

CURSO DE PSICOLOGIA

Alessandra Moreira e Silva

OS SENTIDOS DA LOUCURA: CONSTRUINDO MODOS DE SER

Santa Cruz do Sul
2015

Alessandra Moreira e Silva

OS SENTIDOS DA LOUCURA: CONSTRUINDO MODOS DE SER

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Psicologia para obtenção do título de graduação em Psicologia.

Orientadora: Prof^a Dra. Betina Hillesheim

Santa Cruz do Sul

2015

“Para tornar a realidade suportável, todos temos de cultivar em nós certas pequenas loucuras.”

[Marcel Proust]

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer a todos que de alguma forma ou de outra colaboraram para que esse trabalho fosse realizado.

Aos meus pais que me deram condições de poder realizar aquilo que sonhava, guiando meu caminho, sendo meus mestres na vida, me ensinando a ter fé e a acreditar nas coisas.

Agradeço aos meus irmãos por me darem força durante essa minha jornada e por poder sempre contar com eles em todas as circunstâncias. Em especial à Nica, pela paciência em acompanhar de perto, durante esses 5 anos, minha trajetória acadêmica, por me escutar e apoiar. E à Ângela pela dedicação e esforço em me ajudar a poder realizar meus estudos.

Aos meus amigos que também sempre se mostraram companheiros e dispostos a ajudar sempre que necessário.

À todos meus colegas do Curso de Psicologia, pelas parcerias e experiências compartilhadas. Em especial ao Lourenço, pelo carinho, companheirismo e por todo apoio de sempre. E à Michele que também faz parte dessa minha trajetória acadêmica, pela amizade e pelos bons momentos vivenciados.

À todos os professores do Curso de Psicologia, pelos ensinamentos e experiências passados. Em especial à minha orientadora de Trabalho Final de Curso Betina Hillesheim, pela dedicação, atenção, carinho e pela forma que orientou esse meu percurso de pesquisa, por passar tranquilidade e segurança, tendo uma delicadeza sem tamanho para conduzir da melhor forma possível esse trabalho. À professora Teresinha Klafle, que supervisou meu último ano de estágio no curso, pela forma responsável de conduzir o seu trabalho, pelo comprometimento, pela atenção e por todo conhecimento passado.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	07
2. A CARTOGRAFIA DA LOUCURA.....	10
3. PSICOLOGIZANDO A LOUCURA.....	13
4. DO MANICÔMIO/ SANATÓRIO À REFORMA PSIQUIÁTRICA.....	18
5. MAS, AFINAL, O QUE É A LOUCURA?.....	25
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	33
REFERÊNCIAS.....	35

RESUMO:

O presente trabalho objetiva problematizar os sentidos que são produzidos na nossa sociedade sobre a loucura. A pesquisa refere-se ao Trabalho Final de Curso de Bacharelado em Psicologia. Os procedimentos metodológicos fundamentam-se na cartografia, conforme proposta de Deleuze e Guattari. O registro dos dados foi realizado através de um diário de campo, o qual se compõe de *fragmentos* diversos (falas, recortes de jornais, trechos de filmes, documentos, entre outros materiais), bem como dos sentimentos e inquietações da pesquisadora frente aos mesmos. Considerando-se as questões históricas sobre as formas de tratamento da loucura, o trabalho ainda discute os movimentos que culminaram, no país, na reforma psiquiátrica. Assim, apresenta-se a trajetória do dito louco, as internações e os lugares ainda destinados a esses, e problematiza-se a luta antimanicomial, que visa uma nova forma de tratamento, de cuidado do louco, buscando compreender seus efeitos sobre as formas pelas quais se concebe a loucura. Para a análise dos dados, foi construído um esquema de sistematização dos materiais, classificando-os em dois marcadores que emergiram durante a investigação, o primeiro contendo os sentidos atribuídos à loucura, subdividido-os em dois significativos blocos: o patológico e a forma de expressão; e um marcador referente aos discursos sobre a forma de tratamento do dito “louco”. O material encontrado associa, de forma estreita, loucura e insanidade, sendo que a psicologia, muitas vezes, também reforça essa questão através de suas práticas, havendo assim muitas vezes uma *psicologização* da loucura. A partir de tais considerações, podem-se problematizar as próprias práticas psicológicas, assim como os discursos oriundos de diversos campos e que são produzidos e circulam em nossa sociedade, os quais acabam por rotular a loucura, marcando parâmetros entre normalidade e anormalidade, traçando modos de compreender e ser ‘louco’ ou ‘não louco’.

Palavras-chave: Sentidos, Loucura, Psicologia.

1. INTRODUÇÃO

A loucura se configura, a partir de várias faces, sendo construída pelos diversos discursos presentes na sociedade em diferentes contextos. Como por exemplo, pode se citar nos séculos XV e XVI que a loucura era compreendida como liberdade e verdade. Nos séculos seguintes, XVII e XVIII ocorrem as internações nos hospitais gerais; enquanto após a revolução francesa os loucos passam a serem cuidados pela psiquiatria (COROCINE, 2005).

Foucault (2000), citado por Scaramussa et al (2009), possibilitou a análise histórica da loucura, a qual na modernidade passou a ser vista como uma alienação mental, e mais tarde como doença mental, sendo passível de cuidados médicos. Conforme a obra de Foucault é recente o status de doença mental dado à loucura. Nas sociedades ocidentais nem sempre o louco foi considerado ameaça passível de exclusão ou cura. Na Idade Média, com predomínio do pensamento cristão, o louco era considerado como um “possuído”, um doente da alma, ignorado, preso a uma rede de história de significados religiosos e mágicos.

Na história em uma determinada época surge o fascínio por imagens da loucura. Nesse período a loucura surge como um saber, difícil e estranho, mas inacessível ao homem são. A loucura oferece um mundo de significações, fazendo surgir sentidos, que só pode aprender sob insano (ARAÚJO, 2014).

No final do século XVIII, com o surgimento do conceito de Alienação Mental atribuído ao louco, criado pelo psiquiatra francês Philippe Pinel, a loucura passa a ser capturada pela interpretação científica e institucional produzida pela medicina mental e pelo asilo de alienados mentais. Esse período histórico define a loucura como doença mental, e, por conseguinte intervém a fim de curá-la, acentuando e agravando os preconceitos, estigmas e estereótipos já existentes. Esse modelo é sustentado por um discurso internalizado na sociedade, alicerçado na separação moral rígida entre o certo e o errado, o sadio e o doente, dessa forma, se cristaliza uma verdade absoluta (SCARAMUSSA et al, 2009).

A saúde mental vem se estruturando ao longo dos anos a partir de uma trajetória de construções, num constante repensar acerca das práticas de tratamento psiquiátrico. Por volta dos anos 50 os manicômios eram o lugar destinado aos “loucos”, onde esses eram afastados da sociedade como se representassem um perigo para mesma. Essa forma de tratamento necessitava de mudanças e reformulações radicais, e isso só foi possível através do movimento da reforma psiquiátrica.

A reforma psiquiátrica pode ser entendida como um processo histórico de reformulação crítica e prática, tendo como objetivo e estratégias o questionamento e a elaboração de propostas de transformação do clássico modelo e paradigma da psiquiatria. No Brasil a reforma psiquiátrica surge mais concretamente, a partir da conjuntura da redemocratização no final da década de 70 (AMARANTE, 1995).

Em 1978 surge o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) sendo através desse movimento que se inicia um período de denúncia da violência dos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência e construindo-se uma crítica ao saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência a pessoas com transtornos mentais. Como inspiração para esse movimento antimanicomial no nosso país, destaca-se a experiência italiana de desinstitucionalização em psiquiatria e sua crítica ao manicômio (BRASIL, 2005).

Scaramussa et al (2009) sugere que há modelos sociais de loucura, sendo assim o sujeito não enlouquece segundo seus próprios desígnios, mas segundo o que é previsto pela cultura da qual é membro. Para os autores cada sociedade possui ideias definidas sobre como se deve ser, agir, pensar e sentir dos loucos. Portanto apontam que há limites na expressão da loucura, significando que a loucura é uma criação cultural.

A maneira como a loucura é vista e tratada, até hoje, traz vestígios dessa história e de seus momentos. Todos esses séculos de segregação contribuíram para a loucura ter o status de exclusão. Entre os séculos XV e XVIII a loucura foi vinculada a desrazão, a libertinagem, ao pecado e ao inumano, contribuindo para essa imagem negativa da loucura. Dessa forma, ainda nos dias atuais o louco é escorraçado e vive sem rumo, levando consigo seu estigma (ARAÚJO, 2014).

O presente trabalho objetivou discorrer sobre os diversos sentidos atribuídos à loucura. Teve como instrumento de pesquisa o método cartográfico. Está organizado da seguinte forma: num primeiro momento discorre sobre o percurso da pesquisa, trazendo o método utilizado, detalhando como foi sendo articulados os dados para realizar a discussão dos mesmos. A partir da produção dos dados, apresentada no capítulo metodológico, organizo a discussão destes em três capítulos. O primeiro intitulado “*Psicologizando a loucura*” refere-se a minha implicação frente a essa pesquisa, bem como a ligação entre a psicologia e a loucura. O capítulo seguinte denominado “*Do manicômio/sanatório à reforma psiquiátrica*” apresenta a loucura relacionada à patologia, pois foram muitos dados encontrados acerca dessa perspectiva. É realizada nesse também uma discussão acerca do lugar destinado ao louco, e

algumas das causas que desencadearam a reforma psiquiátrica. O último capítulo, que tem como título “*Mas afinal, o que é a loucura?*”, discorre sobre os variados sentidos atribuídos à loucura, o sentido “patológico”, que está relacionado à anormalidade, a doença mental, a insanidade e o sentido de “forma de expressão”, forma exagerada de expressar-se, de expor o sofrimento, maneira de viver a liberdade, de ir além do que é estabelecido pela sociedade.

A partir dessa pesquisa desenvolve-se, contudo, várias problematizações, seja em relação aos sentidos dados à loucura e as respectivas questões que surgem com esses, ou em relação aos discursos relacionados à forma de tratamento, de isolamento do louco.

