

Bertha K. Becker (in memoriam)

Candido Mendes

Cristovam Buarque

Ignacy Sachs

Jurandir Freire Costa

Ladislau Dowbor

Pierre Salama

ETNOGRAFIAS EM
SERVIÇOS DE SAÚDE

Jaqueline Ferreira • Soraya Fleischer (Orgs.)

*Ana Paula Müller de Andrade • Sônia Weidner
Maluf • Mário Saretta • Marcos Carvalho • Priscila*

Farfan Barroso • Daniela Riva Knauth • Paula

Sandrine Machado • Jaqueline Ferreira • Rodrigo Toniol

• Sabrina Pereira Paiva • Elaine Reis Brandão • Soraya

Fleischer • Monique Batista • Rosamaria Carneiro

• Pedro Nascimento • Ariana Cavalcante de Melo •

Rosana Castro • Rui Harayama

Copyright © 2014, dos autores

Direitos cedidos para esta edição à

Editora Garamond Ltda.

Rua Cândido de Oliveira, 43/101 – Rio Comprido
Rio de Janeiro – Brasil – 20.261-115

Tel: (21) 2504-9211

editora@garamond.com.br

Revisão

Jun Shiamada

Editoração Eletrônica

Estúdio Garamond / Luiz Oliveira

Capa

Estúdio Garamond

Sobre foto de Mário Saretta

CIP-BRASIL. CATALOGAÇÃO-NA-FONTE
SINDICATO NACIONAL DOS EDITORES DE LIVROS, RJ

E84

Etnografias em serviços de saúde / organização Jaqueline Ferreira, Soraya
Fleischer. - 1. ed. - Rio de Janeiro: Garamond, 2014.
360 p. : il. ; 21 cm.
Inclui bibliografia

ISBN 9788576173755

1. Sistema Único de Saúde (Brasil). 2. Saúde - Aspectos sociais - Brasil. 3.
Etnografia - Brasil. 4. Antropologia - Brasil. I. Ferreira, Jaqueline. II. Fleis-
cher, Soraya Resende.

14-16647

CDD: 362.10981

CDU: 614.2(81)

Todos os direitos reservados. A reprodução não-autorizada desta publicação, por
qualquer meio, seja total ou parcial, constitui violação da Lei nº 9.610/98.

Sumário

Prefácio7
Cynthia Sarti

Apresentação11
Soraya Fleischer e Jaqueline Ferreira

Cotidianos e trajetórias de sujeitos no contexto
da reforma psiquiátrica brasileira33
Ana Paula Müller de Andrade e Sônia Weidner Maluf

A verdade que está aqui com a gente, quem é capaz de entender?
uma etnografia com participantes de uma Oficina de
Criatividade em um Hospital Psiquiátrico57
Mário Saretta

Dilemas na/da Reforma Psiquiátrica: notas etnográficas
sobre o cotidiano de um Centro de Atenção Psicossocial81
Marcos Carvalho

Desintoxicação, medicamentos e reinserção social: o
tratamento de usuários de crack em diferentes perspectivas 107
*Priscila Farfan Barroso, Daniela Riva Knauth e
Paula Sandrine Machado*

Reparar o Moral: etnografia dos cuidados médicos
de um centro de saúde humanitário francês 131
Jaqueline Ferreira

Integralidade, holismo e responsabilidade: etnografia da
promoção de terapias alternativas/complementares no SUS 155
Rodrigo Toniolo

Cotidianos e trajetórias de sujeitos no contexto da reforma psiquiátrica brasileira

Ana Paula Müller de Andrade
Sônia Weidner Maluf

A reforma psiquiátrica brasileira está em curso no Brasil há aproximadamente trinta anos e caracteriza-se por um processo complexo, responsável por um conjunto de transformações teóricas e práticas que têm como objetivo redirecionar a assistência psiquiátrica no país. Tais transformações têm gerado mudanças objetivas e subjetivas no cenário nacional e envolvido, por sua complexidade e abrangência, a sociedade como um todo. Trata-se de um processo heterogêneo, composto de inúmeros planos, atravessamentos e configurações, de modo que poderia ser denominado de “reformas psiquiátricas”, como apontado por Fonseca et al (2007).

Tal processo foi bastante influenciado pela reforma sanitária, tendo em comum com ela o fato de ambos contarem com a participação significativa dos movimentos sociais. A proposta da reforma sanitária brasileira representava um projeto de saúde contra-hegemônico que criticava as precárias condições de saúde bem como o descaso e a mercantilização da mesma e ganhou força na 8ª Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986 quando foi proposta a criação de um sistema único de saúde, que veio a ser aprovado e legitimado posteriormente na Constituição Federal Brasileira em 1988. Cabe lembrar que no ano de 1987 foi realizada a 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental, evidenciando assim a articulação entre a reforma sanitária e a reforma psiquiátrica.

As discussões aqui apresentadas são parte dos resultados de um trabalho de pesquisa etnográfica realizada entre 2010 e 2011, apresentada em Andrade (2012), que teve como objetivo desenvolver uma análise

crítica da reforma psiquiátrica brasileira, a partir das experiências e narrativas das “usuárias” e “usuários” dos serviços de saúde mental, articulando os diferentes sentidos que as mesmas/os davam a elas.

Vale dizer que tais discussões advêm de um exercício de interlocução teórica (um movimento de ideias) entre as autoras realizado antes, durante e após o trabalho de campo etnográfico realizado por uma das pesquisadoras na construção de sua tese de doutorado, desenvolvida sob a orientação de Sônia. Assim, as situações narradas no texto em primeira pessoa do singular referem-se à pesquisadora Ana Paula em pesquisa de campo.

A abordagem etnográfica foi entendida não apenas como um conjunto de procedimentos e técnicas, mas também como uma perspectiva que permitia articular os dados empíricos com a teoria, colocando-os em diálogo. Assim, tal opção permitiu enfatizar os diferentes discursos e práticas sociais no contexto da reforma psiquiátrica, bem como realizar um trabalho de campo que proporcionasse o deslocamento entre os diferentes planos que compõem este processo.

A relevância da abordagem etnográfica fica evidente quando enfocamos as experiências dos sujeitos e suas trajetórias permitindo, tal como proposto pelos estudos da antropologia da saúde, entender os processos de “saúde – doença” como experiências repletas de significados. A antropologia traz sua contribuição considerando o contexto de redirecionamento e uma nova concepção de assistência psiquiátrica baseada não mais na doença, mas que pretende valorizar a experiência dos sujeitos e se aproximar dos mesmos através da descentralização dos serviços de saúde mental, por exemplo.

