

**UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS E FILOSOFIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA  
DOUTORADO EM PSICOLOGIA**

**A política de narratividade entre a pesquisa e a clínica:**

**relato de uma experiência com  
a Gestão Autônoma da Medicação**

Linha de pesquisa  
Clínica e Subjetividade

Jorge José Maciel Melo

Orientador: Eduardo Passos

**Niterói**

2015

**UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS E FILOSOFIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA  
DOUTORADO EM PSICOLOGIA**

**A política de narratividade entre a pesquisa e a clínica:**

**relato de uma experiência com  
a Gestão Autônoma da Medicação**

Jorge José Maciel Melo

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia – Linha de Pesquisa: Clínica e Subjetividade – do Departamento de Psicologia da Universidade Federal Fluminense, como requisito parcial para obtenção do diploma de doutor em Psicologia.

Orientador: Prof. Dr. Eduardo Passos

**Niterói**

2015

**Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Central do Gragoatá**

M528 Melo, Jorge José Maciel.

A política de narratividade entre a pesquisa e a clínica: relato de uma experiência com a Gestão Autônoma da Medicação / Jorge José Maciel Melo. – 2015.

172 f.

Orientador: Eduardo Passos.

Tese (Doutorado) – Universidade Federal Fluminense, Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Departamento de Psicologia, 2015.

Bibliografia: f. 164-172.

1. Pesquisa-intervenção. 2. Narrativa. 3. Gestão Autônoma da Medicação. 4. Metodologia da Pesquisa. I. Passos, Eduardo. II. Universidade Federal Fluminense. Instituto de Ciências Humanas e Filosofia. III. Título.

## Agradecimentos

À Cristiane Rocha, minha companheira, pelo reencontro, por sustentar os paradoxos da distância e da proximidade, pelo aconchego e pelas gargalhadas, pelo apoio nos momentos de escuridão, pelo sorriso que me encanta e me faz seguir adiante. Toda minha gratidão e o meu amor.

À Edu Passos, pela aposta e confiança. A todos aqueles que agrega e que nos acompanha feito uma matilha, em especial, aos companheiros de nosso grupo de pesquisa, Letícia Renault, Christian Sade, Sandro Rodrigues, Lorena Guerini, Beatriz Prata, Iacã Macerata, André Miranda e José Guilherme; do grupo de orientação, especialmente Flávia Fernando, Ruth Torralba, Tarso Ferrari, Vitor Régis, Joana Camelier e Williana Louzada; do grupo de estudos Limmiar;

À Analice Palombini, Márcia Morais e Marcelo Santana, que com seus apontamentos me ajudaram a traçar os caminhos deste trabalho.

À Luís Antônio Baptista, pelo carinho e pelo compromisso com a escrita. À Luciana Caliman, pelo convite à partilha. À Rodrigo Lages, pela parceria.

À Guillaume Sibertín-Blanc, pelo acolhimento, pela simplicidade e genialidade. Por me conceder acesso a esse fascinante e estranho mundo da filosofia francesa.

À todos os companheiros do coletivo de pesquisa GAM, pelos anos de trocas intensas e muito aprendizado, em especial Rosana Onocko, Rodrigo Presotto, Bruno Emerich, Cecília Marques, Michele Cervo, Lívia Zanchet, Marília Silveira, Laura Gonçalves, Luciana Togni, Sandra Hoff, Adriana Hashem, Maria Angélica, Elizabeth Sabino, Nilson Souza, Júlio César, Larry Diedrich, Luciano Lira e Fernando Medeiros.

Aos trabalhadores e usuários do CAPS Casarão da Saúde, de São Pedro da Aldeia. Pela oportunidade desta experiência inesquecível.

Aos companheiros de grupo de supervisão clínico-institucional, em especial André Rossi, Edmárcio Medeiros, Michele Abreu, Tarso Ferrari, Cristiane Rocha, Carol Hrim e Geórgia Young. Nosso pequeno laboratório de partilha.

Agradeço especialmente à equipe do Núcleo de Atenção à Saúde do Servidor (NASS-FME), que me apoiou e me deu suporte durante este ano de ingresso no serviço, especialmente a Maria Cristina, Rosângela Brasil, Rita de Cássia, Cilene Moura, Cristiane, Sandra Sarah, Liliane, Sandra Regina, Patrícia e Ciléa.

Minha gratidão ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da UFF, pelo amparo em momento preciso, pela aposta ética e política, pela fresta para o ar do pensamento.

Aos meus queridos companheiros de viagem Tiago Régis e Daniel Maribondo, pelos anos de crescimento conjunto, pelas receitas culinárias, pelas madrugadas de conversa, pelas reuniões domésticas, pela planilha de gastos, pelas pedaladas, pelo suporte mútuo.

À Bruno Gama, Maicon Barbosa, Tiago Coutinho, Fernanda Meireles, Joana Schroeder, Denis Petuco, Everson Brussel, Rosa Mira, Melissa Barbosa, Bia Adura, Laila Domith, Liliane Fortes, Lila Paiva, Suzana Libardi, Frederico Pagnuzzi e Maria Fernanda, Isabela Trindade e Peefee Araújo que, com suas presenças fomentaram o caldo afetivo em que se elaboraram as linhas deste trabalho.

À Alcides Melo, Davi Gabriel, Geórgia Duarte, Ivan, Marcelo Vilela, Bárbara Duarte e Tiê Arruda – meus queridos companheiros de longa data.

Ao som psicodélico de Sandro Rodrigues. À minha amiga Fernanda Ratto e ao pequeno Iberê. À Paula Milward, pela doçura das idas a campo. À Paula Brum, pela poesia, pelo companheirismo além-mar.

À Agustín Cafferata, por me ensinar a colocar carinho nas coisas e pelo Rock n'roll. À Julien Pallota, pela parceria.

À Paula Saules e Frederico de Almeida, o meu mais profundo agradecimento pela acolhida e por todo o suporte, à mon cher Yohan Hermant e aos queridos Luca Torrani e Nelson Lérias, que me ajudaram a dividir um pouco do peso de viver longe de minha língua e de meu país.

À minha amada família, Erivan Melo, Vânia Melo, Manu, Marcela, Júnior, Ângelo, Manuzinha e Maluzinha. À meus tios Gilvan e Fábia. À minha avó Araci.

*Do que viu e ouviu,  
o escritor regressa com olhos vermelhos,  
com os tímpanos perfurados.*

Gilles Deleuze

## Resumo

Este trabalho discute a utilização metodológica da produção de narrativas em uma pesquisa-intervenção participativa em saúde mental. Para a pesquisa-intervenção, a produção de conhecimento é tida por indissociável da produção de efeitos na realidade, sendo preciso evidenciar as implicações que pesquisadores assumem com o objeto de pesquisa e considerar a responsabilidade destes com o conhecimento gerado. O viés participativo da pesquisa, por sua vez, se determina em relação à inclusão dos sujeitos de pesquisa no compartilhamento das diferentes etapas da construção do conhecimento. Tais linhas metodológicas desdobram-se e se articulam em função de um arranjo específico de pesquisa, formulado entre 2009 e 2011, a partir de um projeto multicêntrico que uniu diversos grupos de pesquisa, trabalhadores, usuários e familiares de serviços públicos de saúde mental em torno da experimentação de uma abordagem de cuidado originalmente forjada no Canadá. A chamada Gestão Autônoma da Medicação (GAM) propõe a defesa dos direitos dos usuários de psicofármacos e a promoção da autonomia destes em relação ao tratamento medicamentoso. A pesquisa-intervenção com a GAM se situa, assim, em uma fronteira com a clínica, encontrando nos efeitos de produção de cuidado seus principais dados de pesquisa. A implicação, a participação e a indissociabilidade entre produção de conhecimento e produção de cuidado colocam para a produção narrativa um problema ao mesmo tempo ético, estético e político: uma vez que não se trata apenas de “dar voz”, mas de “falar com”, os pesquisadores são levados a elaborar procedimentos de escrita capazes de atribuir uma forma de expressão para o compartilhamento da experiência com sujeitos de pesquisa. A metodologia narrativa se desdobra, portanto, em um problema de política de narratividade, segundo o qual a atitude ou o posicionamento dos pesquisadores em relação à experiência de pesquisa se define pela corresponsabilidade entre os diferentes sujeitos na produção do conhecimento.