2. A CARTOGRAFIA DA LOUCURA

Este trabalho fundamentou-se no método cartográfico de pesquisa, conforme proposto por Deleuze e Guattari. Desta forma, foi sendo desenvolvido num processo de ir coletando “pistas” no decorrer do percurso, sendo essas que guiaram e forneceram as bases para que este trabalho fosse desenvolvido.

Trabalhar com o método cartográfico remete um trabalho não prescritivo, sem se ter regras formadas, objetivos previamente estabelecidos. O desafio presente nesse tipo de intervenção é justamente realizar uma reversão do sentido tradicional de método, num caminhar não para alcançar metas já fixadas, mas caminhar traçando no percurso suas metas (PASSOS, BARROS, 2010).

A experiência de cartografar é como viajar sem saber a direção que se está indo, apenas tendo uma ideia do destino, que, no caso dessa pesquisa, era encontrar os diversos sentidos dados à loucura. Foram diversos locais que fui encontrando meu material de pesquisa, tais como, através de conversas informais com diferentes pessoas, através de mensagens encontradas na internet, palestras, aulas, televisão...

Ao ir produzindo os dados da minha pesquisa, esses foram registrados em um diário de campo, juntamente com minhas inquietações como pesquisadora e apontamentos. Acredito que isso que faz esse tipo de pesquisa ser diferenciada, pois vai traçando paralelamente o sentimento do pesquisador frente aos dados encontrados.

O diário de campo se refere ao modo de registrar a experiência expressa em um tipo de textualidade (BARROS; PASSOS, 2010). A escrita no diário de campo não é algo técnico e automatizado, nem se trata de reproduzir o objeto para, então, avançar à próxima etapa, a qual constituirá em descrever os contornos do objeto, depois da sistemática observação. A escrita cartográfica implica escrever ensaiando novas possibilidades de reinventar mundos (OLEGÁRIO, 2011).

De acordo com Prado-Filho e Teti (2013) a produção política da subjetividade é um dos principais focos centrais e estratégicos da análise cartográfica, o que implica em uma atenção especial a jogos de verdade e de enunciação, jogos de objetivação e subjetivação, modos de sujeição e assujeitamento, produção de corpos morais, sexuais, produtivos, estetizações e produções de si mesmo, formas de resistência, práticas de liberdade, o que torna esse tipo de metodologia um instrumento para ciências de radical *psi*. Para complementar essa afirmação Rolnik (1989) traz que:

Paisagens psicossociais também são cartografáveis. A cartografia, nesse caso, acompanha e se faz ao mesmo tempo que o desmanchamento de certos mundos – sua perda de sentido – e a formação de outros: mundos que se criam para expressar afetos contemporâneos, em relação aos quais os universos vigentes tornaram-se obsoletos. Sendo tarefa do cartógrafo dar língua para afetos que pedem passagem, dele se espera basicamente que esteja mergulhado nas intensidades de seu tempo e que, atento às linguagens que encontra, devore as que lhe parecem elementos possíveis para a composição das cartografias que se fazem necessárias. O cartógrafo é antes de tudo um antropófago. (ROLNIK, 1989, p.15-16).

O cartógrafo pode-se ser considerado como um verdadeiro antropófago, pois vive de expropriar, devorar e desovar, transvalorado, buscando sempre elementos para compor suas cartografias. Seu perfil é definido exclusivamente pela sua sensibilidade, que se prevalece, na medida do possível, no seu percurso de trabalho (ROLNIK, 1989).

O campo da pesquisa cartográfica, conforme Barros e Kastrup (2010) pressupõe a habilitação de um território que, aproximando-se desta forma da pesquisa etnográfica, lança mão da observação participante. O pesquisador mantém-se no campo tendo contato direto com as pessoas e seu território existencial. Esse processo é constituído passo a passo, como o próprio ato de caminhar. Essa pesquisa sugere uma processualidade em todos os momentos, na produção de dados, na análise, na discussão dos mesmos e na escrita dos textos (BARROS; KASTRUP, 2010).

Para análise dos dados realizei um esquema metodológico, no qual os divido em dois marcadores distintos, o primeiro refere-se aos sentidos da loucura, que foram subdivididos em dois grandes blocos: o “sentido patológico” e o “sentido da forma de expressão”; e outro marcador, o qual surgiu a partir da análise dos dados, apresenta os discursos a respeito das formas de tratamento da loucura.

Na maioria das vezes a loucura está entrelaçada ao sentido do “patológico”. Nessa perspectiva, o louco é designado como doente mental, necessitando de tratamento e, conseqüentemente, de isolamento. A ideia que se tem da loucura, é que está ligada ao transtorno mental, a uma doença, remete ao conceito clássico do louco, aquele que perdeu a consciência de si, e que por estar doente, não se adequa mais ao convívio em sociedade. Este passa a ser “tratado” para que sua identidade possa ser “restaurada” (BULLA, 2005).

Nessa perspectiva a loucura também está correlacionada com a diferença. O louco é considerado como um sujeito diferente, como aquele que escapa as normas estabelecidas pela sociedade. Sobre essa diferença Veiga-Neto (2011) discorre que:

A diferença pensada como marcha do mundo, na medida que os diferente teimam em não se manterem dentro dos limites nítidos, precisos, com os quais o Iluminismo sonhou geometrizar o mundo. A diferença entendida como aquilo que, sendo desviante e instável, estranho e efêmero, não se submete à repetição mas recoloca, a todo momento, o risco do caos, o perigo da queda, impedindo que o sujeito moderno

se apazigue no refúgio eterno de uma prometida maioria (VEIGA-NETO, 2011, p. 107 e 108).

O outro sentido encontrado acerca da loucura refere-se a “forma de expressão”, podendo essa ser entendida como uma forma de extravasar, de quebrar limites, de ir além do esperado.

Para se pensar as produções de sentidos trazidas acima, Bulla (2005) traz que a loucura é fixada através de toda uma estrutura de linguagem, o louco serve-se dessas formas de linguagem para seu raciocínio, fazendo surgir visões da sua imaginação, imagens as quais representam sua experiência. A loucura, como forma de expressão, é uma forma de comunicar, não apenas pelo discurso da palavra, mas através de sua plasticidade, expressa no corpo no auge do seu sofrimento psíquico (BULLA, 2005).

No decorrer desse trabalho, com os dados encontrados, surgiu um marcador significativo, os discursos acerca das formas de tratamento dos loucos. O discurso se refere a uma prática que relaciona a língua com “outras práticas” no campo social (AZEVEDO, 2013). Através dos discursos obtidos se pode perceber tanto discursos a favor do tratamento “manicomial”, de isolamento do louco, da imposição do saber sobre esse, o incapacitando, como também discursos em prol de um tratamento mais humanizado, visando dar autonomia ao sujeito e o seu cuidado em liberdade.

Para discussão dos dados foram elaborados três capítulos. O primeiro capítulo intitulado “*Psicologizando a loucura*”, contém o interlace entre a psicologia e a loucura, bem como minha implicação com esse assunto; o segundo denominado “*Do manicômio/sanatório à reforma psiquiátrica*” refere às práticas de tratamento do louco, e as questões que essas acarretam como o estigma e o preconceito; e o último tenta responder “*Mas, afinal, o que é a loucura?*”, trazendo os diversos sentidos da loucura.

Por fim são apresentados os caminhos percorridos durante essa pesquisa e o que se pode concluir a partir desse percurso.

3. PSICOLOGIZANDO A LOUCURA

A psicologia ocupou um importante papel na sociedade no século XX, auxiliando a construir um mundo e transformando as pessoas no que são atualmente. Dessa forma, constitui-se como “ciência social”, promovendo uma “psicologização” das vidas e no individual e no coletivo, transformando diversas ideias em termos psicológicos (ROSE, 2008).

Meu objetivo com esse capítulo é desenvolver acerca do entrelaçamento entre a psicologia e a loucura. Partindo como minha área de atuação a psicologia, realizo nesse momento uma análise da minha implicação também nesse trabalho e implicação ao tema, trazendo, dessa forma, algumas questões que encontrei ao longo do meu percurso acadêmico e de pesquisa.

Em relação à implicação na pesquisa, Santana (2010) traz que os processos emocionais, afetivos, ideológicos recheiam as interações sociais como coparticipantes em muitos momentos não autorizados pelo pesquisador, porém partícipes que ele não controla, pois se referem a uma implicação já existente na relação de alteridade. Na pesquisa de campo conforme a autora, o pesquisador deve separar o que é dele e o que é do outro, mas esses dois movimentos devem manter uma relação, para que o conhecimento se efetue, pois o ato reflexivo necessita tornar a perspectiva do outro e a de si mesmo que se tenha como objetivo refletir objetivamente sobre uma situação já dada.

Lapassade discorre da implicação a partir da entrada no campo, após o pesquisador ter decidido implicar-se em participar da pesquisa, mesmo que de maneira periférica. Quando se fala em implicação, consideramos que esta sempre existe, mesmo que a pesquisa não demande uma interação face a face com os sujeitos da investigação, já que a prática de pesquisa suscita representações, ideologias, valores, emoções que podem favorecerem ou não certas temáticas e percursos teóricos, bem como metodológicos do pesquisador (SANTANA, 2010).

Apostando nessa ideia de implicação na pesquisa a seguir desenvolvo alguns dados registrados no diário de campo.

Um familiar de uma pessoa com transtorno mental coloca: “como tu aguenta essa gente toda? É de enlouquecer!”. Com isso, sugere-se que como profissional deve ter um preparo muito grande, porém esse não está imune que algo aconteça, pois de uma maneira ou de outra podemos mergulhar na loucura do outro. É necessário, dessa forma, manter um

*acompanhamento paralelo. Ao mesmo tempo muitos acreditam que por ser um profissional não podemos também de alguma forma “enlouquecer”*¹ (Diário de campo- 15 jul.).