Os motivos que conduziram à escolha dos “usuários” e “usuárias” dos serviços de saúde mental como os sujeitos da pesquisa estão relacionados ao entendimento de que a perspectiva destas pessoas, a partir de suas experiências e movimentos, é importante para a análise deste processo. Cabe dizer que essas pessoas, os sujeitos da pesquisa, são mulheres e homens adultos que, não fossem os serviços de saúde mental criados desde o início da reforma psiquiátrica no país, estariam, em sua maioria, internadas nos hospitais psiquiátricos. Muitas delas são egressas deles; outras, por razões diversas, são eventualmente internadas nos hospitais

psiquiátricos ainda existentes. Outras nunca foram internadas em hospitais psiquiátricos e frequentam ou já frequentaram os serviços de saúde mental criados a partir da reforma psiquiátrica no Brasil.

Os contatos com tais pessoas se deram em grande parte na cidade de Joinville, Santa Catarina, escolhida como o “local” a partir de onde o processo “nacional” da reforma psiquiátrica poderia ser analisado e onde foram realizados os nove meses de trabalho de campo de caráter etnográfico, acompanhando os sujeitos da pesquisa em seus movimentos ordinários e extraordinários pela cidade. Também foram feitos contatos com pessoas na cidade de Barbacena, Minas Gerais, bem como nas cidades de Torino, Trieste e Gorizia na Itália. Essas pessoas ajudaram, a partir de elementos das suas realidades, a refletir sobre o processo “nacional” (Brasil) a partir da experiência “local” (Joinville). Não se trata de uma crítica local e tampouco de um estudo comparativo: não foram esses os objetivos. Apenas buscamos nestas diferentes realidades elementos que auxiliassem a refletir de maneira ampliada.

Da pesquisa realizada, destacamos aqui as particularidades do trabalho de campo e algumas reflexões advindas das possibilidades da escolha da etnografia como recurso teórico-metodológico.

Etnografia em movimento

A pesquisa, tal como o processo analisado, foi composta por alguns planos diferentes de inserção etnográfica¹, situados entre o âmbito institucional e o âmbito das experiências singulares dos sujeitos, que foram articulados durante a construção da análise crítica realizada. Para cumprir com os objetivos fixados foram percorridos diferentes espaços e tempos que compõem o contexto da reforma psiquiátrica brasileira. Em um dos planos, que pode ser denominado como institucional, está incluído o trabalho de campo realizado nas Conferências de Saúde Mental que ocorreram no ano de 2010 em algumas cidades de Santa Catarina e no Grupo de Desinstitucionalização da Saúde Mental do Colegiado de Políticas Públicas e Atenção Psicossocial da Secretaria

1 Cf. a discussão de Maluf (2011) sobre “planos ou platôs etnográficos” diferenciados na pesquisa de campo.

de Saúde do estado de Santa Catarina. Tais espaços se constituíram como espaços institucionais mais amplos. Os serviços de saúde mental, um grupo de autoajuda mútua e um núcleo da luta antimanicomial na cidade de Joinville, onde também foi realizado trabalho de campo, podem ser considerados espaços institucionais, porém num plano diferente.

Outro plano está constituído pelas experiências singulares dos sujeitos que foram acompanhados em suas rotinas ordinárias e extraordinárias, em seus percursos pelas cidades (nas idas e vindas aos serviços e outras atividades cotidianas), em visitas feitas às suas casas, nas caminhadas que fizemos juntos a passeio ou na saída de reuniões, enfim, nas diferentes atividades que compartilhamos ao longo da pesquisa.

Tais sujeitos foram o foco da pesquisa ainda que, como exposto, as atividades tenham sido desenvolvidas em diversos planos, como também com pessoas de e em diferentes contextos além de lugares bastante particulares. Os inúmeros arranjos, configurações, enfim as inúmeras possibilidades deste tipo de pesquisa permitiram analisar múltiplos aspectos de diferentes ordens.

Estes planos estão interligados, se conectam de distintas maneiras e se mostram relevantes pelos deslocamentos e perspectivas que permitem vislumbrar sobre a complexidade da reforma psiquiátrica.

Em relação às dimensões institucionais da Reforma Psiquiátrica, estas perpassam as esferas federal, estadual e municipal onde as políticas de saúde mental são constituídas. Circulam e ganham sentido nas práticas que são conjugadas de diferentes maneiras pelos sujeitos. Formam assim, um movimento caleidoscópico em que é possível perceber diversas configurações.

Neste sentido, a pesquisa realizada poderia ser descrita como um estudo multissituado tomando em consideração os argumentos de Marcus (1995) de que as pesquisas que visam analisar mudanças culturais ultrapassam fronteiras e lugares e colocam o etnógrafo em movimento. Ele, o etnógrafo, deve perceber e percorrer linhas, trajetos e estabelecer conexões entre os diferentes "sítios", espaços aos quais tem acesso. Para o autor:

Pesquisas multissituadas são desenvolvidas em torno de cadeias, padrões, fios condutores, conjunções ou justaposições de locais nos quais o etnógrafo estabelece alguma forma de presença literal, física, com uma lógica explícita e postulada de associação ou conexão entre lugares que, de fato, definem o argumento da etnografia. (Marcus, 1995, p. 105, tradução livre)

No entanto, tal como argumentou Maluf (2011) sobre as pesquisas de campo que envolvem sujeitos, elas não são apenas multissituadas pois "combinam planos e platôs diferenciados", que a autora chama de "platôs etnográficos". Além dos lugares (sítios) percorridos pelo pesquisador, importam também os atravessamentos, os fluxos, os agenciamentos que podem ser colocados em conexão. Para a autora:

Seas experiências contemporâneas não são capturadas na circunscrição da aldeia, ou de várias aldeias, são os fluxos, os vários planos de realidade aos quais os sujeitos estão expostos, os diferentes agenciamentos (centrais e periféricos) que se cruzam e confrontam, que implicam nessa outra perspectiva metodológica de reconhecer essas diferenças e rastrear-las, de imaginar que esses diferentes planos podem eventualmente ter alguma auto-resolução (como os platôs de Deleuze) ou se dispor como partes que contêm em si mesmas essa multiplicidade do todo. (Maluf, 2011, p. 10)

O desafio desta estratégia metodológica foi conseguir inicialmente perceber e mapear tais planos e, logo, construir uma análise e uma narrativa que permitisse conectar as múltiplas perspectivas, situações, experiências e as diferentes configurações que as constituem.