**Palavras-chave:** Pesquisa-intervenção. Narrativa. Gestão Autônoma da Medicação. Metodologia de pesquisa.

## Resumé

Ce travail discute de l'utilisation méthodologique de la production de récits dans une recherche-intervention participative en santé mentale. Pour la recherche-intervention, la production de connaissance est indissociable de la production d'effets dans la réalité, ce qui nécessite la mise en évidence des implications que les chercheurs ont avec l'objet de recherche, ainsi que de considérer la coresponsabilité de ceux-ci avec la connaissance générée. Le biais participatif de la recherche, à son tour, se détermine concernant/par rapport à l'inclusion des sujets de recherche avec le partage des différentes étapes de la construction de connaissance. Telles lignes méthodologiques se dédoublent et s'articulent en fonction d'une disposition spécifique de recherche, formulée entre 2009 et 2011, à partir d'un projet multicentrique qui a réuni divers groupes de recherche, de travailleurs, d'usagers et de familiers des services publics de santé mentale autour de l'expérimentation d'un abordage de soin originalement conçu au Canada. La Gestion Autonome de la Médication (GAM) propose la défense des droits des usagers de médicaments psychotropes et la promotion de l'autonomie de ceux-ci concernant le traitement médicamenteux. La recherche-intervention avec la GAM se place, ainsi, dans une frontière avec la clinique, de manière à rencontrer dans les effets de production de soin ses principales données de recherche. L'implication, la participation et l'indissociabilité entre production de connaissance et production de soin posent pour la production narrative un problème en même temps éthique, esthétique et politique : en admettant qu'il ne s'agit pas seulement « de donner la parole », mais de « parler avec », les chercheurs sont amenés à élaborer des procédures d'écriture capables d'attribuer une forme d'expression pour le partage de l'expérience avec les sujets de recherche. La méthodologie narrative se dédouble, donc, dans un problème de politique de narrativité, selon lequel l'attitude ou le positionnement des chercheurs concernant à l'expérience de recherche se définit par la coresponsabilité entre les différents sujets dans la production de connaissance.

**Mots clé:** Recherche-intervention. Narratif. Gestion Autonome de la Médication. Méthodologie de recherche.

## LISTA DE SIGLAS

AGIDD-SMQ – Association des Groupes d'Intervention en Défense de Droits en Santé Mentale du Québec

Anvisa – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

APA – American Psychiatric Association

ARUCI – Alliance internationale de recherches universités-communautés

ARUCI-SMC – ARUCI Saúde Mental e Cidadania

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CRSH/SSHRCC – Conselho de Pesquisa em Ciências Humanas do Canadá

DSM – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

ÉRASME – Équipe de Recherche et Action en Santé Mentale et Culture

GAM – Gestion Autonome de la Médication

GAM-BR – Gestão Autônoma da Medicação brasileira

GI – Grupo de Intervenção

GF – Grupo Focal

GN – Grupo Narrativo

IDRC – International Development Research Center

MTSM – Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental

NAPS – Núcleos de Atenção Psicossocial

RA – Ressources Alternatives en Santé Mentale

REME – Movimento da Renovação Médica

RP – Reforma Psiquiátrica

RRASMQ – Regroupement des Ressources Alternatives en Santé Mentale du Quebec

RT – Residencial Terapêutico

SUS – Sistema Único de Saúde

UFF – Universidade Federal Fluminense

UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

UFRJ – Universidade Federal do Rio de Janeiro

Unicamp – Universidade Estadual de Campinas

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 MAPEANDO O CAMPO DE INTERVENÇÃO.....	15
2.1 Uma abordagem em saúde mental: a Gestão Autônoma da Medicação (GAM).....	15
2.1.1 O acesso à experiência.....	19
2.2 Duas narrativas da contestação .....	21
2.3 A dimensão pública da política e a inflexão cogestiva das práticas autonômicas .....	28
2.3.1 Reativar a atitude contestatória.....	28
2.3.2 Entre os desafios da Reforma Psiquiátrica: a GAM como estratégia cogestiva .....	34
3 UM DISPOSITIVO ENTRE A PESQUISA E A CLÍNICA.....	39
3.1 A dupla função do dispositivo de pesquisa.....	39
3.2 A pesquisa-intervenção e a irrupção da loucura.....	43
3.3 Por uma narrativa polifônica.....	51
3.3.1 Um procedimento para dissolver o ponto de vista do observador.....	51
3.3.2 A metodologia narrativa.....	54
4 MERGULHAR NO PLANO IMPLICACIONAL: RELATO DE UMA EXPERIÊNCIA DE PESQUISA.....	63
4.1 O corpo afetivo grupal.....	63
4.2 Um procedimento para narrar o narrar .....	68
4.3 Agenciamentos, máquinas e escrita.....	74
4.4 Um estranho gerúndio.....	83
4.5 Phármakon, a ambiguidade da experiência da medicação.....	87
4.6 O circuito infernal da medicação.....	94
4.7 O poder psiquiátrico na era de Big Pharma.....	102
4.7.1 Fabricando o devir universal da loucura.....	102
4.7.2 Centralidade e deslocalização do poder psiquiátrico.....	109
4.8 O reconhecimento do outro.....	113
5 VOLTAR À SUPERFÍCIE: UMA ANÁLISE DE IMPLICAÇÕES.....	123
5.1 A inclusão da experiência da loucura.....	123

5.1.1 Introdução ao problema.....	123
5.1.2 Foucault e a experiência trágica da loucura.....	125
5.1.3 A inscrição da loucura no espaço literário.....	127
5.1.4 Narrar o narrar: afundamento e reemergência.....	130
5.2 Os desarranjos do dispositivo de pesquisa.....	138
5.2.1 A experiência do fracasso.....	138
5.2.2 A montagem do dispositivo.....	141
5.2.3 O centro e o fora.....	143
5.3 A narrativa à prova da experiência.....	147
5.3.1 Uma metodologia participativa para o pesquisar com.....	147
5.3.2 O Grupo Narrativo.....	152
5.3.3 Validar o dispositivo.....	156
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	161
7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	164

## 1 INTRODUÇÃO

De todos os desafios que atravessamos ao longo deste percurso, talvez fosse preciso começar escolhendo este: o de tornar-se autor. Não queremos dizer com isto que o desafio seja aquele, bastante árduo por si só, de encontrar e colocar problemas, de produzir um conjunto de ideias e de articulá-las em um todo mais ou menos coerente... Há um problema da autoria que se expressa na constituição de uma voz e que se desdobra em uma escuta. Esta voz constitui um problema distinto daquele da autoria de ideias, uma vez que ele aponta para a musicalidade que acompanha a estas, que as transmite segundo determinado tom, e que, portanto, liga as ideias impessoais a uma espécie de personalidade autoral. Entretanto, quando dizemos que a voz da autoria nos coloca um desafio, do qual, esperamos, nossos leitores possam minimamente provar, é porque, no caso da pesquisa que aqui se apresenta, cuja natureza é fundamentalmente coletiva e participativa, a unidade e a personalidade da voz autoral comprometem a transmissão dos “dados de pesquisa”. Estes dados não se referem apenas a um conjunto de conteúdos, de temas ou assuntos coletados em nossa pesquisa empírica, mas eles transmitem simultaneamente os processos expressivos que os acompanham e que, via de regra, envolvem-se em sua formação. Destacamos a natureza expressiva dos dados, procurando restituir-lhes o tanto que pudermos a coloração vívida com a qual eles se apresentam para nós e, conseqüentemente, a multiplicidade de vozes que eles envolvem. Tornar-se autor se faz um desafio quando este tem por tarefa fazer sua voz emergir *da* sinfonia contrastante de vozes dos coletivos aos quais este se associa e *por meio* desta mesma sinfonia. Voz que não emerge buscando qualquer representação, que não fala em nome de ninguém, mas que só fala a partir da relação *com* os outros com quem se agencia. Como tal, a autoria não se reduz à individualidade de uma pessoa, mas se abre para os múltiplos atravessamentos de tantas outras vozes coautorais. Nossa tese não se dissocia da experimentação deste desafio que é escrever em agenciamento, de fazer soar outras tonalidades musicais e cromáticas, de colocar a autoria em função de uma escrita *com* os sujeitos e coletivos de pesquisa com os quais trabalhamos.