Numa postagem em uma rede social, vejo um desabafo de uma acadêmica do curso de psicologia, que refere justamente o olhar dos demais para tal profissão e o não entendimento de como conseguimos lidar com questões relacionadas à loucura humana. Como síntese do seu desabafo ela coloca a seguinte frase: “Precisamos de loucos, uns pelos outros” (Diário de campo – 28 ago.).

Essa perspectiva introduz a reflexão dessa profissão também como uma entrega ao outro, sendo um trabalho que necessita de doação ao que se faz. É necessário aceitar esse outro, ter empatia, escutar e de certa forma navegar na sua loucura, na sua história de vida.

Também através de uma postagem na internet em homenagem ao dia dos psicólogos encontro esta frase: *“A psicologia nunca poderá dizer a verdade sobre a loucura, pois é a loucura que detém a psicologia”*² (Foucault 1975).

Ao buscar a obra de onde foi retirada tal frase, *Doença Mental e Psicologia*, de Michel Foucault (1975), deparo-me com a explicação de que a psicologia “objetiva”, “positiva” ou “científica” encontrou sua origem histórica e fundamentou-se através de uma experiência patológica. Quando a loucura passa a ser ligada à doença mental, vai sendo possível uma análise psicológica da loucura, sendo assim ela passa também a fundar a psicologia. Através de uma análise dos desdobramentos que se ocasionou a psicologia da personalidade, através da análise dos automatismos e do inconsciente fundou-se a psicologia da consciência e da análise dos déficits que se desenvolveu a psicologia da inteligência. Dessa forma, o homem torna-se uma “espécie psicologizável” partindo do momento que sua relação com a loucura permite uma psicologia, assim a loucura passa a ser definida através da dimensão da exclusão e do castigo e pela dimensão interior da hipoteca moral e da culpa. Partindo de tais eixos, o homem no início do século XIX fazia ser possível uma urna tomada sobre a loucura e através dessa uma psicologia geral (FOUCAULT, 1975).

Ainda pontuando essa relação entre loucura e psicologia, Foucault (1975) refere que uma psicologia da loucura pode ser derrisória, na medida em que se exige nesse encaixe que a psicologia atenda sobre suas próprias condições, retornando ao que a tornou possível. A

¹ Dados do diário de campo, grifado de *itálico* para identificação deste. Ao longo deste trabalho referenciarei desta forma todos os fragmentos do diário de campo.

² Essa frase refere-se a uma citação da obra de Foucault (1975), porém não foi referenciada no texto porque foi retirada do diário de campo.

psicologia da loucura, de acordo com o autor, não seria o domínio da doença mental, mas a destruição da própria psicologia e o reaparecimento desta relação essencial, sendo esta uma relação com a desrazão.

Trazendo um pouco mais dessa dualidade, se assim é possível dizer, entre loucura e psicologia apresento um fragmento que escuto sobre essa questão: *Durante um curso sobre suicídio, quando se trabalhava num viés da importância de procurar um profissional para um tratamento, surge a seguinte frase: “Ainda na nossa cultura, para muitos, psicólogo é coisa de louco”*. (Diário de campo- 19 nov.)

Essa frase não é uma raridade de ser escutada, eu mesmo já ouvi em muitos outros momentos, algo do tipo: *“Psiquiatra é para louco e psicólogo é para quem já está enlouquecendo”*. Pensando em tais afirmações, pode-se concluir que ainda há uma falta de conhecimento sobre tal área, sobre essa profissão que trabalha com algo que não é “palpável”, mas com a subjetividade dos sujeitos, com as questões envolvendo a *psique*, as quais remetem à algo complexo e indecifrável para muitos.

O termo subjetividade, um dos pontos que a psicologia trabalha, é conceituado por Mansano (2009) tomando como base os estudos de Guattari, como não passível de totalização ou centralização no indivíduo, e não implicando uma posse, mas uma produção incessante que ocorre a partir de encontros vivenciados com o outro. Esse outro pode ser compreendido como outro social, ou como a natureza, acontecimentos, invenções, tudo aquilo produzido nos corpos e nas maneiras de viver. A subjetividade então é, conforme os autores, fabricada e modelada no registro social.

Torre e Amarante (2001) apontam que a produção de subjetividade funciona forjando os modos de existência, que moldam as maneiras de sentir e pensar dos indivíduos. Se a subjetividade, segundo os autores, é algo natural, é produzida como padrão ideal, a invenção de formas de vida nada mais é que produção de subjetividade, passando a subjetividade a ter dimensão estética com padrões políticos. Dessa forma, a subjetividade não seria dada, nem do interior do indivíduo, mas algo produzido pelos diversos vetores presentes na coletividade.

A noção de modos de subjetivação com produção de saúde mental pode ser compreendida através dos escritos de Foucault (2006), na sua obra *“Estratégia, saber-poder”*, onde ele discorre sobre o nascimento da loucura, de onde estavam e deveriam estar os loucos, os insanos, que é nos hospitais psiquiátricos, isolados. A instituição opera sobre esse indivíduo, utilizando-se de seu poder/saber para subjetivar sua vida, determinando assim seu local na sociedade.

Tentando exemplificar essa pontuação de Foucault sobre o “poder do saber”, e como muitas vezes o psicólogo também usa desse seu poder como especialista, discorro sobre de tal situação: *“Durante uma atividade proposta num serviço de saúde mental, a qual era a confecção de um cartaz, surge uma dúvida, eu proponho escrever “usuários” que era para referir aos usuários de um serviço de saúde mental, e os mesmos não concordam e dizem para eu escrever “pacientes”. Problematizando esse termo e não aceitação do termo usuários, eu primeiramente pergunto porque não pode ser este, eles respondem porque ninguém entenderia, porque são “pacientes”. Eu explico que usuários era para indicar que utilizam de tal serviço, que não são passivos, são atuantes, ativos, e protagonistas no seu próprio tratamento, e que essa palavra ficaria melhor empregada. Mesmo assim não aceitam a minha sugestão. No final acabo não utilizando nenhum dos termos e percebo que para eles o termo paciente realmente ficaria melhor empregado diante da realidade encontrada, pois ainda se põem como passivos, pacientes ao que lhe é imposto, fruto do modelo biomédico. Me observo também tentando potencializá-los, mas ao mesmo tempo tentando fazer eles aceitar uma realidade que não querem ou não conseguem, talvez o ser paciente para eles pareça mais cômodo e o profissional seja entendido como aquele que sabe, que detém o poder.”* (Diário de campo- 10 mai.)

Conforme Marcantonio (2010), a ciência não é apenas conhecimentos, mas também forma de controle social e manutenção de estruturas de poder. Para o autor, o conhecimento científico vincula e cria verdades. Deste modo, passam cada vez mais, a dizer o que deve ser feito na prática clínica, a partir de uma estruturação *verticalizadora*, relação entre médico/enfermo.

Araújo (2014) em relação à prática do psicólogo traz que:

O psicólogo trabalha na promoção de saúde enfocando a subjetividade e com o objetivo de autoconhecimento e desenvolvimento pessoal, sendo assim podemos pensar que também trabalha para uma valorização de aspectos pessoais que podem ir de encontro aos padrões pré-estabelecidos por uma sociedade (ARAÚJO, 2014).

Conforme Araújo (2014), ao se consultar as teorias da personalidade, encontramos um ponto que, apesar de apresentado diferente em cada uma, introduz a pensar na descoberta de si mesmo, de sua essência para uma vida psíquica saudável. A autora busca refletir sobre a existência de um aspecto saudável na loucura, quando essa foi apreendida no sentido de desviar uma norma considerada padrão para atender ao seu eu, como também a existência de um aspecto patológico na sanidade, ao se considerar são os que mesmo em detrimento do seu

self seguem cegamente às normas, tornando-se dessa forma, alienados de si, assim pode-se compreender que entre a loucura e sanidade pode existir um equilíbrio saudável.

A psicologia, contudo, vem sendo aperfeiçoada com o passar dos anos, através das variadas abordagens teóricas que existem. Ela continua sendo entendida por uma parcela significativa da sociedade como algo desconhecido, como “coisa de louco”. É necessário um constante repensar sobre suas práticas, para acompanhar as mudanças sociais e desmistificar esse estigma sob a profissão, para não entrar num viés do senso comum, tampouco numa perspectiva que impunha o saber sobre o sujeito/ paciente, determinando modos de ser.

4. DO MANICÔMIO/ SANATÓRIO À REFORMA PSIQUIÁTRICA

O Ocidente há não muito tempo atrás, concedeu a loucura o status de doença mental. Dessa forma, afirmou-se que o louco era considerado até o advento da medicina positiva como o “possuído”, sendo assim todas as histórias da psiquiatria até esse momento tentaram mostrar o louco da Idade média e do Renascimento um doente ignorado. Já por volta do século XVII há uma mudança, o mundo da loucura passa a ser o mundo da exclusão. Nesse período criam-se em toda a Europa estabelecimentos para internação, destinado não apenas aos loucos, mas a todos os indivíduos diferentes, como os inválidos pobres, desempregados opiniáticos e portadores de doenças venéreas. (FOUCAULT, 1975).

Foucault (1999a) através de sua obra “*A história da Loucura*” aponta que esse internamento do século XVII não tinha relação com o tratamento ou à cura, mas com finalidade de impedir a mendicância, ociosidade e desordens sociais nos períodos de crise social e econômica.

Esses estabelecimentos descritos por Foucault ocupam parte da história de muitos indivíduos, marcando e determinando espaços, trajetões e deixando muitas marcas indelévels. Esses espaços inicialmente eram como grandes depósitos dos excluídos perante a sociedade, jogados nesse lugar de onde era difícil se ter uma perspectiva de vida.