Desta maneira, uma das particularidades do trabalho de campo foi o movimento. A opção pelo movimento e pela circulação foi uma consequência das circunstâncias vividas e de situações em que não cabiam nem o gravador (abdicado logo no início do trabalho de campo), nem salas, portas, enfim, situações que necessitavam de espaço para a fruição. Por exemplo, um dia fui convidada por Augusto, um dos interlocutores, para almoçar em um restaurante e depois conhecer a cidade de Joinville a pé. Durante o trajeto conversamos muito, sobre a

pesquisa, sobre a cidade, dentre outros assuntos. Mais tarde, depois de combinar brevemente, nos encontramos numa feira de artesanato onde não conversamos tanto, porém pude compartilhar de alguns de seus movimentos e interações.

Conheci Augusto em uma das reuniões do núcleo da luta antimanicomial da cidade de Joinville e como ele também participava das reuniões do grupo de autoajuda mútua, logo me convidou para conhecer este outro grupo. Aceitei o convite. Augusto é um homem, branco, jovem, que também participava de cursos de formação e outras atividades sociais, demonstrando que sua condição de experiente² não lhe impedia que se movimentasse pela cidade. Segundo ele, é esquizofrênico.

Assim como ele, Nilza, uma interlocutora, fez vários convites para participar de suas atividades cotidianas. Com ela pude conhecer tanto um grupo de teatro quanto um grupo de mulheres dos quais participava. Já nos atávamos estas atividades de ônibus, o que permitia experimentar outros espaços ocupados por ela, fora dos serviços de saúde mental. Nilza é uma mulher de 44 anos, branca, que já havia sido internada várias vezes em hospitais psiquiátricos bem como frequentado os serviços de saúde mental da cidade.

Assim, para acompanhar as interlocutoras e interlocutores foi necessário ir e vir de lugares, caminhar pela cidade, andar de ônibus, desenvolver atividades, ir a restaurantes, feiras públicas, dentre outros locais.

Além disso, para uma aproximação do ponto de vista dos sujeitos, adotamos as narrativas como um aporte teórico metodológico importante do trabalho. Tal opção se baseou na possibilidade de compreender o processo de produção das mesmas a partir das intensas transformações que ocorreram desde o início da reforma psiquiátrica brasileira e pensar em como esse contexto e suas circunstâncias contribuem para a construção das mesmas. Tais narrativas foram escutadas em suas diferentes dimensões e tensionadas com aquelas consideradas “grandes narrativas” sobre o processo da reforma psiquiátrica brasileira.

² Esta expressão será discutida adiante.

O que poderia ser considerado como a “grande narrativa” da reforma psiquiátrica é entendido como um conjunto de discursos que busca falar de uma série de mudanças no campo da saúde mental, desencadeadas num determinado momento histórico e acompanhadas por um ideário de transformação. Refere-se também ao conjunto de documentos institucionais e à grande parte da literatura produzida desde o começo deste processo que instituiu não apenas uma determinada concepção do que seria o mesmo bem como a ideia de que é possível elaborar uma totalidade sobre este processo.

Assim também supôs Foucault (2009 [1970], p. 22):

Suponho, mas sem muita certeza, que não há sociedade onde não existam narrativas maiores que se contam, se repetem e se fazem variar; fórmulas, textos, conjuntos ritualizados de discursos que se narram conforme circunstâncias bem determinadas; coisas ditas uma vez e que se conservam, porque nelas se imagina haver algo como um segredo ou uma riqueza.

Em contraponto a essas grandes narrativas, foram analisadas as narrativas dos sujeitos entendidas como ordenadoras da experiência, na medida em que lhe concede sentido; como fazendo parte do processo de situar o sujeito no mundo, nesse duplo movimento de construir e ser construído por determinadas experiências; e como performance, ou seja, como “uma orquestração de meios simbólicos comunicativos, e não expressões num único meio. Elas resultam num conjunto de mensagens sutilmente variadas sendo comunicadas numa performance”, como sugeriu Langdon (1999).

As narrativas foram escutadas em suas diferentes dimensões. Uma delas situada no que se chama de linguagem da loucura, ou seja, do discurso de pessoas que são diagnosticadas como psicóticas e que têm como sintoma, na perspectiva biomédica, um discurso desorganizado. Na tentativa de relativizar um pouco tal desorganização do pensamento/discurso, mantivemos a ideia de que o discurso desorganizado ou a fala psicótica não são destituídos de coerência e apresentam, no geral, uma intenção, comunicam algo e por isso durante o trabalho foram consideradas por Muñoz (2009) como “instrumentos para problematizar a norma e o universal”.

A pesquisa desenrolou-se na cidade, com pessoas que nela circulavam e participavam de atividades ligadas ao "campo da saúde mental", e eram, em sua maioria, como se convencionou denominar, "usuárias" dos serviços de saúde mental. Foi a partir dos próprios sujeitos que esses contatos foram feitos. Os primeiros interlocutores indicavam pessoas que julgavam que poderiam participar. Estas, por sua vez, sabendo da pesquisa, indicavam outras e convidavam para participar de atividades ligadas ao tema e assim o trabalho de campo desenvolveu-se.

Algumas dessas pessoas se conheciam, outras não. Algumas se encontravam em mais de um dos espaços em que a pesquisa foi feita, outras não. Não apenas elas circulavam, mas a pesquisadora também. A cidade tornou-se não só o locus da pesquisa, mas um aspecto a ser analisado, considerando sua emergência nos dados de campo. Percebemos que viver, habitar, morar, se relacionar na cidade são dimensões afetadas pelo processo da reforma psiquiátrica brasileira.

Assim, a cidade e a circulação na mesma foram importantes na compreensão dos modos como as pessoas que usam ou já usaram os serviços de saúde mental se relacionam, são acolhidas ou rechaçadas bem como pelo modo como constroem seus espaços de convivências e suas redes sociais. Pelo fato de termos participado de atividades extra-institucionais acompanhando alguns interlocutores pudemos, de alguma maneira, perceber os desdobramentos da reforma psiquiátrica nas práticas cotidianas, nos espaços não institucionalizados e não caracterizados como serviços ou práticas de saúde mental, e ao mesmo tempo perceber alguns efeitos, em suas trajetórias, da experiência nesses serviços, junto aos profissionais da saúde mental, ou seja, junto às instituições públicas, como os CAPS, as Unidades de Atenção Básica e mesmo os hospitais psiquiátricos, para o caso dos que por eles passaram.