Este desafio, que é também um desejo, coloca-se antes e durante nosso processo de pesquisa, podendo ser visto como a diferença que nela procuramos inserir e desenvolver. Ele se relaciona a nosso interesse particular em perspectivar a fala, ou melhor, a enunciação, em termos sociais e coletivos, colocando o processo de produção do sentido na dependência de instâncias irreduzíveis ao indivíduo (Bakhtin, 2006, 2010; Guattari, 2004; Deleuze; Guattari,

1977, 1995b). Por outro lado, o desafio surge também do próprio processo do pesquisar, em função de um conjunto de problemas metodológicos e que se relacionam à produção de dados sob a perspectiva da pesquisa-intervenção (Passos; Benevides, 2009; Rocha; Aguiar, 2007; Sade; Renault; Melo; Passos, 2013). Seja na maneira de conceber o dispositivo de pesquisa, seja na de registrar e analisar seus processos, seja na de envolver a participação dos sujeitos de pesquisa na coautoria dos dados, a ideia de uma enunciação coletiva se anuncia para nós como um princípio ou uma diretriz, assim como uma ferramenta a ser experimentada, avaliada, posta à prova. Como expressar esta dimensão coletiva, tomada ao mesmo tempo como anterior à pesquisa e a ser produzida por ela? De que meios podemos lançar mão em nossas pesquisas para evidenciar esta camada na qual se traçam as implicações entre sujeitos de pesquisa e pesquisadores, mas também para fomentá-la, buscando diminuir a distância entre produtores e usuários do conhecimento? Em última instância, como promover grupalidades capazes de assumir a corresponsabilidade pelas ações de pesquisa? Desindividualizar a autoria é compartilhar o saber.

Em 2009, fui convidado a participar de uma pesquisa multicêntrica, envolvendo diversas universidades, grupos de pesquisa e instituições. Uma parceria entre Unicamp, UFF, UFRGS e UFRJ com a Université de Montréal, no Canadá, trouxe para o Brasil uma abordagem de cuidado em saúde mental, nascida e elaborada ao longo das últimas décadas na província do Québec. Lá, a chamada Gestão Autônoma da Medicação (GAM) tem funcionado como uma importante ferramenta na promoção da autonomia de usuários de psicofármacos, problematizando a redução do cuidado ao tratamento medicamentoso e auxiliando pessoas acometidas de sofrimento mental a aumentarem seu poder de negociação em prol de uma maior qualidade de vida. A pesquisa multicêntrica, desenvolvida no Brasil entre 2009 e 2014, tratou de traduzir, adaptar, validar e disseminar no país o Guia da Gestão Autônoma da Medicação (Guia GAM)<sup>1</sup>, assim como de produzir um estilo próprio de utilização da abordagem, em consonância com as singularidades do processo de problematização das práticas psiquiátricas no contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira. O intenso processo de pesquisa experimentado nestes anos se deu em meio a uma espécie de pequeno laboratório social, claramente preocupado na elaboração de estratégias capazes de fazer frente ao poder dos gigantescos laboratórios farmacêuticos.

---

<sup>1</sup> A versão brasileira do Guia GAM pode ser acessada em: [http://media.wix.com/ugd/7ba6db\\_8582e3a33d-ca40618c89bf9c9a359127.pdf](http://media.wix.com/ugd/7ba6db_8582e3a33d-ca40618c89bf9c9a359127.pdf)

Este trabalho se configura como um de relato de experiência<sup>2</sup> de pesquisa, na medida em que se detém na explicitação de aspectos envolvidos em sua prática, na qual realizamos, juntamente a outros pesquisadores, uma dupla-função: a de condução do dispositivo de pesquisa e a de produção de dados. Veremos como a condução do dispositivo – um Grupo de Intervenção composto de pesquisadores, usuários e trabalhadores de um serviço de saúde mental – está relacionada ao *acesso e compartilhamento* das experiências *do grupo no grupo*, funcionando como o meio de implementação da abordagem “GAM-BR”; e como nossa concepção da natureza *narrativa* dos dados impõe o manejo destas experiências, seja sob a forma de uma atitude de cuidado com o grupo, seja sob a de uma atitude de cuidado com o dispositivo de pesquisa, com os pesquisadores e com a própria escrita, enquanto atividade ligada ao registro narrativo dos dados de pesquisa. Em cada um dos níveis deste arranjo complexo que é a pesquisa com a GAM, produção de conhecimento e produção de cuidado se distinguem, mas não se separam.

Esta inseparabilidade entre produção de dados e de cuidado assume em relação ao campo da saúde mental uma especificidade que parece óbvia, visto que aí entramos em contato com sujeitos ditos “portadores de sofrimento mental”. Entretanto, é preciso ampliar o campo do cuidado para incluir como seu objeto aquilo que vai além da percepção do sofrimento psíquico ou, com mais razão, da própria “doença mental”. Neste caso, os sujeitos aparecem como verdadeiros “portais” para uma experiência com a loucura, colocando para a pesquisa a singular tarefa de escutar e apreender os seus signos disruptivos, deixar-se afetar por eles e arranjar meios para exprimir a experiência deste encontro. Com efeito, os anos de luta que tornaram possível a Reforma Psiquiátrica brasileira promoveram a aposta na substituição de um modelo assistencial embasado na internação de “doentes mentais” em instituições asilares, os chamados manicômios, por um modelo pautado na promoção da cidadania de usuários de saúde em serviços territoriais e comunitários. A aposta é por uma mudança de paradigma: de um tratamento que condiciona a socialização na cura ou na *alta*, para uma concepção de tratamento que visa à promoção de autonomia dos sujeitos (*autos*) em sociedade. A autonomia deve ser aí fruto do cultivo das relações humanas e do fomento à participação dos sujeitos na vida comunitária, sendo o serviço de saúde um dispositivo para tanto. Contudo, é preciso esclarecer que o que entendemos por participação não se reduz à possibilidade de determinados sujeitos interferirem na dinâmica de um serviço, negociando os

---

<sup>2</sup> É preciso reafirmar o que dizíamos há pouco: não se trata de tomar o autor por um centro de experiências pessoais, autorreferentes, com as quais ele compõe o seu relato, mas de compor um relato em conexão com tantas outras experiências que nos acompanham.

termos de seu tratamento. Esta participação é certamente importante, mas, assim como faz a carapaça da doença mental, corre o risco de nos tornar cegos e surdos para a experiência subjacente ao sofrimento psíquico. O encontro com estes sujeitos é para nós o encontro com uma experiência que os ultrapassa e que nos atravessa a todos. A experiência da loucura se apresenta para a pesquisa GAM como uma experiência-limite (Foucault, 2005[1984]), quer dizer, situada no limite do que podemos sentir, pensar e dizer, limite de nossa racionalidade, ali onde se esboça a imagem vazia do não sentido. São os efeitos desta experiência que invadem o dispositivo de pesquisa e elevam a participação a outro nível, em que se pode exprimir graus maiores de comunalidade da experiência. Pesquisadores, usuários e trabalhadores compartilham desta experiência em maior ou menor grau, de modo que é a sua inclusão que justifica, em última instância, a estratégia da participação.

A produção de dados, aqui considerada do ponto de vista da produção de narrativas, depara-se, portanto, com o desafio de incluir a experiência da loucura não apenas designando-a, mas performatizando-a, isto é, a narração torna-se uma atividade determinante da qualidade do conhecimento produzido. É um problema de política de narratividade: como dar acesso à experiência compartilhada da loucura? Como expressá-la e transmiti-la? Trata-se de um problema que aproxima a pesquisa da clínica, mas também da estética, ou, em termos mais específicos, da literatura. Como diz Foucault (2006b[1964]), foi a literatura que acolheu a loucura quando esta pareceu excluída de todos os espaços, recoberta pela opacidade dos signos da doença mental. No espaço literário ou em certa experiência com a linguagem (Machado, 2000), acreditamos poder encontrar um meio de acesso e compartilhamento da experiência com a qual entramos em contato.

Do que dissemos é preciso depreender que o trabalho que aqui expomos enuncia uma maneira de singularizar a pesquisa com a GAM, de extrair desta as questões que nos interessam problematizar, bem como de encará-la como um campo de experimentação e de desenvolvimento de ferramentas capazes de serem replicadas, modificadas, reavaliadas. É também um viés tecnológico que anima nossos esforços, embora não acreditemos que a tecnologia deva ser apartada da arte. Ao contrário, cabe situar o desenvolvimento de tecnologias relacionais e flexíveis (Merhy, 1997, 2007), relacionadas à consideração da subjetividade no pesquisar em saúde, não apenas do ponto de vista do exercício do cuidado nos serviços, quanto do ponto de vista da produção de dados narrativos, capazes de conferir dizibilidade e visibilidade a experiências sem nome.

## 2 MAPEANDO O CAMPO DE INTERVENÇÃO

### 2.1 Uma abordagem em saúde mental: a Gestão Autônoma da Medicação (GAM)

De março a novembro de 2011 integrei um projeto de pesquisa que envolveu a participação de profissionais e usuários de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) na cidade de São Pedro da Aldeia, no interior do estado do Rio de Janeiro, que tinha como objetivo discutir os usos dos medicamentos psiquiátricos por estes agentes. A pesquisa tinha o intuito de trazer à luz e valorizar principalmente as experiências dos usuários, considerando que estas são ainda negligenciadas na avaliação clínica, quando deveriam na verdade informar e qualificar a prescrição medicamentosa e as práticas de cuidado como um todo.

