sociais, e, afirmou a perspectiva da doença como um elemento material e biológico que detém centralidade no CAPS.

O que mais fica evidenciado, em uma possível reflexão sobre as experiências de Anderson, é que no que se refere ao contexto de práticas e relações no âmbito do CAPS, teria de ser assumido como central a doença, e o seu enfrentamento. O espaço concedido para outras produções subjetivas, tais quais as praticadas por Anderson, eram sempre enquadradas em um desvio que era codificado de modo que essas práticas eram interpretadas como uma fuga ao enfrentamento de seu próprio problema de saúde. Ou seja, acredito que podemos fazer uma leitura que vai ao encontro do que sugere Fassin ao nos propor que observemos na trivialidade das políticas públicas como se erige uma economia moral que dá centralidade a essa vida biológica que escamoteia suas dimensões sociais e materiais.

Por outro lado, a própria biopolítica em suas formulações originais desenvolvidas por Michel Foucault (1978) também têm reverberações com as experiências descritas acima. A aproximação com



os eventos narrados em nossos encontros aponta para a possibilidade de pensar nos dois registros de biopoder apontados por Foucault atuando na produção de regimes de verdade que sustentam uma regulação da vida de modos diferenciados, embora concomitantes.

As práticas de atenção psicossocial descritas por meu interlocutor estiveram imbricadas ora pela elaboração de uma *anatomopolítica*, uma *disciplina*, que, ao destacar a dimensão da doença em Anderson, direcionou sobre ele uma força que incidia diretamente sobre o seu corpo, regulando seu comportamento. Dessa forma, sua tentativa de ocupar o lugar de alguém capaz de ajudar, tanto demais usuários do serviço, assim como os próprios profissionais de saúde do mesmo, ficara dificultada. Essa *disciplina* que aparece em seus relatos sobre experiências vividas no CAPS repercutiu em recorrentes exigências para que Anderson mantivesse um comportamento adequado, ou seja, que cuidasse de si mesmo, assim como, respeitasse o horário das atividades.

O relato que apontou para a atuação dos profissionais do CAPS junto à sua família quando ainda vivia em sua casa também ratificam a interpretação que destaca a vigência dessa regulação sobre a vida. Ora, o comportamento de Anderson era lido desde uma perspectiva de um desvio que rapidamente se conecta com uma codificação: agora, além de portar o CID de ter um transtorno obsessivo compulsivo por limpeza, adquiria o rótulo de acumulador. O destaque que emerge nos apontamentos de Anderson, permite que se observe nesse caso uma atenção psicossocial que atua diretamente na promoção da identificação da doença em um escrutínio minucioso da vida desse sujeito da pesquisa.

Em outros momentos que destaco de nossas conversas e encontros, pode-se vislumbrar de que forma a biopolítica atuando a partir de uma política que se debruça sobre a vida desde a noção de “população” aparece como relevante. A elaboração de dados quantitativos, característica fundamental da atuação do Estado desde a formulação desse conceito de população, repercutiu na categoria genérica de “doença mental”. A alta assim, vinculada a uma visão de que o CAPS é um lugar que deve atender ao maior número de pessoas possível, pode ser aproximada dessa última noção. O elemento fundamental que emerge para a construção da alta em detrimento de outras dimensões é a atuação sobre o problema de saúde mental.

Quando observamos o relato da ex-assistente social sobre o serviço de saúde substitutivo de saúde mental em questão, pode-se inferir que a relevância na atenção psicossocial ali praticada se dirige para o tratamento da “doença mental” em um sentido principalmente biológico. Os relatos que sublinham as dificuldades de implementar a sua oficina sobre direitos dos usuários de saúde mental, a ausência do momento da assembleia, apontam para um descrédito dessas outras dimensões no CAPS. Podemos observar que

Cabe destacar, que as biopolíticas de que trata Foucault nesses dois regimes de biopoder não são excludentes, como bem destacou Sônia Maluf (2015)

Temos, pois, duas séries: a série corpo-organismo-disciplina-instituições; e a série população-processos biológicos-mecanismos regulamentadores-Estado. Um conjunto orgânico institucional: a organo-disciplina da instituição [...], e, de outro lado, um conjunto biológico e estatal: a bio-regulamentação pelo Estado (Foucault, 1999:298.)