De "usuárias", "usuários" a experientes: os sujeitos da pesquisa

No senso comum, os sujeitos que fizeram parte desta pesquisa, são reconhecidas através de várias expressões que variam conforme o contexto social, cultural, ideológico, teórico, dentre outros. São denominadas como "pacientes", "doentes mentais", "loucas", "portadoras

de transtorno mental", "birutas", "usuárias", "doidas", "tantãs" e mais uma infinidade de expressões.

No texto da Política Nacional de Saúde Mental bem como em alguns outros contextos relacionados à mesma são denominadas pela expressão "pessoas portadoras de transtornos mentais". Tal expressão é usada para denominar as pessoas que foram diagnosticadas com algum tipo de transtorno mental³ e, por isso, usam os serviços de saúde mental.

No âmbito da reforma psiquiátrica brasileira são comumente denominadas como usuárias por "usarem" o Sistema Único de Saúde – SUS, sendo esta expressão muitas vezes confundida com os chamados "usuários e usuárias" de drogas, que também carregam essa designação. Para Amarante (1995), a expressão "usuário" surge no interior do processo de reforma psiquiátrica brasileira e pretende substituir as expressões: louco, doente mental ou cliente, "que passam a ser restritivas e inadequadas" frente ao protagonismo destas pessoas no mesmo. Contudo, para o autor, em pouco tempo se percebe que a expressão usuário remete às mesmas consequências anteriores, mas não sugere outra expressão capaz de substituí-la.

No primeiro item da Carta de Direitos e Deveres dos Usuários e Familiares dos Serviços de Saúde Mental, produzida no III Encontro Nacional de Entidades de Usuários e Familiares da Luta Antimanicomial, na cidade de Santos-SP, em dezembro de 1993, os mesmos fazem referência a tal expressão e explicam:

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 usuários, mas companheiros, participantes e amigos. (*Carta de Direitos e Deveres dos Usuários e Familiares dos Serviços de Saúde Mental*, 1993)

³ Tais transtornos mentais são classificados na literatura biomédica como leves, moderados ou graves. Eles são classificados pelo Código Internacional de Doenças – CID, organizado pela Organização Mundial de Saúde. Também são classificados no Manual de Diagnóstico e Estatística dos Distúrbios Mentais – DSM organizado pela Associação Americana de Psiquiatria.

44 Durante o trabalho de campo, dentre as expressões também usadas para denominar tais pessoas pudemos reconhecer algumas como: “mental”, “louco/louca”, “portador/portadora”, “doente mental”, “paciente”, além de “usuário e usuária”, que variavam tanto em função da adesão a expressão comumente utilizada nos serviços de saúde mental como devido ao entendimento que cada interlocutor ou interlocutora tinha a respeito dessas pessoas, bem como de acordo com os contextos culturais dos quais faziam parte.

Tanto nos serviços de saúde mental como nas conferências de saúde mental frequentados, a expressão utilizada pela maioria das pessoas é “usuária” e “usuário”. Contudo, fora destes espaços institucionais as expressões são variadas. Nilza, por exemplo, sempre se referia aos demais e a si mesma como “mental”. Numa de nossas conversas disse: “Tu sabe né?! É porque eu sou mental(...)”. Ser “mental”, para ela, significava ter problemas desta ordem – do “mental” – e frequentar os serviços de saúde “mental”.

Já no contexto do grupo de autoajuda mútua, a expressão comum entre os participantes era “portadores”. Ela fazia parte da maneira de cada um dos participantes reconhecer-se no grupo. Não se chamavam de portadores, mas era assim que se referiam uns aos outros. “Esse é o Bruno, ele é portador...”, me disse um dos integrantes do mesmo.

Como resultado de nossas reflexões optamos pela expressão experientes para nos referirmos a estas pessoas. Tal opção baseou-se em alguns aspectos: destacar o motivo pelo qual elas foram escolhidas como interlocutoras, quais sejam, suas experiências no campo da saúde mental; para poder tomar distância e fazer a crítica necessária às demais expressões e seus significados; e, por fim, evitar possíveis confusões comuns entre “usuários” do SUS e “usuários” de drogas.

A ideia de utilizar tal expressão surgiu da discussão feita por Maluf (2010) na qual a expressão usuário é colocada entre aspas a fim de evidenciar a relevância da experiência social dessas pessoas. Por experiência social a autora designa “a dimensão da vivência e produção de saberes e discursos por parte daquelas que são justamente o ‘público alvo’ das políticas públicas e da atuação de profissionais e agentes de saúde (...)” (idem, p. 40).

Outro apoio para tal expressão foram as considerações de Ron Coleman (2004). Em seu livro *Trabalhar para recuperar (Lavorare per Guarire)*, o autor argumenta sobre a importância da experiência pessoal na trajetória de recuperação de pessoas com algum tipo de mal-estar mental⁴. O autor alega que não é apenas a experiência daquelas pessoas que têm algum mal-estar, mas também a experiência das pessoas que com elas convivem e com elas trabalham que devem ser consideradas no processo de recuperação do bem estar perdido. A partir destes argumentos o autor usa as seguintes expressões para denominar tais pessoas: “expert por experiência” (l’esperto per esperienza), ou seja, a pessoa que experimenta algum tipo de incômodo psíquico e “expert por profissão” (l’esperto per professione), o profissional que a acompanha.

A denominação de Ron Coleman poderia ser acrescentada a expressão “expert por convivência”, para as pessoas que convivem mais diretamente com a pessoa que tem algum mal-estar, reconhecidas e denominadas comumente no contexto dos serviços de saúde mental como familiares.

Importante dizer que não se trata apenas de substituir mecanicamente a expressão “usuária/usuário” por outra que pareça mais politicamente correta, mas de instituir um modo de relação capaz de considerar com seriedade as experiências destas pessoas e suas perspectivas e, assim, atribuir um estatuto epistemológico ao conhecimento produzido por elas.

A ideia também foi deslocá-las dos lugares comuns que costumam ocupar nas suas relações, entendendo que elas fazem muito mais do que apenas “usar” os serviços de saúde mental. É através das experiências que as conduzem aos serviços, bem como dos “usos” que fazem dos mesmos que tais pessoas se constituem bem como constituem os serviços.

Com a intenção de delimitar alguns “lugares” na pesquisa, os interlocutores foram denominados como experientes, mas destacamos que esse lugar é variável uma vez que há uma circularidade de posições ocupadas pelo mesmo sujeito. Aquele que é familiar poder ser também experiente; aquele que é experiente pode ser também familiar e, algumas

4 A palavra usada pelo autor é *disagio* que, em italiano, significa mal-estar, incômodo e é comumente usada nos contextos dos serviços de saúde mental italianos com este significado.

vezes, aquele que é trabalhador pode ser experiente e também familiar e são possíveis várias combinações.