Este projeto surgia da colaboração de diversos grupos de pesquisa brasileiros<sup>3</sup> que, juntos, decidiram importar, adaptar e disseminar no país o Guia da Gestão Autônoma da Medicação (GAM), instrumento forjado na província do Québec, no Canadá, que desde o final da década de 1990 tem sido adotado como parte de uma estratégia de cuidado e fortalecimento dos direitos dos usuários deste país. A GAM foi desenvolvida por um esforço coletivo que uniu usuários, “interventores”<sup>4</sup> e defensores de direitos humanos em torno da problematização do uso de psicofármacos como principal recurso no tratamento em saúde mental. Sua história remonta aos anos oitenta, quando da criação dos primeiros serviços alternativos (*Ressources Alternatives – RA*) no território quebequense, a partir da qual toda uma experimentação começa a se tecer em relação às práticas de cuidado e aos modos de encarar a loucura. Os RA são organismos comunitários, fundados sobre uma perspectiva crítica em relação às internações psiquiátricas e à contenção química, ainda vigentes na rede pública de saúde quebequense. Propondo formas alternativas de tratamento ancoradas em uma filosofia cujas bases veremos adiante, os RA associam-se e formam uma rede de serviços (*Regroupement des Ressources Alternatives en Santé Mentale du Québec*<sup>5</sup> – RRASMQ), no seio da qual um grupo de trabalho formado por usuários dispara anos mais tarde, em 1993, uma discussão dos usos de medicamentos psiquiátricos, questionando a redução do tratamento

---

<sup>3</sup> A pesquisa intitulada “Pesquisa avaliativa em saúde mental: instrumentos para a qualificação da utilização de psicofármacos e formação em recursos humanos”, iniciada em 2009, contou com a participação de grupos de pesquisa ligados à Unicamp, UFF, UFRJ e UFRGS, além do grupo de pesquisa ÉRASME (Équipe de Recherche et Action en Santé Mentale), da Université de Montréal.

<sup>4</sup> “Intervenants”, como são chamados os profissionais técnicos no Québec.

<sup>5</sup> Agrupamento dos Serviços Alternativos em Saúde Mental do Quebec.

ao uso de drogas e propondo a retomada do poder de decisão pelas pessoas que as utilizam (Rodriguez; Poirel, 2007).

Com efeito, desde a descoberta da clorpromazina<sup>6</sup>, em 1952, o tratamento psicofarmacológico tem se estabelecido como o principal recurso para lidar com o sofrimento mental, haja vista seu poder de reduzir sintomas e garantir com isto certa aceitação dos ditos “doentes mentais” na vida comunitária. Contudo, do ponto de vista de seus usuários, dificilmente o consumo de psicofármacos é relatado como uma experiência livre de problemas. Efeitos secundários penosos, de toda ordem – corporal, psíquica, comportamental – acompanham e frequentemente se sobressaem aos efeitos desejáveis. Insônia, salivação, dores de cabeça, aumento de peso, tremores, etc. estão entre os efeitos secundários que se associam à dura barreira do estigma, dificultando a inserção social ou a participação em tratamentos alternativos, como aqueles vinculados a ações comunitárias, ou mesmo à psicoterapia. A isto se soma a baixa apropriação dos usuários sobre “a finalidade do tratamento prescrito, seus efeitos secundários, as interações medicamentosas, os riscos possíveis, as implicações de uma não intervenção e as soluções complementares e alternativas” (Rodriguez; Poirel, 2007). Neste sentido, a quase inexistência de canais de informação com o público-alvo reforça o poder da autoridade médica, que continua a deter consigo o saber sobre o que foi estabelecido como principal recurso disponível para lidar com as experiências de sofrimento psíquico.

Com o grupo de trabalho, batizado pelos usuários de *Comité Sevrage*, tem-se início um processo de questionamento da medicação nos diversos serviços da rede. O próprio nome dado ao grupo (“sevrage” = desmame, abstinência) expressa o tom da perspectiva adotada inicialmente, segundo uma veia crítica que pressupunha a retirada dos medicamentos como condição para a retomada da autonomia. Em pouco tempo, a *Association des Groupes d'Intervention en Défense de Droits en Santé Mentale du Québec*<sup>7</sup> (AGIDD-SMQ) se integra ao Comitê. Da perspectiva da defesa dos direitos, a AGIDD preconiza a importância de uma informação adequada sobre a medicação e os efeitos secundários, a necessidade do consentimento do usuário a qualquer tratamento e seu direito de recusar submeter-se a ele. Circulando pelos serviços, o comitê testemunha os muitos relatos dolorosos relacionados ao

<sup>6</sup> A clorpromazina, primeira substância utilizada como antipsicótico, inaugurou a era dos tratamentos farmacológicos dos transtornos mentais. Depois dela, vieram os antidepressivos, os ansiolíticos e outros variados tipos de medicamentos. A clorpromazina foi sintetizada em 1950 no intuito de produzir uma histamina com ação central sobre o sistema nervoso. Em 1952, Henri Laborit descobre os efeitos tranquilizantes da substância, que tinham a vantagem de não causar sedação. No mesmo ano, Jean Delay e Pierre Deniker relatam que a clorpromazina auxiliava no controle de estados maníacos e da agitação psicótica (Healey, 2009).

<sup>7</sup> Associação dos Grupos de Intervenção em Defesa dos Direitos em Saúde Mental do Québec.

uso de medicamentos e aos efeitos de sua retirada<sup>8</sup>. Logo a questão da necessidade do acompanhamento para a diminuição e/ou retirada do tratamento psicotrópico é colocada. É também nestes espaços de partilha que o foco sobre a retirada será deslocado, a partir do reconhecimento de que o sofrimento com a medicação é, na verdade, secundário em relação a um sofrimento anterior. O foco sobre a retirada corre o risco de tomá-la como um fim em si mesmo e de continuar a ignorar fatores mais profundos, relativos à constituição subjetiva dos indivíduos no meio social. O comitê percebe que estas duas dimensões do sofrimento não podem ser consideradas separadamente e que o questionamento acerca da eficácia e dos limites da medicação não deve ser separado das dificuldades subjetivas que as pessoas sofrem, visto que para muitos, a medicação é ainda um recurso de ajuda incontornável. Com isto, o trabalho do comitê passa a se direcionar cada vez mais para um trabalho de escuta e reconhecimento das diferentes vozes e da pluralidade de pontos de vista sobre a medicação.

Em 1997, surge pela primeira vez a expressão “Gestão Autônoma da Medicação” em um documento do comitê. A aparição deste termo vinha em consonância com a ampliação da perspectiva do trabalho, deslocando o privilégio que a temática da retirada colocava até então. Alçada ao estatuto de Programa, a GAM será ratificada por unanimidade na Assembleia Geral Anual do RRASMQ em 1998, sendo a partir de então implementada como abordagem diretriz das práticas no âmbito dos RA. A partir de 1999, um projeto piloto envolvendo dez serviços alternativos membros do RRASMQ, em colaboração com a AGIDD, é implementado sob o acompanhamento de pesquisadores da *Équipe de Recherche et Action en Santé Mentale et Culture*<sup>9</sup> (ÉRASME), ligada à Université de Montréal. Durante este processo, é publicado o Guia GAM, no intuito de viabilizar “uma ferramenta concreta organizada para auxiliar as pessoas que querem empreender uma reflexão a respeito de sua medicação para chegar a uma qualidade de vida mais satisfatória” (RRASMQ-ÉRASME, 2006, p. 8).

Através de um conjunto de passos<sup>10</sup>, o Guia ofertava uma metodologia para a auto-observação da experiência com os diversos medicamentos, entre antidepressivos, antipsicóticos, antiparkinsonianos e ansiolíticos. Seu texto, escrito sob a forma de narração em primeira pessoa, pretendia traçar um percurso pelo qual o usuário poderia tomar consciência de múltiplos fatores envolvidos em seu tratamento, tendo como princípio o direito de escolha

<sup>8</sup> Diversos sintomas estão associados à interrupção abrupta ou progressiva do uso contínuo de psicofármacos, como náuseas, vômitos, diarreia, febre, nervosismo, dores de cabeça, insônia etc. (RRASMQ/AGIDD-SMQ, 2002).

<sup>9</sup> Equipe de Pesquisa e Ação em Saúde Mental e Cultura.