Afim de realizar um movimento de contraste no texto, trouxe o relato de Anderson sobre suas vivências no âmbito da *associação de saúde mental e economia solidária* da qual faz parte. No caso relatado, fica evidenciado como são valorizadas outras dimensões que não a do problema de saúde na construção das relações entre as pessoas que a compõe. E, no evento específico contado pelo interlocutor da pesquisa, se ressalta o fato de que o problema de saúde mental é mobilizado com o sentido de manutenção da pessoa na *associação*.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente dissertação de mestrado se deu pelo trilhar de diferentes caminhos. O acompanhamento da vida das pessoas que de algum modo apresentam uma longa relação com o campo da saúde mental, e que, mais especificamente, recentemente experimentaram os cuidados relativos à atenção psicossocial permitiu que se lançasse um olhar atento a complexidade atinente a esse campo da política pública de saúde. Assim, na relação com essa alteridade no trabalho antropológico, procurei elaborar uma descrição que valorizasse tanto as falas de meus interlocutores, mas principalmente suas práticas, de modo a deixar visíveis as linhas que correlacionam os elementos que produziram diferentes *Altas-Rizoma*.

Logo, vê-se que foi dada primazia às experiências de campo, ao que se produziu na *relação* com meus interlocutores de pesquisa, e, desde esse *lugar etnográfico*, discussões sobre o modo como a reestruturação da saúde mental têm se realizado entraram em debate. A reforma psiquiátrica – já tendo sido ressaltado seu caráter heterogêneo e não consensual – é tensionada a partir dos (des)caminhos que foram acompanhados e contados por meus parceiros de pesquisa. Dessa forma, estabeleço diálogos possíveis entre essas trajetórias distintas, relatos de experiência, trechos de um trabalho de campo prévio, a fim de conectar a forma como a atenção psicossocial do Centro de Atenção Psicossocial em questão participou na produção da reinserção social dessas pessoas que usufruíram de seus serviços.

A abordagem rizomática sobre a alta permitiu uma leitura densa de um processo importante na condução de um cuidado em liberdade e atento a integralidade da vida e expôs a complexidade constitutiva do campo de saúde mental. Assim, a procura por questionar antropológicamente a “alta” e a “desinstitucionalização” no contexto da atenção psicossocial, elaborada a partir da descrição das experiências dos interlocutores da pesquisa, reafirmou a heterogeneidade com que se configuram os Centros de Atenção Psicossocial. No caso da pesquisa, questionou a própria potencialidade da desinstitucionalização – no sentido aparentemente mais comum na Reforma Psiquiátrica brasileira – como uma crítica a hospitalização, ou um movimento de retirada da internação como centro de organização da atuação em saúde mental.

De forma resumida, apresentei narrativas baseadas nas experiências de campo que mostraram diferentes trajetórias no que se refere à leitura de que a alta se mostrava importante para os sujeitos participantes da pesquisa, não tanto no que se refere ao rompimento dos vínculos construídos no âmbito do CAPS; e, sim, deteve relevância na forma como essa continuidade de idas ao serviço substitutivo se relacionava com a possibilidade de se manter entre seus familiares, em suas residências.

Na experiência com Alberto em seu retorno à *Equipe de Saúde Mental*, na sua relação com a profissional de saúde deste serviço, pode-se observar como a Rede de Atenção Psicossocial consegue se cristalizar. Dispositivos de organização da atenção nesse campo da saúde, centrados no CAPS, realizaram um acompanhamento que, embora tenha resultado na internação de Alberto, permitiu a continuidade dos vínculos que este possui refletindo na sua permanência em sua casa. Contudo, essa *Alta-Rizoma*, apontou para um elemento interessante na forma com que o CAPS, ao ser mobilizado no cuidado com Alberto, repercutiu, primeiramente no acesso à ala psiquiátrica do hospital da instituição em questão.