A definição destes lugares, neste contexto, é dada prioritariamente pelo discurso biomédico, mas também pela posição ocupada pelo sujeito e/ou por alguns requisitos que o deslocam do lugar de experiente como: saber falar em público, pertencer a uma classe social mais favorecida economicamente, compartilhar de um conjunto de expressões/palavras tidas como “científicas” como a nomenclatura médica, por exemplo. Quanto a este último aspecto, há uma situação vivida em campo ilustrativa deste argumento e por isso é descrita a seguir:

Durante a reunião do núcleo da luta antimanicomial, Daniel (experiente) pede a palavra e começa uma explicação sobre os benefícios da medicação solicitada via Ministério Público por uma outra participante (também experiente) e diz: “Eu vou te explicar (se dirigindo a outra experiente) porque tu não sabe, o Zyprexa é uma medicação de ponta, de última geração, ela não tem muitos efeitos colaterais porque atua diretamente nos neurotransmissores”. Explica detalhadamente o que entende como sendo os benefícios de tal medicamento, como se estivesse lendo a bula do mesmo. Ao final (se dirigindo a mim) diz: “A gente tem que explicar isso pra eles [os experientes]”. (Fragmento do Diário de Campo)

Esta última frase, aliada aos seus extensos conhecimentos sobre a medicação, parece retirá-lo da posição de experiente, a partir de seu ponto de vista, tendo “ele” que explicar para “eles” tais benefícios. Tal situação demonstra o caráter relacional, e na maior parte das vezes hierárquico, dessas diferentes posições.

Na literatura nacional são poucos os trabalhos que apresentam ou se aproximam do ponto de vista destas pessoas, tendo sido o processo da reforma psiquiátrica estudado e discutido predominantemente a partir da perspectiva dos trabalhadores e gestores. Essa limitação pode estar relacionada ao fato de que os experientes ocupam, em geral, o lugar da “subalternidade” (Spivak, 1998), daqueles que não podem falar, que têm o encargo simbólico de corporificar a loucura (Pelbart, 1990) e/ou de ser a “carta fora do baralho” (Guattari e Rolnik, 2008). Dos trabalhos

nacionais que privilegiam os experientes destacamos os de Baptista (2009), Dalmolin (2006), Vasconcelos (2005), Carrano (2001) e Silva (2008) que, de diferentes maneiras, se relacionam com tal escolha.

O trabalho de pesquisa não teve a intenção nem a pretensão de ser porta-voz de quem quer que seja, mas buscou se deslocar até lugares menos comuns da literatura sobre a reforma psiquiátrica brasileira e fazer uma análise crítica da mesma. Tal deslocamento pressupôs a consideração de que a experiência destas pessoas é representativa do contexto no qual acontecem bem como o entendimento de que elas são capazes de informar sobre o mesmo a partir de suas perspectivas e pontos de vista.

Há ainda outro deslocamento importante que é o de considerar sujeitos aquelas pessoas que, diante de uma concepção racionalista característica da modernidade, são consideradas “não-sujeitos”. Elas podem ser consideradas “não-sujeitos” não apenas porque são percebidas como destituídas da razão, e por isso muitas vezes consideradas incapazes para os atos da vida civil, mas também porque ocupam o lugar da subalternidade, são invisibilizadas nas complexas relações de poder nas quais estão envolvidas. A escolha destas pessoas partiu do entendimento de que em suas experiências de suposta “desrazão” bem como em suas estratégias micropolíticas de resistência ao modelo hegemônico que as captura enquanto “não-sujeitos”, elas se produzem enquanto sujeitos.

Todas as pessoas que participaram da pesquisa eram adultas, mulheres e homens, que em sua maioria pertenciam às classes populares urbanas e tinham em comum o fato de ter tido algum tipo de experiência no campo da saúde mental. Outro aspecto em comum entre elas diz respeito ao fato de usarem ou terem usado algum tipo de psicofármaco. Contudo, elas não formaram uma unidade monolítica, uma vez que em cada uma delas era possível perceber singularidades, atravessamentos das dimensões de geração, etnia, classe e, sobretudo, de gênero.

Cabe destacar que todas as pessoas participaram voluntariamente da pesquisa, sendo informadas sobre os objetivos da mesma, tanto oralmente quanto por escrito, formal ou informalmente e sempre que solicitadas foram fornecidas informações e esclarecimentos. Tais procedimentos permitiram manter o compromisso e o respeito com os

princípios éticos e a própria realização do trabalho etnográfico. Tal como argumentam Langdon, Maluf e Tornquist (2008),

o método etnográfico já incluiria, pelos seus procedimentos de diálogo com o outro e respeito às concepções e visões locais, uma forma de consentimento, não formal, mas presente na e condição para a realização de qualquer pesquisa de campo (idem, p. 10).

Enfim, o fato de realizar uma pesquisa de cunho etnográfico, tendo os/as experientes como interlocutores/as foi muito relevante para que pudéssemos realizar inúmeros movimentos, transitar por diferentes planos, através dos quais foram reconhecidas as múltiplas reformas psiquiátricas que vêm se desenvolvendo em diferentes contextos no Brasil.

As reformas psiquiátricas institucionais e cotidianas no Brasil

"já faz ano já, já faz mês, desde o ano 70, 80, 90 por aí já, no ano 90 eu tava doente, mas no ano de 78, 75, 2003 por ali é que eu já tava indo... já tava fazendo umas coisas sozinho. (...) se a pessoa se cuida em casa, direitinho, não precisa internamento né?"

(Fragmento do Diário de Campo)

O processo do qual falava Seu Adão quando fez o relato do qual extraímos o fragmento acima é o da reforma psiquiátrica brasileira que, por sua complexidade, tem muitas possibilidades de abordagem. Uma destas possibilidades situa-se no tempo, mais especificamente no tempo histórico em que algumas transformações foram colocadas em movimento num fluxo de outras tantas mudanças que o tornaram possível.

Tais transformações modificaram e possibilitaram outras configurações nas relações até então estabelecidas em torno da assistência psiquiátrica e suas terapêuticas diante da "doença mental". Foram mudanças de diferentes ordens e níveis, do coletivo ao singular, do institucional ao individual, que impactaram e/ou afetaram muitas pessoas.