<sup>10</sup> Os chamados “passos” do Guia GAM canadense buscavam auxiliar a reflexão dos usuários acerca de temas diversos como qualidade de vida, direitos dos usuários, recursos disponíveis, informações sobre efeitos esperados e indesejáveis dos medicamentos, interações químicas, terapias alternativas etc.

do usuário sobre o consumo destes medicamentos e, inclusive, o seu direito à recusa do tratamento. O Guia propunha também uma metodologia gradual para a redução ou retirada de um ou vários medicamentos, desde que fosse de interesse do usuário, considerando os sintomas relacionados à redução gradativa, assim como a necessidade de não percorrer este processo sem ajuda.

Pode-se afirmar que a GAM, como nova abordagem do sofrimento psíquico, ampara-se sobre um conjunto de princípios: “a importância de uma qualidade de vida subjetiva; a retomada do poder contratual; o reconhecimento da pluralidade de significações da medicação; o respeito pela pessoa, suas decisões e seus direitos; uma abordagem ampla do sofrimento e do bem estar” (RRASMQ-ÉRASME, 2006, p. 23). Ela apoia-se na experiência singular do usuário, buscando incluir o ponto de vista de quem vivencia os efeitos de psicofármacos na gestão do tratamento. Como tal, não incita o aumento nem a diminuição dos medicamentos, apesar de ofertar instrumentos que auxiliem a autoavaliação do usuário acerca de sua qualidade de vida e contribuam para trilhar um caminho em torno do ajuste (a chamada “dose mínima eficaz”) ou mesmo retirada da medicação. A GAM é sobretudo uma abordagem para o reconhecimento ético do ponto de vista singular do usuário, sem o qual o tratamento medicamentoso se reduz aos juízos de uma observação externa, via de regra reduzida à mera descrição de sintomas fisiológicos e/ou comportamentais.

A consideração da experiência vivida de pessoas usuárias de psicofármacos para uma melhor avaliação da eficácia do tratamento e para a condução deste na intenção de gerar bem-estar e maior qualidade de vida surge em declarado confronto ao modelo biomédico que se estabeleceu como perspectiva hegemônica na saúde mental. Após a virada que resultou no DSM III (Minard, 2013), em 1980, com o abandono de uma perspectiva psicanalítica sobre o sujeito do sofrimento e a instauração de uma abordagem puramente descritiva, cujo aprofundamento seguirá com os DSM IV e V, a psiquiatria tem se apoiado em modelos diagnósticos que desconsideram a experiência do adoecimento e o saber a ela vinculado, guiando-se cada vez mais por uma semiologia de fatores meramente comportamentais e orgânicos. A Psicopatologia Descritiva, que tem servido de fundamento para as classificações psiquiátricas, ambiciona forjar tão somente descrições objetivas das manifestações clínicas imediatamente observáveis, limitando-se a oferecer listas de sintomas e critérios para sua combinatória, para assim fornecer diagnósticos supostamente livres de compromissos teóricos e isentos de juízos de valor. Contudo, ao almejar atingir o ponto de vista de um “observador ideal” (Serpa Júnior, 2007), de uma observação desencarnada, puramente objetiva, sobre os

caracteres constitutivos das entidades nosográficas, a tradição diagnóstica e clínica pautada na Psicopatologia Descritiva mantém-se ainda ligada a práticas de assujeitamento das pessoas com sofrimento mental. Objetificando a doença e virando o rosto para longe daquele que a experiencia, esta tradição opõe-se ao projeto de criação de práticas inclusivas e cidadãs, que reconheçam o valor da experiência de sujeitos portadores de sofrimento psíquico e a possibilidade de inscrevê-la no campo da cidadania e do exercício do direito.

Para a GAM, trata-se, ao contrário, de transformar o domínio das práticas a partir daquilo que a experiência singular dos usuários pode informar, de considerar as múltiplas formas do sofrimento e suas significações não menos diversas, as quais não se enquadram na uniformização diagnóstica que o modelo biomédico tem a pretensão de empregar. Neste sentido, o acesso à experiência dos usuários constitui um ponto chave da abordagem, concentrando em si um conjunto de problemas que aqui buscaremos explorar.

### 2.1.1 O acesso à experiência

Assim como é para a GAM, a problemática do acesso à experiência ocupa também um lugar de relevo nas discussões em torno do *método da cartografia*<sup>11</sup>, ao ponto de configurar para nós uma verdadeira diretriz metodológica (Passos; Kastrup, 2013). Mas é preciso dizer que a noção de experiência não deve ser entendida aqui apenas segundo a noção usual de “experiências de vida”, a qual “inclui os processos motivacionais, as emoções, tanto quanto a [...] reflexão sobre as vivências do sujeito” (Silva et al., 2010, p. 84). Esta noção, mais próxima do senso comum, tem o efeito de restringir a compreensão da experiência a aspectos subjetivos, individuais e autobiográficos. Antes, pensamos que é preciso referir a experiência a uma dimensão “pré-refletida e ontológica” (*Ibid.*), ao mesmo tempo pré-individual e coletiva (Escóssia; Tedesco, 2009), fonte genética da “coemergência de si e de mundo” (Silva et al., 2010). Significa que consideramos a experiência como o próprio plano

---

<sup>11</sup> O chamado “método da cartografia”, inspirado nas proposições lançadas por Gilles Deleuze e Félix Guattari em *Mil Platôs* (Deleuze; Guattari, 1995a) e desenvolvido por um coletivo de pesquisadores brasileiros (Passos, Kastrup, Escóssia, 2009), tem se firmado como uma alternativa metodológica para as práticas de pesquisa em ciências humanas e da saúde interessadas em investigar processos. A cartografia propõe uma “reversão do sentido tradicional de método”, segundo a qual o “caminhar para alcançar metas prefixadas (*metá-hódos*)” dá lugar ao “primado do caminhar que traça, no percurso, suas metas” (Passos; Benevides, 2009a, p. 17). Neste sentido, afirma-se menos como um conjunto de regras predefinidas de condução de um processo de pesquisa do que como um conjunto de pistas direcionadas a constituir uma atitude experimental, aberta aos encontros fortuitos com o real.

de produção da realidade, ali onde tanto o mundo objetivo quanto o mundo subjetivo encontram-se em permanente movimento de constituição. O sentido ontológico da experiência tem para nós a importância de considerá-la menos como uma forma de propriedade subjetiva e individual, do que como uma espécie de plano processual e coletivo. Acessar a experiência significa, então, que mergulhamos no plano em que aqueles que conhecem e o objeto conhecido, bem como os instrumentos e dispositivos do conhecer, emergem reciprocamente, instituindo as formas dos mundos reconhecíveis. Trata-se de uma diretriz metodológica que leva em consideração os efeitos performativos da experiência (Passos; Eirado, 2009; Sade; Renault; Melo; Passos, 2013), visando intervir sobre os processos de constituição de formas de subjetividade e de objetividade, em vistas de formas mais éticas e mais potentes de vida.

Quando nos situamos no plano da experiência, a constituição coemergente de sujeito e mundo se determina em função de uma circularidade traçada entre o conhecer e o fazer (Maturana; Varela, 1995; Passos; Benevides, 2009a), de modo que toda ação de pesquisa constitui uma ação sobre a realidade ou uma intervenção, que por sua vez constitui um conhecimento prático e teórico. Conhecer já não pode ser *re*-conhecer o mundo, representá-lo de maneira distanciada e imparcial. Ao contrário, o conhecimento, uma vez convicto de seus efeitos sobre a realidade, assume sua implicação com o objeto conhecido e passa a envolver um gesto de cuidado, o qual se expressa no acompanhamento dos efeitos do processo de investigação (Pozzana; Kastrup, 2009; Passos; Benevides, 2009a). Pesquisar é intervir, toda pesquisa é intervenção. Mas intervir é cuidar, toda pesquisa-intervenção visa a um cuidado da realidade pesquisada.

No contexto da pesquisa com a GAM, a qual, como veremos, assume aqui o referencial metodológico da pesquisa-intervenção (Passos; Benevides, 2009a; Rocha; Aguiar, 2007), seria preciso considerar que o acesso à experiência “dos” usuários de psicofármacos não se reduz à mera explicitação de conteúdos subjetivos, individuais e autobiográficos, dados antes de serem conhecidos ou acessados. Por um lado, o acesso às experiências de vida se produz em uma situação social que implica imediatamente a experiência de todos os envolvidos; por outro, esta situação é ela mesma promotora de novas emergências, uma vez que se encontra em relação com a dimensão processual da realidade – plano das forças, e não das formas – no qual esta se encontra em contínua produção, em engendramento permanente, sempre em vias de diferenciação. Por sua natureza pré-individual, trata-se necessariamente de um plano coletivo, no qual mergulhamos juntos, em um gesto ao mesmo tempo ético e político do qual só saímos transformados. O acesso à experiência, como diretriz da pesquisa-

intervenção, confere a esta uma atitude experimentalista, a qual não deixa de exigir de nós, pesquisadores, o esforço pela construção de novos instrumentos de pesquisa, alinhados ao seu caráter processual.