Em outras palavras, a perspectiva rizomática, que produzi, direcionou-se sobre a política pública de saúde mental. Especificamente, ao conectar diferentes relatos e práticas próximas ao evento da alta, colocou-se em suspensão ideias pre-estabelecidas sobre o que significaria a “alta” e a “desinstitucionalização” no contexto do CAPS envolvido na pesquisa. Os (des)caminhos que foram acompanhados em campo enfatizaram a possibilidade da antropologia e da etnografia ser mobilizada para uma reflexão sobre a política pública (FONSECA; SCALCO; CASTRO; 2018).

“Como a gente faz para acabar com os manicômios?” . Essa indagação foi feita por uma moradora de um Serviço Residencial Terapêutico da região metropolitana de Porto Alegre. Os engajamentos produzidos ao conduzir a pesquisa levaram-me a compor uma *associação de economia solidária* formada por pessoas que se alinham às pautas do movimento antimanicomial. Ela é formada por “usuários”, ex-“usuários”, familiares, estudantes, simpatizantes, enfim, apresenta bastante heterogeneidade dentre seus componentes. A fala acima citada foi enunciada em um encontro onde a associação recebera terapeutas e moradores do S.R.T. para mostrar como se desenvolviam as suas

atividades. Havia sido a primeira vez que aquelas pessoas saíam do residencial, segundo os terapeutas.

A moça que havia colocado essa interrogação vivia a mesma circunstância de impedimento para a vida civil e social de curatela apresentada por Simara. Seus vínculos familiares já não existiam mais, e hoje em dia, um advogado respondia por todos os atos dela. Assim, o SRT conduzia o cuidado com ela levando em consideração, em primeiro lugar, o que estava previsto como possibilidade de condutas pelo responsável pela curatela. A discussão promovida pelos terapeutas naquele encontro foi na defesa de que, se é difícil “acabar com os manicômios” há que se lutar para “tornar eles mais humanizados”. Assim, o pano de fundo da conversa girou em torno da possibilidade de ter seus desejos ouvidos na elaboração das regras de convivência do lugar onde moravam.

Após esse encontro, os responsáveis pelo SRT aparentemente não gostaram da repercussão desse passeio. A moça que expusera o seu desejo pelo fim do manicômio teve um adendo elaborado por seu responsável civil, agora não poderia mais sair do SRT sem o aval deste, assim como, as visitas deveriam passar por sua avaliação.

A narrativa elaborada em torno da *Alta-Rizoma* de Simara, na verdade, é representativa da permanência da lógica manicomial nos dias de hoje. O detalhe etnográfico demonstrou que mesmo diante de um CAPS que apresentou, desde os relatos e experiências acompanhados nessa pesquisa, uma constante demarcação dos lugares de fala, entre “usuário” e “profissional de saúde”, houve uma vinculação afetiva também por parte da profissional. De todo modo, o CAPS, mesmo diante da iminência de sua internação no Vita, não dispôs de nenhum dispositivo para evitar esse desfecho de completo abandono.

Anderson, por sua vez, ao realizar sua crítica ao CAPS que estivera vinculado, trouxe elementos que colocam em diálogo a atenção psicossocial em seu viés biológico centrado no combate ao problema de saúde mental, com a dificuldade em ter reconhecida sua forma de ser. Assim, ao destacar que o que retivera de “bom” em sua experiência no CAPS havia sido a sua internação, enseja o argumento de que a desinstitucionalização, opera em um outro plano que não é nem o da crítica ao saber psiquiátrico como enunciador de verdades sobre a saúde mental, e nem o da crítica ao hospital psiquiátrico como centro da atuação em saúde.