Seu Adão é um homem que pertence às classes populares, é branco e, não fossem seus problemas psiquiátricos, talvez estivesse trabalhando,

morando sozinho ou então teria constituído sua família. Mas essas são apenas suposições. Como todas as pessoas da sua geração, conheceu a assistência psiquiátrica pela porta dos hospitais psiquiátricos, onde esteve internado muitas vezes. Para ele, assim como para outras pessoas que hoje frequentam os serviços de saúde mental que pretendem substituir os hospitais psiquiátricos, as transformações produzidas pela reforma psiquiátrica brasileira, principalmente aquelas relacionadas à saída do hospital psiquiátrico, implicaram em mudanças significativas na sua vida.

Para compreender como os interlocutores entendiam o processo da reforma psiquiátrica, um dos primeiros estranhamentos foi o fato de a expressão "reforma psiquiátrica" fazer pouco ou nenhum sentido para muitos deles. Ela é compartilhada num universo diverso de sentidos, como é também a palavra "antimanicomial" e outras expressões do campo da saúde mental e os usos que se faz delas parecem ser distintos. Daniel, um dos interlocutores, numa de nossas conversas, disse: "isso aí que vocês falam, reforma psiquiátrica, eu acho que tem muita coisa, eu tô estudando agora psiquiatria...", demonstrando que ela não fazia parte, ainda, de seu universo de significados e nem dos mundos que constrói.

A intenção não era compreender o quanto as pessoas conheciam ou não certas expressões do campo da saúde mental, mas iluminar as possíveis perspectivas que os interlocutores tinham sobre tal processo e foi a partir de diferentes conversas com as mesmas que foi possível, nesse processo de estranhamento, compreender algumas delas.

Nesse sentido a Reforma Psiquiátrica deixou de ser o contexto em que todos – a pesquisadora, os profissionais de saúde mental, os gestores e os sujeitos da pesquisa ("usuários", "usuários", experientes) – estão inseridos, e passou a ser um dos pontos de vista dessa difusa rede de relações. Foi preciso também levar em conta um outro estranhamento, que é o estranhamento deles em relação às categorias e questões trazidas pela pesquisadora. A fala citada acima, do sujeito que diz estar "estudando a psiquiatria", evidencia uma simetria e uma reversibilidade nesse "trabalho de investigação" (Wagner, 2010).

Na primeira conversa com Daniel sobre a pesquisa, ele disse: "ahh... a reforma psiquiátrica... pra mim a reforma psiquiátrica anda igual um

caranguejo, vai assim... depois vai assim... (colocando seu corpo em movimento para demonstrar suas idas e vindas). Mostrava assim outra possibilidade de definir a reforma psiquiátrica brasileira se pensarmos nos movimentos e nas andanças não-lineares do caranguejo (e também daquele processo).

Tais movimentos também faziam parte das experiências de Daniel. Ele já havia feito várias andanças no campo da saúde mental, desde sua primeira internação em um hospital psiquiátrico até tratamentos particulares com profissionais da área psi e acompanhamento nos serviços públicos de saúde mental criados no processo da reforma psiquiátrica brasileira.

Suas andanças percorriam outros âmbitos de sua vida. Havia trabalhado e foi aposentado em função de seus problemas. Segundo contou, havia sido casado, e, em função da separação, se afastado e se aproximado novamente dos filhos. Inúmeros movimentos haviam sido desencadeados na sua vida em função de suas experiências em torno da saúde mental.

Tal como apontado por Daniel é possível dizer que a reforma psiquiátrica se caracteriza por um processo definido em um tempo histórico, cujas mudanças podem ser reconhecidas nas instâncias institucionais, transformadas pelas práticas emergentes deste momento, por força da lei, e também nas instâncias de singularização das experiências vividas objetiva e subjetivamente pelos afetados por este processo, por assim dizer todos nós, e também pela tensão entre elas.

No contexto da pesquisa, percebemos que a rede de saúde mental⁵, criada nesses anos com o objetivo de substituir os hospitais psiquiátricos, pensada enquanto política pública, é acionada e tensionada pelos sujeitos que dela fazem uso. As configurações e interpretações da mesma são variadas, mas mantêm como referência comum estar em casa ou em “internamento”. Como disse Seu Adão em uma de nossas conversas: “Tu conhece o hospital lá em Florianópolis?” Digo que sim. Ele prossegue dizendo: “Lá é para os que estão bem ruins da cabeça. Eu tive muitos

5 Compõem esta rede os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Centros de Convivência, Serviços Residenciais Terapêuticos, Consultórios de Rua e as articulações com as unidades básicas de saúde através, sobretudo, das Estratégias de Saúde da Família.

internamentos. Quando eu não tava bem eu ia pra lá.” Eu pergunto: “E melhorava?”. E ele responde: “Melhorava. Às vezes melhorava, às vezes não. Mas bom é ficar em casa com as coisinhas da gente”.

Outro relato que nos ajudou a construir este argumento foi o de Seu Armando, um homem, negro, com história de longas e sucessivas internações psiquiátricas que aparentava ter aproximadamente 65 anos. Enquanto conversávamos sobre sua história e experiências nos serviços de saúde mental, num tom simples mas convincente, ele explicou os motivos que o levaram pela primeira vez para um hospital psiquiátrico e o que entendia como sendo seu problema. Disse: “(...) o meu problema é assim, eu fico muito alegre, é... muito alegre... eu tive uma visão, uma pessoa assim, de branco, aí fiquei muito contente... eu era muito triste antes dessa visão. (...) Chega um tempo e dá aquela alegria, aí eu tenho que ir para o hospital”. Acho importante contar que durante nossa conversa, Seu Armando me apresentou com um santinho com uma imagem da “comunhão da menina”, cuja imagem mostrava uma pessoa de branco.

Seu Armando, diante de toda sua experiência de internações e tratamentos psiquiátricos havia concluído que seu problema era que sua alegria não cabia nele, extrapolava os limites do permitido socialmente. Sua religiosidade, acionada não apenas na visão que teve e que o fez sair da tristeza e ficar contente, também compunha sua narrativa e sua interpretação de tal visão. Não foi uma alucinação visual, como pressuporia o modelo biomédico de interpretação, mas sim Jesus, como ele fez questão de esclarecer quando me apresentou com o santinho.

Tais interpretações dizem respeito também aos locais de internamento, que é possível não apenas no hospital psiquiátrico como nos demais serviços que se querem abertos e substitutivos. Eva, uma interlocutora, contou que havia sido internada no “hospital dia, aqui atrás”, se referindo ao CAPS II, revelando um tipo de lógica de funcionamento que para ela se assemelhava ao do hospital psiquiátrico.