Ao menos dois instrumentos metodológicos se anunciaram como particularmente importantes para promover a diretriz de acesso à experiência na pesquisa-intervenção com a GAM. O primeiro estava relacionado ao dispositivo de pesquisa ou Grupo de Intervenção (GI), considerado como o próprio meio de realização da pesquisa de campo e instrumento privilegiado, embora não exclusivo, de produção de dados. Nossa pesquisa-intervenção não desconsidera em sua análise situações e acontecimentos que ocorram em espaços distintos do GI, mas os aspectos relacionados ao *manejo* da situação específica de leitura e discussão do Guia GAM levantavam um conjunto de questões relativas ao *modo de fazer* (know-how) da pesquisa (Passos; Benevides, 2009a, p. 18). O segundo instrumento estava relacionado ao registro do processo de intervenção, o qual colocava basicamente a questão de qual *política de narrativa* (Passos; Benevides, 2009b) poderia ser adotada como *forma de expressão* do acesso à experiência de pesquisa. Como, partindo das falas e enunciados dos sujeitos de pesquisa, poderíamos aceder a enunciações de ordem coletiva, referentes não ao domínio de um vivido, mas à expressão dos processos pré-individuais desencadeados pela ação de pesquisa? Manejo e narrativa configuravam, assim, as duas dimensões metodológicas do fazer e do conhecer da pesquisa com a GAM, relacionadas entre si de forma circular ou em suposição recíproca.

Mais adiante, buscaremos abordar as nuances envolvidas nesta dupla elaboração. Por ora, buscaremos refazer em linhas gerais o percurso teórico-político que levou pesquisadores brasileiros à proposição da GAM como uma estratégia de cuidado em saúde mental.

## **2.2 Duas narrativas da contestação**

Desde o início da colaboração, em 2009, as diferenças entre as experiências brasileiras e quebequense em saúde mental geraram diversos debates entre os grupos de pesquisa, os quais orientaram uma redefinição parcial do conteúdo do Guia e a construção de diretrizes para sua utilização no contexto brasileiro. A adaptação do Guia passava pela necessidade de sintonizá-lo com a discursividade de nossa própria tradição clínica e política de contestação do poder psiquiátrico, uma vez que, ao contrário do que acontecia em sua tradição de origem,

não contávamos com a longa e intensa história de problematização do lugar da medicação psiquiátrica, em um processo que fez surgir pouco a pouco a GAM como uma prática encarnada de radical valorização do saber do usuário de psicofármacos. Este ponto específico fazia – e ainda faz – da GAM uma novidade na saúde mental brasileira, o que levantava muitas perguntas sobre o seu significado: afinal, a “gestão autônoma” significa “autogestão”? O que significaria a “autogestão da medicação”? Tratar-se-ia de defender a automedicação em saúde mental? Situados fora de seu contexto, os signos da GAM demandavam um esforço de tradução não apenas para que ela pudesse fazer sentido quando posta em prática sob novas circunstâncias, como também para que se tornasse uma proposição razoável para os serviços de saúde mental brasileiros e um instrumento de sensibilização para as difíceis questões relativas ao uso de psicofármacos. Os debates, situados na distância – geográfica, histórica, política e linguística – dos territórios brasileiro e quebequense<sup>12</sup>, afastavam e aproximavam, como que por um perpétuo vai e vem, sentidos distintos que passavam a co-habitar o interior das palavras-signo da GAM. Eles acabaram por conduzir o processo de tradução do Guia GAM na direção de uma política de narratividade que consistia em promover o então desconhecido termo “gestão autônoma da medicação”, não obstante *torcendo* seu sentido. Tratava-se de fazer a expressão quebequense incorporar significações próprias a certa discursividade brasileira, onde, como procuraremos mostrar, práticas de fortalecimento da autonomia são associadas a dispositivos *cogestivos*. Certa impossibilidade de manutenção acrítica do termo canadense e ao mesmo tempo certa indesejabilidade de dele abrir mão instauram o espaço próprio em que o sentido da “GAM-BR” pôde se afirmar, a distância na qual e pela qual ela estabelece sua relação e sustenta sua direção rumo à qualificação das práticas de cuidado.

Um olhar mais atento às peculiaridades das trajetórias dos movimentos de contestação do modelo psiquiátrico nos territórios brasileiro e quebequense revela o tipo de ancoragem que os conceitos de autonomia e (co-)gestão admitem na sua relação com as distintas estratégias históricas no modo de reorganizar a atenção em saúde mental. No Quebec, região em que nasceu e se desenvolveu a GAM, os serviços assistenciais defensores do questionamento dos usuários à medicação psiquiátrica se constituíram ao longo dos últimos trinta anos em torno do que se chamou *L'Alternative en Santé Mentale*, uma filosofia ou visão de mundo orientada pelo princípio da *appropriation du pouvoir*, também conhecido como *empowerment* (RRASMQ, 2009a). A *Alternativa* emerge do descontentamento com os rumos do processo de

---

<sup>12</sup> As reuniões de pesquisa aconteciam bimestralmente entre os grupos brasileiros. Semestralmente, eram realizados seminários com o grupo ÉRASME por meio de videoconferência.

desinstitucionalização dos hospitais psiquiátricos, movimento que teve início no Quebec nos anos 1960, mas que não conseguiu produzir os resultados esperados (Doré, 1987): apesar de conseguir diminuir naquela década cerca de 50% da capacidade dos grandes centros psiquiátricos e aumentar o número de serviços no território, a desinstitucionalização não impediu que pessoas com graves problemas mentais fossem largadas à própria sorte. Nada foi feito para mudar a visão dos profissionais e a integração dos usuários na comunidade permanecia no plano das ideias. Percebendo-se rapidamente que os egressos dos hospitais psiquiátricos não encontravam o suporte social nem o apoio necessário nos serviços públicos de saúde, começam a surgir já nos anos 1970 iniciativas em torno da experimentação de novas práticas, inspiradas pela antipsiquiatria europeia, pelo movimento americano de defesa de direitos de pessoas psiquiatrizadas e pelo movimento comunitário quebequense. É quando são criados os primeiros *Ressources Alternatives en Santé Mentale* (RA), serviços comunitários não-governamentais, fundados sobre a crítica ao confinamento asilar e químico e sobre o desejo de propor práticas alternativas ao modelo existente. É no âmbito dos RA que começa a se formular uma abordagem capaz de lidar com os problemas de saúde mental “*ailleurs et autrement*” – em outro lugar e de outro modo. Agrupados a partir de 1983, os RA formam o *Regroupement des Ressources Alternatives en Santé Mentale du Quebec* (RRASMQ), uma organização sem fins lucrativos que, atualmente, agrupa mais de uma centena de organizações comunitárias espalhadas pela província canadense e unidas pela proposição comum de uma filosofia alternativa em saúde mental.

Os membros do RRASMQ evitam dar uma definição precisa da alternativa. Preferem definirem-na em termos de um movimento, como uma noção aberta e em constante redefinição (RRASMQ, 2003, p. 6). Isso se explica em parte pelo pluralismo das abordagens característico da rede, o qual envolve um conjunto plurifacetado de práticas, entre as quais a GAM não figura senão como apenas mais uma ferramenta. A filosofia comum tem como princípios noções que remetem à concepção global da pessoa (*la conception globale de la personne*), à reapropriação do poder (*la ré-appropriation du pouvoir*), o acolhimento (*la qualité de l'accueil*), à ajuda mútua (*l'entraide*), ao pequeno porte dos serviços (*des ressources à “taille humaine”*), à inserção comunitária e ao engajamento político e social (RRASMQ, 2009b). Mas o que parece interessante ressaltar é que a história do RRASMQ foi marcada desde o início por uma espécie de aposta fundamental, encarnada no que seus membros chamam de “aliança histórica” e que remete ao momento de constituição de uma associação não apenas entre os diversos serviços alternativos, como também entre “interventores” (*intervenants*) e “pessoas

acometidas pela psiquiatrização”<sup>13</sup>. A via alternativa surge ou é impulsionada por esta aliança que, para além do interesse em prestar um cuidado adequado a pessoas com sofrimento mental, implicava já a colaboração e a distribuição do poder entre sujeitos cuidadores e sujeitos cuidados na gestão participativa dos serviços (RRASMQ, 2009b). Quer dizer, a recusa à psiquiatria tradicional e a consequente abertura de um campo de experimentação de novas práticas de cuidado propiciou a emergência de um modo de fazer fundado sobre a flexibilização da hierarquia e dos papéis sociais, levando mesmo ao surgimento de uma nova categoria, impen-sável até então: a de “usuários-interventores” (RRASMQ, 2003, p. 5). Percebe-se então como o movimento originário da alternativa é traçado em um campo de corresponsabilização dos sujeitos que tem por efeito permitir a protagonização de pessoas em processo de despsiquiatrização. O que não significa desconsiderar as diferenças existentes entre quem presta e quem procura ajuda – o *Manifesto* do RRASMQ (2009b) afirma claramente o contrário. A aliança é reconhecidamente atravessada por uma tensão permanente que não deve ser evitada: “a tensão na aliança fundadora continua sempre presente, ela deve mesmo ser mantida” (RRASMQ, 2003, p. 5). Mas é aí, no espaço de colaboração tensa aberto pela via alternativa, seu *ailleurs et autrement*, que um movimento de feições autogestionárias pôde crescer e ganhar consistência. É neste espaço de alteridade que se estabelecem as condições para a emergência de uma abordagem denominada Gestão Autônoma da Medicação.