O tratamento ao louco nesses locais foi sendo intermediado e conduzido pelos saberes dos profissionais, basicamente sob o controle da psiquiatria. Conforme Costa (2013), a psiquiatria nasce do emblemático reformador Pinel e desde sua criação não cessa de ser reformulada. A metade do século XX merece ser destacada, nesse contínuo de reformas, pois para sobreviver e se adaptar às transformações econômicas, científicas e sociais do pós-guerra, a psiquiatria se vê obrigada a passar por uma metamorfose, cujas características são ditadas pelas exigências de cada formação social, de cada país que faz parte. A Reforma Psiquiátrica é um marco na transformação da psiquiatria, pois se refere a um movimento mundial de luta por transformações nas práticas de atenção ao sofrimento psíquico e mental, ocorrendo a partir da década de 1960, e espalhando suas experiências em diversos países (COSTA, 2013).

No Brasil a proposta da Reforma Psiquiátrica trouxe mudanças radicais, propondo a extinção dos manicômios e a substituição do Hospital Psiquiátrico por enfermarias em hospitais gerais, com internações curtas em instituições abertas com diversas características, como os Centros de Atenção Psicossocial (COSTA, 2013).

As políticas públicas voltadas à saúde mental só começaram a ganhar força com o movimento antimanicomial e com toda a luta da Reforma Psiquiátrica que até hoje ainda é discutida. A reforma psiquiátrica, a partir da década de 70, ganhou representatividade e repercussão, seus pressupostos estão sustentados pelo movimento da psiquiatria italiana, sobre a desinstitucionalização da clientela e a desconstrução da estrutura hospitalar-asilar, movimento da luta antimanicomial (PAULA, 2009).

Surge como convergência entre o movimento da luta antimanicomial e a atenção básica, a ampliação da clínica, que conforme Nunes, Juncá e Valentim (2007), descentra o saber médico e da medicação, para um trabalho entre diferentes saberes e diferentes especialidades.

Como serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos surgem os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), propondo uma nova forma de cuidado em saúde mental. Os atendimentos no CAPS se constituem de práticas destinadas a dar suporte ao paciente em crise, envolvendo além do tratamento clínico uma compreensão da situação que o circunda, intervindo com o objetivo de assegurar sua reinserção no contexto social e familiar. O modelo de atenção psicossocial tem como características valorizar o saber e as opiniões dos usuários e das suas famílias na construção do projeto terapêutico. Desta forma, a terapêutica não se restringe apenas a fármacos e a cirurgia, mas a recursos terapêuticos como, por exemplo, valorizar a escuta e a palavra (PINTO et al, 2011).

Em contrapartida a essa reforma no tratamento em saúde mental, de acordo com Conselho Regional de Psicologia, apesar da Política Estadual de Saúde Mental defender o cuidado e liberdade, a de institucionalização e a promoção de saúde no território, foi anunciado recentemente que será reativado o Hospital Colônia de Itapuã, esse será o centro de referência em formação e assistência em saúde mental. Muitos questionamentos vêm sendo realizados em relação a essa proposta (SAÚDE MENTAL: DIREITOS E DESAFIOS, 2015).

Os discursos sobre o dito “louco” e o lugar desse na sociedade vem sendo pautas de debates atualmente, principalmente em razão dessa proposta de volta de um grande centro para tratamento psiquiátrico. Durante a produção de dados dessa pesquisa, destacam-se tanto discursos no sentido de uma *defesa* da reforma psiquiátrica, em nome de tratamentos ditos *mais humanizados*, quanto discursos que reforçam estigmas e pregam a volta dos manicômios. A seguir, são trazidos alguns fragmentos do diário de campo:

Em uma novela, assisto uma cena a qual me faz pensar a respeito. Na conversa entre duas personagens, uma delas comenta que iria visitar sua filha no manicômio, e quem escuta isso diz: “não diga manicômio, diga sanatório, é melhor assim”. Na cena seguinte observo

esta personagem indo ao sanatório, na placa do local estava escrito: “Sanatório Psiquiátrico” (Diário de campo - 28 ago.).

A partir de tais cenas me pergunto, porque sanatório seria melhor empregado do que manicômio? E o que isso remete, se há aí um preconceito e por quê? Buscando assim o significado de tais designações. Manicômio refere-se a um hospital destinado ao tratamento de psicopatas. Já a palavra sanatório, vem do latim *sanatoriu*, “próprio de curar”, e se refere a um estabelecimento destinado ao tratamento de doentes, em especial de tuberculosos e de psicopatas (FERREIRA, 2004). Tendo em vista tais designações, parte-se da ideia que sanatório estaria mais vinculado a uma instituição que visa o tratamento de doentes no geral. Já manicômio à doentes que tem algum transtorno psiquiátrico, cuja sanidade mental é duvidosa. Sanatório estaria sendo utilizado nessa afirmação para suavizar o nome manicômio, por trás disso, é demonstrado o tamanho da preocupação e ao mesmo tempo discriminação em relação a essa instituição.

Encontro num recorte de jornal, uma reportagem escrita por uma médica psiquiatra, com tal título: “Do nau dos loucos, à cidadania”. Ela relata nessa reportagem que foi o tempo que se tinha como únicos recursos terapêuticos disponíveis aos loucos, os banhos de imersão, as sangrias, celas e as lobotomias³, além de internações em manicômios ou deportações em embarcações rumo a lugar algum. A psiquiatra pontua que assim como a morte, as doenças psiquiátricas ainda são vista até hoje com muito temor e como tudo que é temido e desconhecido tende a ser evitado (Diário de campo - 14 set.).

Através de uma reportagem num noticiário da televisão, é relatada a difícil realidade que ainda continua presente, que é o Instituto Psiquiátrico Forense, o IPF, e as suas práticas carcerárias e de torturas. Estão havendo investigações nessa instituição, foi observado que há uma quantidade de internados maior do que sua capacidade, além de haver presos que estão sendo dopados. Em vista disso, é necessário que se tomem providencias urgentes (Diário de campo- 24 jun.).

A institucionalização da loucura, conforme Kummer (2010), antes de ser punitiva ou regressiva, partia da ideia de que confinar o louco seria o melhor tanto a ele, quanto à sociedade. Para a autora, a justiça penal clássica, baseada na racionalidade humana, isentava o louco da responsabilidade, pois esses eram indivíduos desprovidos da razão, ao contrário dos

³ Lobotomias referem-se a cirurgias onde se retira parte do cérebro (NOAL, 1999).

“razoáveis” os quais tinham condições de avaliar seus atos e suas consequências, podendo escolher realizar ou não o ato desviante.

Independente do motivo pelo qual esses sujeitos são encarcerados deveriam ter um tratamento digno e humano. Esse tipo de tratamento não se estende infelizmente apenas a essa instituição. Muitos são os relatos de instituições manicomiais que aprisionavam seus pacientes e utilizavam de todos os tipos de tortura possíveis. Ilustrando essa triste realidade, o livro “*Holocausto Brasileiro*” de Daniela Arbex, publicado em 2013, apresenta a história de milhares de brasileiros que viveram um *holocausto*, segundo a autora, no maior hospício do Brasil, da cidade de Barbacena, o chamado Colônia. Essa obra choca aos leitores, na medida em que traz depoimentos de sobreviventes desta instituição, bem como fotos desse massacre, onde esses sujeitos foram humilhados, expostos à situações miseráveis e muitos vieram à óbito.

Seguindo nessa perspectiva de investigar os impactos causados em internações psiquiátricas, discorro sobre mais um fragmento do diário de campo: *Escuto o relato de uma acadêmica que apresenta sua pesquisa num grande hospital psiquiátrico, o famoso São Pedro em Porto Alegre. Ela se emociona ao contar do que presenciou nesse local, as marcas de um passado que ainda se fazem presentes no prédio. Encontra documentos antigos e como uma boa historiadora preocupa-se com o destino dos mesmos, pois muitos estão se deteriorando, papéis esses que são os únicos registros de muitos asilados do São Pedro e que estão se perdendo assim como a identidade de cada um lá dentro, que com o tempo se perdeu, foi esquecido pela família e pela sociedade o qual “deveria” fazer parte* (Diário de campo- 15 jun.).

Para romper com modelos de aprisionamentos como esse, que a reforma psiquiátrica ganha espaço e busca alicerçar mudanças no modo de tratamento, necessitando esse ser conduzido de uma forma diferenciada, um tratamento mais humanizado.

Em um movimento dos militantes da reforma psiquiátrica a palestrante em relação à volta dos grandes centros de internação psiquiátricos, refere que: é fácil levar 10 pessoas a um cinema, já 200 fica difícil. Ela explica como fica complicado preservar a singularidade de cada indivíduo, preservar seus nomes, seus pertences não sendo esses apenas números, por isso, a institucionalização de um grande número de pessoas vira um manicômio, onde sugere um controle sobre os mesmos e conseqüentemente uma relação automatizada. (Diário de campo- 01 mai.)

Em relação aos serviços substitutos de saúde mental, os CAPS, uma professora, relata a importância desses serviços e dos acadêmicos do curso de psicologia conhecer esses locais, como funcionam e o que fazem, porém preocupa-se com essa visita, na medida em que não quer expor os usuários do serviço, não quer que a visita seja como se estivessem indo a um museu, conhecer peças (Diário de campo - 8 ago.).

Em contrapartida ao cuidado e a preocupação com quem sofre algum transtorno mental, uma historiadora durante uma conversa sobre a cultura surda, diz que tem gente que fala com surdo, como se estivesse falando com um doente mental, gritando e gesticulando. Diante de tal absurdo as pessoas que escutaram isso se revoltam e perguntam à ela se é assim que se refere a alguém com doença mental, ela sem graça e dando-se conta do que disse nega, e tenta se explicar (Diário de campo -13 jun.).

O preconceito e a exclusão de quem sofre algum transtorno mental, ainda permeia na nossa sociedade. *Durante uma oficina de um serviço de saúde mental, quando se sugere a ida à praça da cidade em favor a reforma psiquiátrica e ao direito à liberdade, um dos usuários não aceita, diz que como iriam, com outra usuária (a qual é muito agitada, explosiva), o que os outros iriam pensar, ela os envergonharia. Diante disso, esta usuária diz que nem pega mais o ônibus e que até já havia quebrado seu cartão de passagens, pois quando embarcava no ônibus todos cochichavam e diziam: “essa daí é “louca”, se trata no CAPS”. Continuando nessa discussão outro usuário do serviço afirma que: “as pessoas tem medo, não acreditam mais na gente” (Diário de campo- 5 mai.).*

A sociedade continua carregando o preconceito até a atualidade, mesmo diante da reforma psiquiátrica, pois as concepções remotas de loucura ainda apresentam-se impregnadas na atual civilização. A partir disso, percebe-se a loucura como produção social histórica, mediada por discursos, práticas e produções de representações sobre o estado de saúde mental do sujeito (FIGUEIRÊDO, DELEVATI, TAVARES, 2014).