Eva, como Seu Adão e Seu Armando, é da geração das pessoas que tiveram suas primeiras “crises” quando só existiam os hospitais psiquiátricos para atendê-los. Ela, além de ter um histórico longo de internações psiquiátricas, dois filhos dados para adoção e ser considerada incapaz para os atos da vida civil pelo Estado, teve suas experiências

atravessadas por outras dimensões, como gênero, raça e classe, já que é uma mulher, negra e que pertence às classes populares.

Segundo ela, o fato de frequentar os serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, haviam-na ajudado a evitar novas idas para o mesmo. Contudo, suas percepções sobre os serviços apontavam para uma lógica semelhante entre os mesmos, ao menos no que diz respeito às suas “internações”. A partir das considerações de Eva, entendemos que o que diferencia os serviços atualmente é a intenção de funcionar a partir de uma lógica que não tenha como princípio o isolamento e a custódia das pessoas, ainda que mantenham algumas destas características.

Outro ponto interessante é que algumas características da reforma psiquiátrica foram reconhecidas pelos sujeitos e, de maneira geral, estavam situadas no fato de ter a opção de cuidar-se em casa e tudo que isso podia representar na concretude de suas vidas. Também o afastamento temporal dos tempos das longas internações e das impossibilidades ligadas a estar “doente” e dentro de um hospital psiquiátrico, como descritas no relato de Seu Adão ao se referir ao tempo em que estava doente e deste “outro” tempo em que já podia fazer algumas coisas sozinho.

Cabe dizer que, no momento da pesquisa, os/as interlocutores/as vivenciavam esse processo do lado de fora dos hospitais psiquiátricos que (infelizmente) ainda existem no Brasil, ainda que alguns tenham tido – e ainda tenham – experiências de internação nos mesmos. Na perspectiva deles esse processo institucional, amplo, nacional, se desdobra e se declina em práticas cotidianas onde uma série de acontecimentos é possível.

Nessa perspectiva é possível antever uma tensão entre os processos institucionais e aqueles menores em que se movem as pessoas, que são evidenciados de variadas maneiras na concretude da vida delas e que poderíamos chamar de revoluções moleculares, seguindo os argumentos de Guattari (1987). Para o autor tal revolução “não se refere apenas às relações cotidianas entre homens, mulheres, homossexuais, heterossexuais, crianças, adultos etc. *Ela intervém também no interior da produção econômica enquanto tal*” (idem, p.220, grifo do autor). Assim, não se trata de processos descolados dos contextos cultural e institucional em que ocorrem. Entretanto, ainda que estejam relacionados a eles, provocam nestes pequenas resistências e rupturas. Por isso não podem

ser interpretados sem se levar em consideração a articulação entre a dimensão sociocultural e a conduta singularizada das pessoas.

Do ponto de vista dos/as interlocutores/as, ao menos para alguns, tais níveis (social/ institucional e individual/singular) do processo são bastante visíveis, em especial, para aqueles/as que participam mais ativamente do movimento político coletivo da saúde mental. Para eles, tal processo significa estar em outros lugares, fazer outros movimentos na cidade, estar em contato com outras pessoas e também provocar mudanças mais amplas na cidade e no país. Alguns deles foram delegados nas conferências de saúde mental e, para muitos deles, a reforma psiquiátrica significa a possibilidade de ampla participação em espaços políticos e públicos onde podem fazer uso da palavra e expressar seus desejos, ainda que entre eles o eco de tais possibilidades seja discutido.

Essas possibilidades não estão necessariamente ligadas a estar ou não no hospital psiquiátrico (ali, para a maior parte deles não existem possibilidades), mas estão relacionadas às possibilidades de agência pela abertura e algumas rupturas com os saberes hegemônicos. Fazer uso ou não da medicação, ter a possibilidade de dizer o que se pensa, ou até mesmo poder estar em casa para fazer seu tratamento são alguns indicadores das possibilidades que não ser submetido a um tratamento em isolamento fazem emergir.

As reformas no cotidiano dos *experientes*

Para finalizar nossas discussões, ressaltamos a importância do trabalho etnográfico, uma vez que foi a partir de seus pressupostos que se tornou possível uma aproximação com as experiências dos sujeitos e o estabelecimento de um diálogo horizontal entre os discursos “nativo” e “científico”. Tanto a pesquisadora como os/as interlocutores/as foram convocados/as, em diversas situações, a compartilhar atividades, afetos e experimentar novos lugares. Convocações essas que foram explícitas, como “vem cá, senta aqui, vem fazer aqui com a gente pra depois poder escrever lá teu trabalho”. Ou implícitas, como às demandas de cumplicidade e solidariedade para ouvir situações dolorosas, contadas num tom reservado. Foi a partir desses encontros, dessas trocas, que

fomos produzindo e compartilhando nossos conhecimentos e inventando nossos lugares.

Os exercícios com a alteridade foram constantes. Havia a tentativa de aproximação da lógica do pensamento deles, com perguntas sobre as experiências na e com a saúde mental. Eles também queriam saber o ponto de vista da pesquisadora, com questionamentos sobre o interesse dela nesses assuntos, se era casada, se tinha filhos dentre outras perguntas e muitas vezes, com curiosidade, queriam saber o que fazia uma pessoa que estava no doutorado além de estudar e querer conversar.

Desta forma, fomos percebendo através das narrativas, compostas por silêncios, performances, diálogos ordinários e extraordinários (como aqueles compostos por seres que não se via nem ouvia⁶) os vários atravessamentos das experiências dos sujeitos. Em seus itinerários terapêuticos eles iam tecendo uma rede onde circulavam não apenas saberes, mas também lugares que davam novas configurações às relações de poder presentes na realidade em que viviam.

Como pudemos perceber, os lugares circulam, assim como os sujeitos que os ocupam. Assim também ocorre com os saberes, poderes e interpretações que, quando acionados e tensionados pelos sujeitos, colocam-se em movimento.

O movimento, tão caro no desenvolvimento da pesquisa, foi uma particularidade do trabalho de campo e também mais um elemento a compor as análises. Foi acompanhando diferentes lugares e pessoas em seus movimentos pelas cidades, que percebemos como estas são atravessadas pelas experiências produzidas pelo processo da reforma psiquiátrica brasileira.

Estávamos diante de uma realidade que ganhava vida com os movimentos dos experientes, os quais, ao mesmo tempo, em determinadas circunstâncias, se tornavam invisíveis, destituídos da condição de sujeitos. Isso porque eram entendidos como destituídos de razão, especialmente nas relações de poder em que a razão é central. Foi diante dessa realidade que percebemos atualizações do manicômio ou

6 As "vozes" ouvidas por muitos deles nem sempre são compartilhadas. São interpretadas, pelo modelo biomédico, como alucinações auditivas. Já entre os experientes as vozes ganham diversas interpretações. No entanto, considerando os limites deste trabalho, não serão discutidas aqui.

fragmentos dele através de lógicas e desejos manicômiais que perduram apesar das reformas.