As condições dessa emergência passam pela recusa das práticas psiquiátricas tradicionais entendidas como modelo biomédico dominante. Mas elas passam, simultaneamente, pela distância e pela tensão que se estabelece em relação à rede pública de saúde, dominada tanto pela velha psiquiatria quanto por modelos de gerenciamento governamentais que tendem a restringir o campo de autonomia dos serviços. Desde a década de oitenta, os organismos alternativos resistem às diversas tentativas do Estado de integrá-los à rede pública. Em artigo dedicado ao tema da integração dos serviços alternativos, sob a justificativa da continuidade dos cuidados com os serviços públicos, Nadine Perron (2005) argumentava que:

...as diferenças ideológicas profundas entre os meios institucional e alternativo se confrontam no quadro de sua colaboração sobre os planos da prática clínica e do desenvolvimento das atividades e serviços em saúde mental. Os serviços alternativos, que trabalham a partir de uma filosofia de apropriação do poder das pessoas e das comunidades, são confrontados com uma rede pública sempre dominada pela abordagem médica que faz as

---

<sup>13</sup> As expressões citadas podem ser encontradas em um pequeno documento dedicado a um resumo da história do RRASMQ, quando da comemoração de seus 20 anos. Cf. *20 ans d'histoire... à poursuivre!* (RRASMQ, 2003).

práticas serem essencialmente orientadas pelo controle dos sintomas patológicos e pelo tratamento psicotrópico<sup>14</sup>. (p. 3)

As tensões com o Estado acham-se presentes na gestão dos serviços alternativos, por mais que a lei dos organismos comunitários do Quebec reconheça a importância e a autonomia destes (Canadá, 2004). Com o estabelecimento e o crescimento da rede ao longo dos anos, o financiamento estatal se tornou a principal fonte de recursos dos serviços, o que acabou implicando uma série de exigências: a necessidade de prestar contas, produzir relatórios, comprovar sua eficácia. Esta relativa dependência do Estado sempre pode ser encarada como uma espécie de ameaça à continuidade do serviço, de modo que o *ailleurs et autrement* da alternativa equilibra-se sobre uma linha tênue entre a cooptação e a perseverança. Procurando construir sua diferença em relação à psiquiatria tradicional e garantir sua autonomia em relação às ingerências do poder público, pode-se dizer que a filosofia alternativa precisou construir um espaço de exterioridade, mesmo que tão somente relativa, para fazer valer um outro lugar e um outro modo de cuidar em saúde mental.

Esta tentativa de se situar em um espaço de exterioridade em relação ao poder estatal e ao poder psiquiátrico não passou despercebida e funcionou como uma espécie de chave de leitura para os pesquisadores brasileiros. Tratar-se-ia de fazer valer a gestão autônoma como uma espécie de “fora”, um exterior das relações de poder, embora nunca absoluto, nunca independente ou imune às suas interferências. Uma tal apreensão do signo desta abordagem possibilitava traçar uma linha de continuidade, apesar das diferenças, com a tradição do próprio movimento contestatório brasileiro, o qual, diferentemente da trajetória da alternativa quebequense, concentrou seus esforços no redirecionamento do modelo assistencial público, assumindo uma tática diferente da aposta autonomista da alternativa, uma vez que passava necessariamente pela “ocupação dos espaços públicos de poder” (Ribeiro, 2004, p. 94).

No Brasil, a contestação do modelo asilar psiquiátrico emergiu no bojo dos movimentos pela redemocratização do país nos anos setenta. Data de 1978 o surgimento do Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental (MTSM), em meio à luta contra o autoritarismo de Estado. É neste período que ressurgem as críticas à ineficiência da assistência pública em saúde e que se iniciam as elaborações de propostas alternativas para o setor, pelo que ficou conhecido como o movimento da Reforma Sanitária. A rediscussão das práticas profissionais entra em pauta, em uma arena ampliada que incluía outros agentes, como o Movimento da Renovação

---

<sup>14</sup> Tradução de nossa autoria.

Médica (REME) e o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), também criados na mesma época. Inicia-se o processo de denúncia da violência dos manicômios e da mercantilização da loucura, fundados sobre a lógica perversa que consistia em alimentar uma rede privada hegemônica e lucrativa com dinheiro público (BRASIL, 2005, p. 7; Tenório, 2002, p. 34). Na década seguinte, quando membros do movimento sanitário acedem a postos de gestão, este sistema se faz perceber melhor, a partir da produção de importantes diagnósticos quanto ao funcionamento da prestação de serviços no país:

O direcionamento do financiamento público para a esfera privada durante o regime militar deixa-se ver, por exemplo, no fato de que entre 1965 e 1970 a população internada em hospitais diretamente públicos permaneceu a mesma, enquanto a clientela das instituições conveniadas remuneradas pelo poder público saltou de 14 mil, em 1965, para trinta mil, em 1970. Anos depois, esses números se multiplicariam, mantendo porém uma proporção de 80% de leitos contratados junto ao setor privado e 20% diretamente públicos (Tenório, 2002, p. 34).

Imediatamente, passa-se à construção das bases para a proposição de um outro modelo de atenção à saúde mental. As primeiras ações propositivas seguem, no entanto, uma perspectiva limitada de racionalização, humanização e moralização dos asilos, além da criação de ambulatórios como alternativa à internação. Estas ações, de cunho unicamente gerencial e administrativo, não produzem grande impacto sobre a qualidade do atendimento ou sobre a hegemonia do modelo asilar (Tenório, 2002, p. 33). Em breve, a necessidade de ultrapassar estes limites e confrontar as forças de conservação do modelo se tornam evidentes: em 1987, durante a I Conferência Nacional de Saúde Mental, o recurso exclusivo à tática sanitarista do movimento é abandonado e o anseio pela desconstrução das instituições da loucura no cotidiano é disparado. No mesmo ano, acontece o II Encontro Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental, em Bauru, onde se institui o lema “Por uma sociedade sem manicômios”. O agora denominado Movimento pela Reforma Psiquiátrica assumia a via da desinstitucionalização, ultrapassando os limites das práticas de saúde em direção ao horizonte da percepção social e das formas culturais de relação com a loucura.

Em 1987 e 1989, respectivamente, duas experiências institucionais exitosas demonstram a possibilidade efetiva de construção de uma atenção substitutiva ao modelo manicomial: a criação do Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira, em São Paulo, e a intervenção na Casa de Saúde Anchieta, em Santos. Estas experiências traçam as

bases para a criação de um modelo *substitutivo* aos hospitais psiquiátricos ou manicômios. Com a promulgação da Constituição Federal, em 1988, que previa em seu artigo 196 a saúde como *direito de todos e dever do Estado* (Brasil, 1988), e a regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1990, a via contestatória ganha cada vez mais a natureza da reivindicação por direitos e serviços, conduzindo os esforços do movimento da reforma para o *redirecionamento* da Política Nacional de Saúde Mental, de uma prática privatista e opressora para a perspectiva da defesa de direitos e da humanização do cuidado.