Durante o processo de triagem em um serviço de saúde mental, um senhor indignado não quer aderir ao tratamento no serviço, pois considera esse como o lugar de loucos. Preocupa-se também com a opinião dos demais, o que falaria dele se soubessem que se trata em tal instituição (Diário de campo- 20 jul.).

De acordo com Santos (2014), evidencia-se que a loucura, bem como o louco, tem destinos em lugares específicos na cidade, ainda em hospitais psiquiátricos ou em serviços de saúde mental. Desta forma, a autora pontua que as práticas de ordenação e de higienização das

idades continuam operantes, assumindo distintas formas e conservando técnicas de governo⁴ da sociedade.

Os discursos de higienização e de saúde mental contribuem para anulação da vida, que por sua vez é institucionalizada, através da produção de lugares específicos para a experiência da loucura. O controle e a gestão da loucura passam das instituições totais aos serviços abertos territoriais, de uma estratégia centrada na disciplina e no corpo à biopolítica, o poder que visa expandir e capturar a vida, no seu cotidiano, na sua totalidade, no que pode vir a ser (SANTOS 2014).

Através de uma conversa informal com um usuário de um serviço de saúde mental o mesmo relata que “Se não fosse o Caps, não sei o que seria de mim, não posso contar com a minha família, se o cara não tem dinheiro, ele não é nada, ninguém te dá bola”. Ele estava contando que não tinha para onde ir, seus pais estavam abrigados em parentes, só que ele por ser o problemático, o “louco” dessa família, foi rejeitado, não aceitavam a sua presença, então tinha apenas como casa/ abrigo o CAPS (diário de campo -17 nov.).

Deparando-me com essa realidade percebo que os depósitos de miseráveis, os famosos manicômios, que abrigavam todos aqueles desprezados pela sociedade, ainda persistem, mas de forma mascarada. Em relação a essa problemática Marcantonio (2010) refere que o isolamento ainda é mantido na posição central de instrumento garantindo, dessa forma, a ordem social. De acordo com o autor, é necessário manter os enfermos mentais afastados do convívio social sob os olhos do Estado, pois só diante deste confinamento que o controle produzirá efeito desejado no confinamento, independente da cura.

Muito se observa também em serviços de saúde mental, como os familiares de usuários, e principalmente os filhos destes, não os respeitam, pois os consideram loucos. Assim, só agravam sua situação, desrespeitando e incapacitando ainda mais esse sujeito que necessita de cuidado, de movimentos para promoção da sua saúde, de investimento para recuperar sua autonomia. *Exemplo disso: em uma conversa com uma usuária de um serviço de saúde mental, ela relata que será avó, pois sua filha está grávida. Entendo isso como uma boa notícia e a parabeno, mas logo em seguida ela muito triste afirma que: “minha filha disse que não vai deixar eu pegar minha neta no colo”. Eu confusa pergunto o motivo e ela muito sentida responde: “porque eu sou louca”. Diante de tal frase os demais usuários que se*

⁴ A palavra governo refere-se a conjuntos de ações de poder que objetivam conduzir a própria conduta ou a dos outros (VEIGA-NETO e LOPES, 2007, p. 953).

fazem presentes, tentam a consolar, indignados com tal situação, e então escuto tal frase de um deles: “De são e de louco todo mundo tem um pouco” (Diário de campo- 17 jun.).

Sobre essa questão Goffman (1988) afirma que se acredita que alguém com um estigma na verdade não possa ser completamente humano. A partir disso, se faz vários tipos de discriminações, que por sua vez sem se pensar, se reduz chances de vida. O indivíduo estigmatizado tem uma tendência a aceitação deste estigma, como a mulher descrita a cima, que mesmo sofrendo por não poder tem um contato com sua neta, aceita tal condição, já que carrega o estigma de ser “louca”.

A manipulação do estigma refere-se a uma característica geral da sociedade, processo que ocorre sempre que se estabelecem normas de identidade. No entanto, pode-se suspeitar que o papel dos normais, bem como dos estigmatizados, são parte do mesmo complexo, recortes do mesmo tecido padrão. Independente do papel ocupado pelo indivíduo seja do normal, ou estigmatizado, tendem a evitar o contato com o outro como meio de ajustamento, cada qual pode sentir-se que não é completamente aceito pelo outro e que a sua própria conduta passa cuidadosamente a ser observada. Desta maneira, cada um escolhe ficar com seus iguais, uma forma de não enfrentar o problema (GOFFMAN, 1988).

Os familiares de doentes mentais, de maneira geral, percebem o louco, a doença mental e os hospitais psiquiátricos negativamente, tendo representações as quais reforçam a exclusão e a manutenção do estigma social. Hoje apesar da qualidade dos conhecimentos acerca da doença mental ter melhorado, a imagem do doente mental e do louco continua estando associada às ideias de medo e periculosidade, o que leva a evitar o contato com o mesmo. Diante disso, é notável a necessidade de tornar essa realidade diferente, tornar essas representações menos estigmatizadas e mais realistas, somente através desse movimento poderá ser possíveis atitudes mais inclusivas que favoreçam a reabilitação psicossocial do doente mental/ louco na família e na sociedade, como um cidadão de fato e de direito (MACIEL et al, 2011).

Contudo, percebe-se que há muitas questões a serem revistas e reformuladas e que apesar da constante luta da Reforma Psiquiátrica, as concepções e práticas clínicas acerca da loucura não atingiram total mudança na sociedade contemporânea, visto que ainda encontramos algumas percepções remotas a respeito da loucura e de seu método de tratamento (FIGUEIRÊDO, DELEVATI, TAVARES, 2014).

5. MAS, AFINAL, O QUE É A LOUCURA?

A loucura como já foi apontado até então, vai assumindo distintos contornos e sentidos, se modulando a partir dos mais variados discursos. Os nomes da loucura, conforme Pessotti (1999) não mudam apenas porque as sociedades produzem tipos novos de alienação mental, mas porque há mudanças na maneira de interpretar os fenômenos. Nesse capítulo objetiva-se discutir sobre os sentidos atribuídos à loucura, tentando responder “*mas, afinal, o que é a loucura*”?

Durante uma aula assisto a professora dizer em relação ao seu trabalho: “quando digo que gosto é porque tenho loucura”. Entendo a perspectiva de loucura nesse sentido como exagero, como algo demais, forma de expressão, também como uma paixão (Diário de Campo- 27 ago.). Conforme Foucault (1999a) a natureza da loucura é útil à sabedoria, sendo que sua razão aproxima-se muito perto da razão. Ele afirma que é preciso a loucura do amor para conservar a espécie.

Em uma cena de uma novela, assisto um personagem perguntar ao seu colega o que estava acontecendo, pois só pensava em trabalho, e ele responde: “preciso me manter ocupado ou vou enlouquecer”. Nesse sentido a loucura é entendida como um descontrole emocional, o personagem busca incessantemente se manter ocupado, para não pensar no seu sofrimento (Diário de campo – 11 set.). Sobre a importância dada ao trabalho, num sentido desse desviar do caminho da loucura, Foucault (2003) coloca que:

O trabalho vem em primeira linha no “tratamento moral” [...]. Em si mesmo, o trabalho possui uma força de coação superior a todas as formas de coerção física, uma vez que a regularidade das horas, as exigências da atenção e a obrigação de chegar a um resultado separam o doente de uma liberdade de espírito que lhe seria funesta e o engajam num sistema de responsabilidade (Foucault, 2003, p. 529).

O trabalho nas instituições assistenciais, do século XVII, era utilizado como remédio contra o desemprego em momentos de crise econômica, como também estimulante no desenvolvimento industrial, nesse período não havia distinção entre o louco e os demais degenerados sociais, pois todos ocupavam e produziam conforme suas potencialidades (ANDRADE, ROSA, 2015).

Desde o começo os loucos estavam ao lado dos pobres, bons ou maus, e dos ociosos, voluntários ou não. Todos eram submetidos às regras de trabalho obrigatório. No século XVIII descobriu-se a necessidade de conferir aos alienados um regime especial, na grande crise de internação que precede à Revolução está ligada a experiência do louco que tem como

obrigação geral o trabalho. A partir da era clássica e pela primeira vez, a loucura passa a ser percebida através de uma condenação ética da ociosidade e numa iminência social garantida pela comunidade de trabalho. Esta comunidade tem o poder ético de divisão que permite rejeitar todas as formas de inutilidade social. É através desse mundo, limitado pelos poderes sagrados do labor, que a loucura vai ganhando o estatuto que lhe reconhecemos (FOUCAULT, 1999a).

Hoje em dia o trabalho passa a ser utilizado como prática terapêutica nos diversos serviços de saúde mental. Para Nunes (2013), fazer o louco trabalhar como prática terapêutica emergiu de diferentes correntes médicas, as quais influenciaram os alienistas brasileiros. Conforme a autora, isso não foi suficiente para que o trabalho se constituísse como recurso terapêutico, pois essa prescrição surge nas instituições asilares visando reforçar a divisão entre aqueles os quais o internamento era forma de garantia de direitos e outros que vinham a ser institucionalizados em razão de ação policial. Para esses sujeitos, cujas denominações variam, o trabalhar serviu, em tese, para o Estado como forma de minimizar o custo das internações e destinado também como medida de contenção a supostos riscos que os mesmos vinham a representar ao meio social (NUNES, 2013).