Durante a realização da pesquisa, por questões de escolha metodológica, acompanhamos com maior intensidade espaços e tempos que podem ser considerados como antimanicômiais, por considerá-los o foco do interesse da pesquisa. Entretanto, durante a mesma encontramos fragmentos/resíduos do manicômio em práticas, discursos e também na maneira de perceber a "loucura" em tal realidade.

Poderíamos pensar na possibilidade do seu inverso, onde teríamos encontrado fragmentos/resíduos da realidade antimanicomial num contexto manicomial, mas não entendemos que seja essa a "realidade" encontrada. Tal como apontaram as discussões feitas aqui, não há dúvidas quanto ao redirecionamento e as transformações da assistência psiquiátrica no país e a inversão do modelo que a orienta. Contudo, tais realidades estão presentes no contexto atual, se imbricam, se mesclam e operam através de práticas que ora escapam ora são capturadas pelo que Lavrador e Machado chamaram de "desejos de manicômio". Para as autoras, os desejos de manicômio

se expressam através de um desejo em nós de dominar, de subjugar, de classificar, de hierarquizar, de oprimir e de controlar. Esses manicômios se fazem presentes em toda e qualquer forma de expressão que se sustente numa racionalidade carcerária, explicativa e despótica. Apontam para um endurecimento que aprisiona a experiência da loucura ao construir estereótipos para a figura do louco e para se lidar com ele (Machado, Lavrador 2002, p. 2).

Fazendo alguns deslocamentos, tal como ocorreu nesta pesquisa, foi possível perceber que os pontos de vista são variados, se constituem a partir dos contextos sociais, políticos, culturais. Isso se aplica tanto às transformações institucionais quanto às concepções que circulam sobre o que vem a ser a experiência do sofrimento (loucura, "doença mental"), bem como quanto à pessoa que a experimenta ("o louco") e as terapêuticas possíveis.

Desta forma, salientamos a relevância das interlocutoras e interlocutores e suas experiências para a análise realizada. Foi através

deles que pudemos perceber, nesse emaranhado de relações, práticas e discursos, outros processos que tornam complexa(s) e conformam a(s) reforma(s) psiquiátrica(s) brasileira(s).

Referências Bibliográficas

- AMARANTE, Paulo (org.). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.
- ANDRADE, Ana Paula M. de. *Sujeitos e(m) movimentos: uma análise crítica da reforma psiquiátrica brasileira na perspectiva dos experientes*. Tese (Doutorado Interdisciplinar em Ciências Humanas). Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2012.
- BAPTISTA, Luis Antonio. *O veludo, o vidro e o plástico. Desigualdade e diversidade na metrópole*. Niterói: EdUFF, 2009.
- CARRANO, Austregésilo B. *Canto dos malditos*. São Paulo: Rocco, 2001.
- CARTA de direitos e deveres dos usuários e familiares dos serviços de saúde mental, 1993.
- DALMOLIN, Bernardete Maria. *Esperança equilibrada: cartografias de sujeitos em sofrimento psíquico*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.
- DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. *Mil platôs. Ano zero*. Volume 3. Rio de Janeiro: 34, 2008 [1996].
- FONSECA, Tania Mara Galli; ENGELMAN, Selda; PERRONE, Cláudia Maria. *Rizomas da reforma psiquiátrica: a difícil conciliação*. Porto Alegre: Sulina/UFRGS, 2007.
- FOUCAULT, Michel. *A ordem do discurso. Aula inaugural no Collège de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970*. 19ª ed. São Paulo: Editora Loyola, 2009.
- GUATTARI, Félix. *Revolução molecular: pulsações políticas do desejo*. São Paulo: Editora Brasiliense, 1987.
- GUATTARI, Félix; ROLNIK, Suely. *Micropolítica: cartografias do desejo*. 9 ed. Petrópolis: Vozes, 2008.
- LANGDON, Esther J.; MALUF, Sônia W.; TORNQUIST, Carmen S. "Ética e política na pesquisa: os métodos qualitativos e seus resultados". In: GUERRIERO, Iara; ZICKER, Fabio; SCHMIDT, Maria Luisa Sandoval (orgs.). *Ética nas pesquisas em Ciências Humanas e Sociais na saúde*. São Paulo: HUCITEC, 2008.

MACHADO, Leila Domingues; LAVRADOR, Maria Cristina Campello. "Loucura: como dizer o indizível". In: MACHADO, Leila Domingues; LAVRADOR, Maria Cristina Campello; BARROS, Maria Elizabeth Barros de (orgs.). *Texturas da Psicologia: subjetividade e política no contemporâneo*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002, pp. 45-58.

MALUF, Sônia Weidner. "Gênero, saúde e aflição: políticas públicas, ativismo e experiências sociais". In: MALUF, Sônia Weidner; TORNQUIST, Carmem Susana (orgs). *Gênero, saúde e aflição: abordagens antropológicas*. Florianópolis: Letras Contemporâneas, 2010.

—. "Além do templo e do texto: desafios e dilemas dos estudos de religião no Brasil". *Antropologia em Primeira Mão*. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2011.

MARCUS, Georges E. "Ethnography in/on the world system: the emergence of multi-sited ethnography". *Annual Review of Anthropology*, v. 24, 1995, pp. 95-117.

MUÑOZ, Nuria Malajovich. "Na polifonia de uma orquestra: uma pesquisa clínica com grupos sobre a experiência alucinatória". <http://www.fundamentalpsychopathology.org/material/coloquio_metodo_clinico/MR/MR01.2.pdf> Acessado em 2009.

PELBART, Peter Pál. "Manicômio mental – a outra face da clausura". In: LANCETTI, Antonio (org.). *Saúde Loucura 2*. São Paulo: Hucitec, 1990, pp. 130-138.

SILVA, Maíka Arno Roeder. *Gênero e saúde mental nos serviços residenciais terapêuticos: "fragmentos de vidas contidas"*. Tese (Doutorado Doutorado Interdisciplinar em Ciências Humanas). Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2008.

SPIVAK, Gayatri. "Can the subaltern speak?". In: WILLIAMS, Patrick; CHRISMAN, Laura (orgs). *Colonial discourse and post-colonial theory: a reader*. Nova Iorque e Londres: Harvester-Wheatsheat, 1998.

WAGNER, Roy. *A invenção da cultura*. São Paulo: Cosac Naif, 2010.