A alta, relacionada a desinstitucionalização, no CAPS pesquisado, teve emergência na forma com que um número de altas foi produzido com a preocupação da retenção de pessoas por longo período. Assim, a preocupação em relação a permanência por longo período de “usuários” no serviço de saúde, ou seja, perseguindo um dos sentidos atribuídos ao princípio da desinstitucionalização, se refletimos acerca das experiências relatadas, principalmente por Anderson, pode ser lida nas entrelinhas das práticas de atenção psicossocial conduzidas ali. Os relatos acerca da tentativa recorrente de impor ao meu interlocutor o lugar do “usuário” e o do “portador de transtorno de saúde mental”, estão relacionados a fixar que a passagem pelo CAPS se refere, fundamentalmente a um tratamento de saúde. Assim, se considerarmos a perspectiva de que o cuidado em saúde mental, visado desde a constituição dos CAPS, é o de retirar do centro o hospital, e implementar um cuidado que não reduza as experiências sociais e subjetivas das pessoas à dimensão da doença, podemos observar os desafios do presente campo.

A preocupação de desenvolver uma análise antropológica que não se furtasse à observação de elementos triviais que compõe às políticas de saúde ou da vida, conduziram o pesquisador a acompanhar a “alta”. Dessa maneira, ao explorar a ideia da alta em uma perspectiva filosófica e antropológica, pode-se desenhar, a partir dos planos que compuseram a pesquisa, a complexidade atinente à saúde mental.

## 6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, Paulo(coord.). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

ANDRADE, Ana Paula Müller de. **Sujeitos e(m) movimentos: uma análise crítica da reforma psiquiátrica brasileira na perspectiva dos experientes**. Tese de doutorado submetida ao Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2012.

BERTAUX, D. 1999 [1980]. **El enfoque biográfico: su validez metodológica, sus potencialidades**. In *Proposiciones* 29(4): 1-23.

BIEHL, João. **Vita: Life in a Zone of Abandonment**. Berkeley: University of California Press, 2005.

BIEHL, João. **Antropologia do Devir: psicofármacos – abandono social – desejo**. Revista de Antropologia, São Paulo, USP, v. 51, nº 2. 2008.

BIEHL, João; LOCKE, Peter. **Deleuze and the anthropology of becoming**. Current Anthropology, Vol. 51, n. 3. 2010.

BONET, Otávio. **De restos e sofrimentos: sobre fazer etnografias em serviços de saúde**. In: Antropologia da Saúde: Ensaio em Políticas da Vida e Cidadania, ABA publicações, 2018.

BOURDIEU, P. 1986. **L'illusion biographique**. In Actes de la recherche en sciences sociales 62-63.

CARTA DE DIREITOS E DEVERES DOS USUÁRIOS E FAMILIARES DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL, 1993.

COSTA-PEREIRA, Mário Eduardo. **O Futuro da Psicanálise**. In: ALONSO, A. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2002.

CRUZ, Fernanda. **Jovens em devir: invenção de novas possibilidades de vida para além da institucionalização**. Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2014.

DAS, Veena; POOLE, Deborah. **Anthropology in the Margins of the State**. Santa Fe: SAR Press, 2004. Cap. 1 (3-33); Cap. 11 (279-288).

DELEUZE, Gilles. **Foucault**. São Paulo: Editora Brasiliense, 2005.

DESVIAT, Manuel. **A reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

DUARTE, Luiz Fernando D. **A outra saúde: mental, psicossocial, físico-moral?** In: ALVES, Paulo Cesar e MINAYO, Maria C.S. Saúde e doença: um olhar antropológico. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994.

DUMONT, Louis. **O individualismo. Uma perspectiva antropológica da ideologia moderna**. Rio de Janeiro: Rocco, 1985.

FASSIN, Didier. **Entre las políticas de lo viviente y las políticas de la vida. Hacia una antropología de la salud**. Revista Colombiana de Antropología, Vol 40. pp. 283-318, 2004.

FASSIN, Didier. 2009a. **Another politics of life is possible**. *Theory, Culture & Society*, 26(5): 44–60

FASSIN, Didier. **El irresistible ascenso del derecho a la vida: razón humanitária y justicia social**. Revista de Antropología Social, 2010.

FAVRET-SAADA, Jeanne. **Ser afetado**. Cadernos de Campos, 2005, ano 14. p. 155- 163.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 2009 [1979].