Encontro uma frase na internet: tem loucura que a gente só faz com muita maturidade. Interpreto a loucura nesse sentido como um ir além, o que necessita ser consciente disso, maduro para encarar as consequências e possíveis rechaços alheios (Diário de campo – 22 ago.). Também me deparo com tais frases: “Louco é quem não procura ser feliz”; “Ficar louco é necessidade básica para permanecer são” (Osho); “A arte de ser louco é jamais cometer a loucura de ser um sujeito normal” (Raul Seixas)⁵ (Diário de campo - 23 jul.).

As frases trazidas acima elucidam a perspectiva de um desvio de normalidade, de uma fuga ao que é imposto pela sociedade. Os autores, a meu ver, tentam afirmar o quanto é importante se desafiar nesse sentido, quebrando o paradigma da normatividade e permitindo a possibilidade de viver a sua própria loucura, como uma forma de liberdade. Na concepção Araújo (2014) a sociedade define a sanidade como o lugar onde tudo é ótimo, sendo a fantasia que nos mantém sãos. A loucura é descrita como desordem, excesso, desequilíbrio. A sanidade vem a ser uma estratégia para proteção do mundo louco, como se reconhecer algumas coisas a volta pudesse destruir o equilíbrio. A autora defende a concepção que se pode encontrar aspectos saudáveis na loucura, pois verifica-se que a sanidade se baseia apenas

⁵ As frases citadas são citações de Osho e Seixas, não são referenciados os autores no texto, pois referem-se a fragmentos retirados do diário de campo.

nas normas impostas, podendo ser considerada patológica na medida que o sujeito se aliena de si mesmo. A loucura é sabedoria simbólica originada de uma sobrecarga de sentidos e de significações que só o sonho e o insensato podem almejar. Espera-se desmistificar a loucura e talvez se buscar no seu interior a parte sã de cada um (ARAÚJO, 2005).

Através de uma postagem numa rede social, encontro a divulgação da 5º Parada do orgulho louco (Diário de campo- 28 ago.). Esse se refere a uma manifestação que ocorreu nos dias 22, 23 e 24 de outubro de 2015, na cidade de Alegrete. O evento reuniu cerca de 4 mil pessoas, entre usuários de serviços de saúde mental e profissionais, tinha como objetivo celebrar o tratamento em liberdade dos doentes, ao invés de sua internação em manicômios. Durou três dias e teve dentre as atividades, debates, oficinas, atividades culturais e manifestações públicas. Logo após o evento começaram a surgir críticas condenando essa iniciativa. Sete entidades da área médica redigiram uma nota conjunta para expor suas críticas. No texto é afirmado ser “revoltante e degradante ver a irresponsabilidade” dos profissionais, os quais deveriam proteger o paciente e que “se valem da sua ingenuidade para vesti-lo de palhaço e levá-lo a desfilar pelas ruas”. Em resposta a essa crítica Alexandra Ximenes, conselheira do CRP, diz ser uma nota muito desrespeitosa com os próprios usuários dos serviços de saúde, pois os coloca no lugar de sujeitos incapazes. Para ela é apoiado a parada do orgulho louco, porque essa inaugura um novo momento de luta contra a supremacia dos manicômios como única alternativa de tratamento. Pontua também que vivemos num avanço de outras formas de cuidado, sem afastar o sujeito do convívio social, o movimento manifesta o orgulho dessa história, não negando o sofrimento dessas pessoas. Para os organizadores não havia doentes vestidos de palhaço, mas, sim de cartolas, em alusão a José Joaquim de Campos Leão, dramaturgo gaúcho considerado louco no século XIX (MELO 2015).

Na visão de Paulo Michelin, paciente dos serviços de saúde mental e integrante do Fórum Gaúcho de Saúde Mental, a nota revela um preconceito com os doentes, ele sentiu-se desrespeitado com a mesma. Segundo ele, todos que estão em favor ao tratamento em liberdade, são contrários a essa nota. Considera revoltante quando se afirmam que ver usuários passeando na rua é considerado que estão sendo manipulados. Em sua opinião não são manipulados, pois tem todas as condições de se manifestar quanto pessoas. Para ele também é revoltante quando um médico enclausura alguém contra sua vontade dentro de um hospício. O que queriam mostrar não é que tem orgulho de ser louco, mas mostrar que o

usuário, o qual antes vivia trancafiado, é capaz de viver em sociedade e de ter alegria (MELO, 2015).

Diante de tal movimento se percebe o quanto os discursos acerca da loucura sobre sua forma de tratamento divergem. Esse evento teve como objetivo mostrar o avanço conquistado através da luta antimanicomial, mas causou outras interpretações. Ele tentou mostrar o quanto aquele que carrega o estigma de louco, consegue se manifestar em prol de seus objetivos, que sua palavra pode ter vez e pode ser escutada. Seguindo nessa perspectiva, em considerar a manifestação do louco, apresento abaixo mais um fragmento do diário de campo:

Trecho da música de Charlie Brown Jr: “Só os loucos sabem” (Diário de Campo – 20 ago.). Voltado à análise do discurso e do saber do louco, Foucault (1999b) aponta que desde a idade média, o louco é aquele cujo discurso não pode circular com o dos outros, pois pode ocorrer que sua palavra seja considerada nula, não sendo acolhida, não tendo verdade, nem importância, dessa forma, não podendo testemunhar na justiça, nem autenticar um ato ou contrato, como também não podendo no sacrifício da missa, permitir a transubstanciação e fazer do pão um corpo. Durante séculos a palavra do louco não fora ouvida na Europa, quando passava a ser escutada era entendida como uma palavra de verdade, ou caía no nada, sendo rejeitada tão logo proferida. Através de suas palavras que se reconhecia a loucura do louco (FOUCAULT, 1999b).

Já para Soler (2012), o louco tem uma verdade que está oculta de si mesmo, em razão disso há a mediação médica. Para o autor, caso fosse provável que o louco não se percebe como ser, existiria uma animalização do louco, esse seria compreendido como aquele que não teria consciência de sua própria existência. A loucura também se refere a uma alucinação das verdades do homem, nesse sentido, se nota o que o trecho da música citada acima pretendeu discorrer. Dessa forma, a loucura é um rompimento com o normal, com o que se considera o certo (SOLER, 2012).

Enquanto caminho pela rua escuto uma conversa entre algumas pessoas, e seguinte frase é afirmada: “Cada louco com sua mania” (Diário de campo- 13 out.). A partir dessa frase, observo que existe uma determinação de que o louco tem um modo próprio de se manifestar, como já apontei até então, seu saber para além da sanidade, tendo manias específicas, o que distingue seu jeito “diferente”, “próprio” de ser. Investigando o sentido empregado à palavra “mania”, encontra-se uma semelhança entre mania e loucura. A palavra mania é originada do grego *manía*, referente à “loucura”, é considerada uma síndrome mental caracterizada por

exaltação eufórica de humor, excitação psíquica, insônia, hiperatividade, em alguns casos agitação motora em grau variável (FERREIRA, 2004).

A loucura passa a ser definida como um modo particular de manifestação, o louco como aquele que tem manias específicas de ser e de se comportar, as quais fogem da normatividade imposta pela sociedade. Sobre uma das percepções acerca da loucura e do louco apresento mais um trecho do diário de campo:

Em um ciclo de palestras sobre saúde mental, o palestrante a respeito da loucura traz que essa se caracteriza como uma “piração”, um ir além do esperado, o que de fato assusta os demais, e o que escapa do controle, tem de ser destinado a algum lugar, sendo assim se isola. Também relata sua experiência em tratamentos psiquiátricos, pois é um psiquiatra e trabalha tanto num Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), quanto num hospital psiquiátrico, além de ser professor universitário. Conta que um dia uma aluna sua não queria fazer estágio no CAPS, porque tinha medo que iriam puxar seu cabelo, e estaria desprotegida, tendo medo dos loucos. O palestrante não estranha tal questão, pois a maioria da sociedade pensa da mesma forma, que loucos são insanos, perigosos e podem matar. Sobre as formas de manter esse louco, de cuidá-lo, ele coloca que percebe que todos tentam protegê-lo, com medo do que ele pode causar, e, como forma de proteger, o prende. Na sua experiência encontra totalmente o inverso, pois se surpreende com os usuários do serviço de saúde mental, conseguindo trabalhar com eles normalmente, acreditando neles e potencializando-os. Conta até de experiências de passeios com esses usuários e de quanto que se surpreende com a maneira que eles dão conta de si, que não necessitam de um controle sobre suas vidas (Diário de campo- 12 jun.).

A loucura sempre faz pairar a sua ameaça inquietante, mesmo diante de todo um saber de proteção constituído. Disso surgirá um novo paradoxo, certamente o mais inflamado. Ao mesmo tempo em que permite aproximar daquilo que os outros rejeitam, através do saber vai sendo possível aproximar-se mais da doença, num duplo movimento. O saber da experiência diminui as diferenças entre loucos e não loucos. O saber defensivo, apesar de sua eficiência, basta para lembrar-se da iminência de um perigo (JODELET, 2005).

Sobre considerar o louco como o agressivo e conseqüentemente afastar-se do mesmo, Scaramussa, et al (2009) coloca que:

Fala-se do louco, do seu comportamento agressivo, imoral como algo naturalizado, como se em algum momento da história a loucura não tivesse recebido outras significações; afirmam, do mesmo modo que eles representam um perigo constante a

todos os que estão ao seu alcance (ele mesmo, pacientes” normais”, profissionais). Falar dessas crenças é falar sobretudo de produção de subjetividade. Produção essa que está entrelaçada na rede de saber poder que reproduz de alguma forma os modos de sentir, pensar e agir sobre o louco (SCARAMUSSA et al, 2009, p. 6).

Encontro via internet um trecho do livro “*Alice no país das Maravilhas*”, que se refere a um diálogo entre o personagem chapeleiro e a protagonista Alice:

“Chapeleiro: será que eu sou louco?”

Alice: suponho que sim, mas vou lhe contar um segredo: as melhores pessoas do mundo são.” (Diário de campo – 3 jul.).