FONSECA, Tania Mara Galli et. all. **Rizomas da reforma psiquiátrica: a difícil conciliação**. Porto Alegre: Sulina / UFRGS, 2007.

GOLDMAN, Marcio. **O fim da antropologia**. *Novos Estudos Cebrap*, São Paulo, n.89, p. 195-211, mar. 2011. Resenha de *A invenção da cultura*.



GOLDMAN, Marcio. **Os tambores do antropólogo: antropologia pós-social e etnografia**. Ponto Urbe 3, 2008.

GUÉRIOS, Paulo Renato. **O estudo de trajetórias de vida nas Ciências Sociais: trabalhando com as diferenças de escalas**. Campos 12(1): 9-29, 2011.

HEIDRICH, Andréa Valente. **Reforma psiquiátria à brasileira: análise sob a perspectiva da desinstitucionalização**. Porto Alegre: PUC-RS, 2007.

KLEINMAN, A; EISENBERG, L; GOOD, B. **Culture, Illness and Care: clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research**. Annals of Internal Medicine. V. 88, n. 2, p. 251-258, 1978.

LANGDON, Esther Jean. **A fixação da narrativa: Do mito para a poética de literatura oral**. Revista Horizontes Antropológicos. Porto Alegre, ano 5, n.12, p 13-36, 1999.

LANGDON, Esther Jean. **Performance e sua diversidade como paradigma analítico: a contribuição da abordagem de Bauman e Briggs**. Trabalho apresentado na mesa redonda: Performance, Drama e Ritual- A formação de um Campo e a experiência contemporânea, 31º Encontro Anual da ANPOCS, 2007.

LANGDON, Esther Jean , FOLLÉR, Maj-Lis e MALUF, Sônia Weidner, « **Um balanço da antropologia da saúde no Brasil e seus diálogos com as antropologias mundiais** », *Anuário Antropológico* [Online], I | 2012, posto online no dia 01 outubro 2013, consultado no dia 18 março 2019. URL : <http://journals.openedition.org/aa/254> ; DOI : 10.4000/aa.254.

MALUF, Sônia Weidner. **Por uma antropologia do sujeito: da Pessoa aos modos de subjetivação**. Campos 14(1-2): 131-158, 2013.

MALUF, Sônia Weidner. **Biogitimidade, direitos e políticas sociais: novos regimes biopolíticos no campo da saúde mental no Brasil**. Vibrant. 2015.

MALUF, Sônia Weidner. **Antropologia reversa e “nós”:** alteridade e diferença. Revista Ilha, vol. 12, número 1. 2010.

ROTELLI, Franco; LEONARDIS, Otta de; MAURI, Diana. **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 2ª Ed, 2001,.

SARETTA, Mário Eugênio. **Terceira Margem do Hospital Psiquiátrico: Ética, Etnografia e Alteridade**. Dissertação apresentada o Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da UFRGS. Porto Alegre, 2015.

SARTI, Cynthia Andersen. **Saúde e Sofrimento**. In: Horizontes das Ciências Sociais no Brasil, Duarte, L. F. D. (Org.). ANPOCS, 2010.

SOUZA, Iara Maria de Almeida; RABELO, Míriam Cristina. **Agência: para além da oposição entre atividade e passividade**. In: Políticas Etnográficas no Campo das Ciência e das Tecnologias da Vida. Jean Segata & Theophilos Rifiotis (Orgs.). ABA Publicações. Porto Alegre, 2018.

STENGERS, Isabelle. **Including Non-humans in Political Theory: opening pandora box?** In: Bruce Braun & Sarah J. Whatmore (orgs.). *Political Matter: Technoscience, Democracy, and Public Life*. Minneapolis: University of Minnesota Press, p. 3-34, 2009.

VIECELI, Ana Paula. **Lugares da Loucura: arquitetura e cidade no encontro com a diferença**. Dissertação de mestrado. UFRGS, 2014.

VIVEIROS DE CASTRO, Eduardo. **Filiação intensiva e aliança demoníaca**. *Novos Estudos*, 77. Março, 2007.