Mas na verdade me pergunto o que é afinal ser louco? Questionamento de muitas pessoas atualmente. A palavra “loucura”, conforme o dicionário refere-se ao estado ou condição de louco, insanidade mental, ato próprio de louco, falta de discernimento, irreflexão, absurdo, insensatez, doidice, louquice (FERREIRA, 2004). O ser louco é percebido, muitas vezes, como o ser anormal, mas será que existe uma normalidade, ou é criado padrões a serem seguidos do que é ser normal?

Na minha prática como estagiária de psicologia, muito escuto questões como essa, pessoas querendo muito ser e se sentir normal, sempre devolvo essa questão, questionando se existe tal normalidade, mesmo assim essa busca persiste e nunca se consegue chegar a esse caminho desejado, a esse padrão de normalidade. De acordo com Guimarães e Meneghel (2003) a normatividade invocada sobre a saúde e o corpo reproduz um conjunto de regras, de estilos de vida, que impedem o sujeito a agir com autonomia sobre si mesmo e sobre seu corpo. Goffman (1988) faz a distinção entre os ditos normais e os estigmatizados, sendo essa separação fundamentada pelos padrões impostos pela sociedade.

A norma afasta os considerados perigosos, os desconhecidos, os bizarros, capturando-os e tornando-os inteligíveis, familiares, acessíveis e controláveis, ela permite colocá-los numa distância segura a ponto que eles não se incorporem ao mesmo. Dessa maneira, o anormal também está na norma, está sob uma norma, ao seu abrigo, sendo mais um caso da norma. É por isso que ela é um operador central para o governo, pois ninguém escapa dela (VEIGANETO, 2011).

Relacionando ao conceito de anormalidade, encontramos a loucura como patologia. O modo de ver a doença mental está intimamente ligado à imagem do louco. A loucura considerada doença mental é muito recente. Hoje a loucura não é só um fenômeno oposto

entre razão e desrazão (ARAÚJO). De acordo com Corocine (2005) em uma sociedade, onde não é aceita a diferença, a diversidade da loucura é sempre vista como uma ameaça.

Noal (1999) refere que teve que se aprender os inúmeros estados do ser. Descobrir que a loucura é uma vivência sofrida, mas transitória, democrática e tratável. A autora explica que é transitória na medida em que os “loucos” podem voltar no que se remete a normalidade. Democrática já que atinge qualquer cidadão e tratável na medida em que se compreende uma soma de recursos, que incluem medicamentos, psicoterapias, atividades de ressocialização e readaptação profissional.

Bulla (2005), a partir da oportunidade de realizar uma pesquisa em um hospital psiquiátrico, pode constatar que a loucura é mais do que um traço de uma razão desaparecida, sendo além de expressão de um sofrimento psíquico, reveladora de verdades humanas. A loucura na visão do autor, fala da possibilidade do desastre das faculdades do homem, expressa a desordem da linguagem e de seu comportamento, revelando o quão frágeis somos frente às nossas próprias ansiedades. Dessa forma, o homem é mais complexo do que aparenta ser e do que mostra.

Conforme Foucault (1981) citado por Bulla (2005), a loucura fascina o homem justamente pelas imagens fantásticas que inspira. Ela é algo oculto, segredo que assombra os pesadelos e coloca o ser humano frente a sua face mais cruel. É manifestação máxima de um sofrimento psíquico, reação única possível a um contexto insustentável. A loucura pressupõe um debate filosófico, sendo algo que convivemos interior à razão. É necessário compreendê-la e aproximar-se dela, pois diz respeito a uma forma de expressão que o modelo vigente institucionaliza, não oportunizando cura, mas sim a mutilação da identidade e o estigma (BULLA, 2005).

O indivíduo só poderá ser considerado louco em relação a algo, pois se torna difícil definir a loucura por si só. As divergências em relação à loucura são muitas, os antipsiquiatras defendem que não há a distinção entre loucos e sãos, pois todos são loucos de certa maneira, e os psiquiatras são capazes de distinguir os loucos dos sãos (ARAÚJO, 2005).

Diante de tantos sentidos, formas de olhar para a loucura, continuo indagando-me, “*mas, afinal, o que é a loucura?*”. É uma forma exagerada de se expressar; um desvio da normalidade; um ser “diferente”; uma fuga da realidade; é motivo de orgulho ou de vergonha?

Essa foi a questão que ao longo deste capítulo tentei responder, porém a loucura é uma questão difícil de se resolver, não cabendo fechá-la e resolvê-la apenas teoricamente (BULLA, 2005). Com essa questão mais dúvidas surgiram, pois são diversos os sentidos atribuídos a essa conotação, e com esses vários são os desdobramentos causados, como distanciamento, o estigma, o enfrentamento e os desafios.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS:

Esse trabalho foi muito inquietante ao longo do seu processo. Pude ir percebendo o quanto implicada estava nesse e o quanto questões consideradas banais do dia a dia, vão tomando significativas dimensões e causando muito no modo de ser dos sujeitos. A pesquisa cartográfica propiciou o processo de ir ao encontro de pistas, cartografando sinais, os quais me guiaram nesse trajeto.

Depois de ter os dados necessários para que esse trabalho fosse desenvolvido, foi essencial poder contar com os trabalhos de vários autores, e principalmente com as obras de Foucault, que discorrem sobre a história da loucura e os seus sentidos atribuídos. Sobre a pesquisa voltada à loucura Foucault (1999a) pontua que:

O louco é demasiada e diretamente sensível para que possa reconhecer nele os discursos gerais da loucura; ele só surge numa experiência pontual-espécie de loucura ao mesmo tempo individual e anônima, na qual ele se designa sem nenhum risco de errar, mas que desaparece tão logo percebida. Quanto à loucura, está infinitamente recuada; é uma essência distante, cabendo aos nosógrafos o trabalho de analisá-la em si mesma (FOUCAULT, 1999a, p. 182).

Através desse trabalho que visou investigar os sentidos da loucura, constatei o quanto enriquecedor foi esse processo, o quanto foi necessário ser sensível aos discursos presentes na sociedade, para poder ver os sentidos existentes por traz, e o que de fato significavam e implicavam nos sujeitos.

A relação entre a psicologia e a loucura foi algo inevitável, pois há aí um enlace muito grande entre ambas. Poder problematizar sobre essa dicotomia foi essencial para alicerçar a discussão dos sentidos da loucura. Essa discussão me levou a refletir mais sobre a prática em psicologia, onde muitas vezes reforçamos o sentido do louco como o “incapaz”, dessa forma, alçamos poder sobre o mesmo, colocando-o no lugar de “paciente”.

Vivemos numa sociedade disciplinar, na qual se constituíram as fábricas, os asilos e as prisões, cujos mecanismos como demonstrado por Foucault, deram espaço, segundo o autor, a uma sociedade de controle. Nesse novo regime de dominação, tanto a exclusão da loucura, como a exclusão de todas as diferenças, assumem novas feições, não apenas em relação à configuração dos loucos nos manicômios, mas também através da psicologização de impasses políticos e sociais; não só pela tutela ofensiva do sequestro, mas aquela outra, que dissimula e da continuidade, infiltrando-se na vida cotidiana das pessoas e instituições. O mundo globalizado nos impõe o mercado de trabalho, sendo assim transforma-se dor em doença,

medo em síndrome do pânico, diferença em anormalidade, se coloca sob tutela dos psicólogos e psiquiatras as mulheres infelizes, as crianças rebeldes, os homens impotentes (LOBOSQUE, 2003).

Para acompanhar essas mudanças nesse mundo globalizado e continuar lutando contra práticas de tratamento manicomiais, Lobosque (2003) sugere que nós, profissionais *psi*, nossos conselhos, nossas entidades, o movimento da luta antimanicomial, devemos abrir mão do monopólio das técnicas e dos discursos da subjetividade para participar dos processos de subjetivação, os quais reinventam a política, a economia e as estruturas sociais.

Nossa comunidade possibilita compreender a dinâmica que conduz a adesão de formações delirantes. A população se protege daquilo que ela mesma constrói como uma ameaça, o “louco”, inventando uma ordem defendida por meios materiais e simbólicos. Através da incerteza do seu direito, ela se apoia sobre crenças arcaicas, podendo coexistir com a modernidade, apesar do preço psicológico que isso desencadeia, em sua função simbólica. Essa comunidade obcecada pela ideia de ser socialmente discriminada, sentindo-se ameaçada, utiliza-se da adesão coletiva dessas representações como meio de firmar sua unidade, de defender sua identidade (JODELET, 2005).

Responder o que é a loucura não é tarefa fácil, nem talvez seja possível colocar em uma palavra a sua definição, é necessário buscar a sua essência, de onde vem seu significado, que é construído através de várias circunstâncias, através dos mais diversos discursos produzidos socialmente. Os marcadores que surgiram com essa pesquisa, contudo, conduziram a uma reflexão ao modo de olhar para a loucura. A loucura, na maioria dos discursos, introduz o sentido patológico. Nesse sentido o louco é considerado como o doente mental, passível do saber dos especialistas, insano, anormal, o diferente, que necessita ser interditado, isolado. Em uma parcela menor encontrei discursos que traziam a loucura no sentido de modo de expressão, de paixão, de exagero, de liberdade, do ir além do esperado pela normatividade. Arelado ao conceito da loucura como doença mental surgiu outro dado significativo, os discursos a respeito da forma de tratamento do louco e todos os posicionamentos pros e contras a esse cuidado. Tendo em vista todas essas questões que esse trabalho se propôs e veio a discutir, pode-se concluir que há determinações muito intensas através dos diferentes discursos na sociedade, que marcam e determinam modos de pensar e agir, construindo e determinando assim modos de ser.

REFERÊNCIAS:

- AMARANTE, Paulo (coord). *Loucos pela vida: uma trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995. 136p.
- ANDRADE, Márcia Campos; ROSA, Abílio da Costa. O encontro da loucura com o trabalho: concepções e práticas no transcurso da história. *Revista Interinstitucional de Psicologia*, jan/jun, 2014. Disponível em: <http://www.fafich.ufmg.br/gerais/index.php/gerais/article/viewFile/331/320>. Acesso em: 23 nov. 2015.
- ARAÚJO, Juliana Monteiro do Nascimento. Alice no país das maravilhas e o limiar entre loucura sã e sanidade patológica. In *Cena: a Saúde mental em movimento*. Centro universitário luterano de Palmas- CEULP- Ulbra. Ago., 2014. Disponível em: <http://ulbrato.br/encena/2014/08/11/Alice-no-Pais-das-Maravilhas-e-o-limiar-entre-loucura-sa-e-sanidade-patologica>. Acesso em: 20 out. 2015.
- ARBEX, Daniela. *O holocausto brasileiro*. São Paulo: Forense Universitária, 2013.
- AZEVEDO, Sara D.R. Formação discursiva e discurso em Michel Foucault. *Revista eletrônica Filogênese*. Mato Grosso do Sul, v. 6, n. 2, 2013. Disponível em: <http://www.marilia.unesp.br/Home/RevistasEletronicas/FILOGENESE/saraazevedo.pdf>. Acesso em 20 jun. 2015.
- BARROS, Laura Pozzana de; KASTRUP, Virgínia. Cartografar é acompanhar processos. IN: PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia; ESCÓSSIA, Liliana (orgs). *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. *Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas*. OPAS. Brasília, nov. 2005. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15 anos Caracas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15%20anos%20Caracas.pdf). Acesso em: 02 dez. 2015.
- BULLA, Luis Carlos Junior. Fotografia e loucura: um olhar sobre a condição humana na experiência do transtorno mental. *Discursos Fotográficos*. Londrina, v.1, p.213-230, 2005. Disponível em: [file:///C:/Users/Usu%C3%A1rio/Downloads/1473-4621-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Usu%C3%A1rio/Downloads/1473-4621-1-PB%20(1).pdf). Acesso em 11 jun. 2015.
- COROCINE, Sidnei Celso. *A fabricação da periculosidade: um retrato sobre a violência nas instituições*. Ed. Quártica, Rio de Janeiro, 2005.
- COSTA, Abílio Rosa. *Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica: contribuições a uma clínica crítica dos processos de subjetivação na Saúde Coletiva*. São Paulo: Unesp, 2013.
- FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. *Novo dicionário da língua portuguesa*. 3 ed. Curitiba: Positivo, 2004.
- FIGUEIRÊDO, Marianna Lima de; DELEVATI, Dalnei Minuzzi; TAVARES, Marcelo Góes. Entre loucos e manicômios: história da loucura e a reforma psiquiátrica no Brasil. *Ciências humanas e social*. Maceió, v. 2. n. 2, nov. 2014. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/index.php/fitshumanas/article/view/1797>. Acesso em: 23 nov. 2015.

- FOUCAULT, M. *A história da loucura na idade clássica*. São Paulo: Perspectiva, 1999a.
- _____. *A história da loucura na idade clássica*. São Paulo: Perspectiva, 2003.
- _____. *A ordem do discurso*. 5 ed. Edições Loyola. São Paulo: 1999b.
- _____. *Doença Mental e Psicologia*. Edições tempo brasileiro LTDA. Rio de Janeiro: 1975.
- _____. *Estratégia, poder-saber*. Trad. Vera Lucia Ribeiro. 2 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.
- JODELET, Denise. *Loucuras e representações sociais*. Trad. Lucy Magalhães. Petrópolis: Vozes, 2005.
- GOFFMAN, Erving. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Trad. Márcia Bandeira de Mello Leite Nunes. Ltc, Rio de Janeiro: 1988.
- GUIMARÃES, Cristian Fabiano; MENEGUEL, Stela Nazareth. Subjetividade e saúde coletiva: produção de discursos na re-significação do processo saúde-doença no pós-moderno. *Revista Mal-estar e subjetividade*. Fortaleza, v. 3, n. 2, p. 353-371, set. 2003. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1518-61482003000200006&script=sci_arttext. Acesso em: 10 abr. 2015.
- KUMMER, Lizete Oliveira. *A psiquiatria forense e o manicômio judiciário do Rio Grande do Sul: 1925- 1945*. Tese Doutorado em História. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2010. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/nph/arquivos/lisete/KummerTese.pdf?ml=3>. Acesso em 23 nov. 2015.
- LOBOSQUE, Ana Maria. *Clínica em movimento: por uma sociedade sem manicômios*. Rio de Janeiro: Garamond, 2003.
- MACIEL, Silvana Carneiro. et al. Representações sociais de familiares acerca da loucura e do hospital psiquiátrico. *Temas psicol.* vol.19 no.1 Ribeirão Preto, jun. 2011. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1413-389X2011000100015&script=sci_arttext. Acesso em: 23 nov. 2015.
- MANSANO, Sonia Regina Vargas. Sujeito, subjetividade e modos de subjetivação na contemporaneidade. *Revista de Psicologia da UNESP*, 2009, p. 110-117. Disponível em: <http://www2.assis.unesp.br/revpsico/index.php/revista/article/viewFile/139/172>. Acesso em: 12 set. 2015.
- MARACANTONIO, Jonathan Hernandez. A loucura institucionalizada: sobre o manicômio e outras formas de controle. *Psicólogo informação*, n 14, jan./dez. 2010. Disponível em: www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/PINFOR/article/view/2347. Acesso em: 23 nov. 2015.
- MELO, Itamar. Parada do orgulho louco divide profissionais da saúde. *ZH, Rbs*, out. 2015. Disponível em: <http://zh.clicrbs.com.br/rs/vida-e-estilo/noticia/2015/10/parada-do-orgulho-louco-divide-profissionais-de-saude-4887678.html>. Acesso em: 28 nov. 2015.
- NOAL, Martha Helena Oliveira. Da Nau dos Loucos a Cidadania. *Jornal A Razão - Opinião*, Santa Maria, 19 mai. 1999.

NUNES, M; JUNCÁ, Vlória J.; VALENTIM, Carla P. B. Ações de Saúde Mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, out. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n10/12.pdf>. Acesso em: 11 abr. 2015.

NUNES, Karla Gomes. *De loucos perigosos a usuários cidadãos: sobre a produção de sujeitos no contexto das públicas de saúde mental*. Tese (Programa de Pós- Graduação em Psicologia Social e Institucional) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2013.

OLEGÁRIO, Fabiane. Rastros das linhas menores na escrita. 2011. 120 f. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Educação- mestrado)- Universidade de Santa Cruz do Sul, Santa Cruz do Sul, 2011.

PASSOS, Eduardo; BARROS, Regina Benevides de. A cartografia como método de pesquisa-intervenção. In: PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia; ESCÓSSIA, Liliana (orgs). *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina, 2010.

PAULA, Patrícia Pinto de. Políticas Públicas atuais de saúde mental e os serviços substitutivos em BH. *XV Encontro Nacional da ABRAPSO*. Psicologia Social e Políticas de Existência: fronteiras e conflitos. Maceió, nov. 2009. Disponível em: http://www.abrapso.org.br/siteprincipal/images/Anais_XVENABRAPSO/284.%20pol%CDtic as%20p%DAblicas%20atuais%20de%20sa%DAdem%20mental.pdf. Acesso em: 10 abr. 2015.

PESSOTTI, Isaias. *Os nomes da loucura*. São Paulo: Ed. 34. 1999. 264 p.

PINTO, Diego Muniz. et al. Projeto terapêutico Singular na produção do cuidado integral: uma construção coletiva. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, jul/set, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n3/10.pdf>. Acesso em 26 mai. 2015.

PRADO- FILHO, Kleber; TETI, Marcela Montalvão. A cartografia como método para as ciências humanas e sociais. *Barbarói*, Santa Cruz do Sul, n.38, jan./jun. 2013. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/viewFile/2471/2743>. Acesso em: 26 out. 2015.

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

ROSE, Nikolas. Psicologia como uma ciência social. *Psicologia & sociedade*, n. 20, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v20n2/a02v20n2.pdf>. Acesso em: 26 out. 2015.

SANTANA, Ruth Bernardes. A implicação do pesquisador na pesquisa interacionista na escola. *Revista Psicologia*, Belo Horizonte, v.6. n.2, ago. 2010. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1677-11682010000200009&script=sci_arttext. Acesso em 28 out. 2015.

SANTOS, Najara Lourenço. *Cidade e loucura: entre liberdades e aprisionamentos*. Trabalho de Conclusão de Curso- Psicologia. Universidade de Santa Cruz do Sul-UNISC. Santa Cruz do Sul, 2014.

SAÚDE MENTAL: DIREITOS E DESAFIOS. *Entre linhas*. Conselho Regional de Psicologia, Porto Alegre, jan./ fev./ mar./ abr., 2015.

SCARAMUSSA, R. et al. Saúde Mental e Produção de Subjetividade: discursos acerca de pacientes psiquiátricos. In: *Anais do XV Encontro Nacional da ABRAPSO - Psicologia Social e Políticas de Existência: fronteiras e conflitos*, Maceió, 2009.

SOLER, Adriano Martins. Uma releitura antropológica estrutural da história da loucura de Michel Foucault. *Revela- Periódico de Divulgação científica da Fals*. n. 14, dez. 2012. Disponível em: http://www.fals.com.br/revela18/REVELA%20XVII/artigo2_14.pdf. Acesso em: 26 nov. 2015.

VEIGA-NETO, Alfredo. Incluir para excluir. In: LARROSA, Jorge; SKLIAR, Carlos. *Habitantes de Babel: políticas e poéticas da diferença*. 2 ed. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2011.

VEIGA-NETO, A; LOPES, M. C. Inclusão e Governabilidade. *Educação e Sociedade*, Campinas, v. 28, n. 100 – Especial, p. 947-963, out, 2007.

TORRE, Eduardo Henrique G.; AMARANTE, Paulo. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. *Ciênc. saúde coletiva*. Rio de Janeiro. v.6, 2001. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232001000100006&script=sci_arttext. Acesso em: 2 dez. 2015.