Regulamentados em 1992, os Núcleos e os Centros de Atenção Psicossocial (NAPS e CAPS) são incorporadas pelo Ministério da Saúde, promovendo e irradiando as experiências paulistas ao nível de um modelo de estruturação de serviços extra-hospitalares, responsáveis por atendimento intermediário, isto é, situado entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar. Estes serviços serão progressivamente disseminados no território do país durante a década de noventa, seguindo uma política agora centralizada na Coordenação Nacional de Saúde Mental (Tenório, 2002). Em 2001, após uma década de considerável proliferação dos CAPS, a promulgação da lei da Reforma Psiquiátrica (lei 10.216/2001) inscreve finalmente as experiências dos novos serviços como um modelo substitutivo aos manicômios, traçando o futuro da desinstitucionalização: a redução progressiva de leitos em hospitais psiquiátricos e a expansão da rede extra-hospitalar, com serviços como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Residenciais Terapêuticos (RTs) e os Centros de Convivência.

Tudo indica que a trajetória da tradição contestatória brasileira constrói uma outra relação com o exterior da máquina estatal e com a dimensão do público. Diferentemente do caminho seguido pelos RA quebequenses, os serviços assistenciais brasileiros foram integrados a uma política de Estado, organizadora do campo assistencial. O modelo substitutivo adotado pela RP brasileira foi fruto não de uma recusa à influência do Estado, mas do desejo de ressignificação do papel dos serviços públicos de saúde no que tange à garantia de direitos e à promoção da cidadania. Se por um lado a alternativa quebequense pôde propiciar a emergência de uma abordagem autonomista em saúde mental a partir da busca de um espaço de exterioridade em relação à máquina estatal, por entender que aí a expressão da autonomia de cuidadores e pessoas cuidadas seria limitada pelo poder psiquiátrico, pela estrutura hierárquica e pela racionalidade gerencial dos serviços públicos, o modelo substitutivo brasileiro herdou do período de redemocratização e do movimento sanitarista a aposta no tensionamento com o aparelho de Estado, lutando para torná-lo mais permeável às forças sociais. Quer dizer, a via brasileira da contestação antimanicomial, irmã dos movimentos sanitaristas, apostou no redireci-

onamento da política de saúde mental e do modelo técnico-assistencial, assumindo a difícil tarefa de ocupar os lugares de poder e enfrentar as tensões inerentes à organização política do Estado. Percebe-se como a efervescência política que produziu os ideais da reforma foi, desde o início, continuamente injetada no Estado, tornando-se política institucional. As forças políticas que aqui tiveram vez optaram por uma tática distinta, que não apontava exatamente para um espaço exterior ao Estado, segundo certo movimento de “evasão”, mas para um movimento de *invasão* do Estado ou, como procuraremos mostrar, de certa introjeção, *no* Estado, do vírus do público. É esta atitude que, a nosso ver, explica a inflexão conferida à GAM em nosso dispositivo de pesquisa e que aponta para o seu modo de fazer.

## 2.3 A dimensão pública da política e a inflexão cogestiva das práticas autonômicas

### 2.3.1 Reativar a atitude contestatória

Eduardo Passos e Regina Benevides (2005) argumentam que as políticas públicas em saúde merecem ser constantemente resintonizadas com as forças constituintes do SUS, herdadas dos anos de luta contra o autoritarismo de Estado, em uma espécie de exercício análogo àquele que Michel Foucault propunha em relação à atitude (*ethos*) moderna (Foucault, 2005 [1984]). Quando lidamos com políticas *públicas* de saúde, reativar a atitude ou a força contestatória deve ganhar o sentido de manter viva a chama exterior que a máquina estatal tem por vocação apagar. O problema, ou melhor, a problematização a ser encarada é, portanto, a da relação entre Estado e política pública. Se os autores recorrem a Foucault, é porque os movimentos sociopolíticos que dispararam o processo de reformas na saúde traziam consigo uma outra atitude para com o problema do poder, desvinculando-o da “hipótese repressiva” que o centraliza na figura de uma organização política supostamente transcendente. O Estado só assume o caráter de entidade central transcendente sob a ótica de um diagrama de forças que pertence a um regime de soberania, isto é, a uma sociedade que distingue e separa o governante soberano e os súditos governados.

No primeiro diagrama, vemos um modo de governar caracterizado pela exterioridade, pela transcendência do príncipe em relação ao seu principado que ele recebe por herança, por aquisição ou por conquista e com o qual

mantém laços por tratados, por violência. Decidir a morte ou deixar viver, eis a fórmula como a violência soberana se exercia na sociedade pré-moderna. O objetivo do exercício do poder é, conseqüentemente, o de *reforçar e proteger este principado, entendido não como o conjunto constituído pelos súditos e o território... mas como [a] relação do príncipe com o que ele possui.* (Passos; Benevides, 2005, p. 564)

A doutrina do príncipe ou a teoria jurídica do soberano assenta-se sobre a descontinuidade entre o poder do governante e as outras formas de poder. A ação política aí segue uma via única, “descendente”, com o interesse de conservar o principado custe o que custar. A máquina do Estado, segundo esta tese, é percebida como *locus* de emanção do poder, de onde derivam projetos de governo e políticas públicas. A direção do poder segue, portanto, o sentido único da série Estado-governo-políticas públicas, que tem o Estado por origem ou fonte de políticas públicas, passando pela mediação contingente da instância do governo.

Com a modernidade, vê-se construir um outro diagrama de forças, irreduzível àquele do poder soberano, e surgir outras discursividades que deslocam a questão da soberania para uma problemática das artes de governar. A instância do governo muda singularmente e já não se impõe sobre um território e um conjunto de súditos, mas sobre um conjunto heterogêneo de “coisas”: governo das casas, das almas, da família, das crianças. Alteram-se os alvos do poder, ao mesmo tempo que o seu modo de ação, anuncia-se um regime de dispersão, multifocal, que distribui a arte de governar entre a totalidade dos cidadãos e traça uma nova topologia política, na qual a distância entre o foco do poder e seu ponto de incidência desaparece. Os diferentes níveis de governo aí já não podem ser separados: “Governar a nação, a família e a si mesmo são, doravante, exercícios que se realizam em um mesmo plano de imanência do poder, de tal maneira que não há mais aquela distância entre quem exerce o poder e quem o sofre” (Passos; Benevides, 2005, p. 565). O regime de poder neste plano de imanência se faz sob a forma reflexiva, numa ação de si sobre si: a ação de governar passa agora pela ação de governar-se.

Seguindo Foucault, os autores argumentam que existem três domínios das artes de governo: o governo de si ou o domínio da moral; a arte de governar a família ou a população, que constitui o domínio da economia; e a ciência de bem governar o Estado, que é o domínio da política. Mas a referência ao Estado ganha agora um outro peso e uma outra função. Como há inseparabilidade entre as artes de governo, estas se fazem de maneira contínua e em mão dupla, “indo tanto no sentido ascendente quanto no descendente” (Passos; Benevides, 2005, p. 565). No sentido ascendente, afirma-se que para governar o Estado é preciso saber primeiro governar-se, governar sua família, seu patrimônio. No descendente, indica-se que quando o

Estado é bem governado, as famílias e os indivíduos governam-se corretamente. O Estado não tem mais primazia de foco ou centro de poder, mas figura tão somente como um ponto de referência ou um nível de passagem das práticas de governo. Desta forma, a série moderna não se realiza mais no sentido único descendente, a partir da centralidade do Estado, mas é modificada pela instauração de um regime de governamentalidade multifocalizada, que toma o Estado como uma das referências para as artes de governo, sem dissociá-la de uma “dimensão pública das políticas” (*Ibid.*, p. 566). Assumindo-se a via de mão dupla da política, que vai das artes de governar à política pública e vice-versa, passando pela mediação do Estado, afirma-se a viabilidade de uma outra série: uma série governo-Estado-política pública, que destitui a primazia da origem política para orientar-se pela prevalência de uma finalidade pública. A política pública, último termo da série, é justamente aquele que confere um sentido às ações governamentais.

Não se trata de desconsiderar o papel e a força do Estado enquanto instância centralizadora, responsável pela cisão reiterada das forças políticas daquilo que elas podem. Acontece que o Estado não é “a fonte de onde emanam as linhas de capilarização do poder” (Passos; Benevides, 2005, p. 566), mas um aparelho de captura que tende a absorvê-las e interiorizá-las, destituindo-as de seu poder de interferir sobre os modos de existência para conservar-se enquanto instância soberana de decisão. A questão é saber até que ponto esta captura é capaz de apoderar-se das forças políticas criativas, principalmente quando estas portam consigo um jogo ou uma dinâmica estranha à racionalidade política do Estado. Não haveria ainda “algo que resiste a essa interiorização, algo que insiste em sua exterioridade fazendo com que a máquina do Estado se abra para o que é o seu fora” (*Ibid.*)? Seria preciso pensar este fora não em termos de espacialidade, mas em termos de uma dinâmica irreduzível aos procedimentos de centralização do poder, que tendem a barrar, inibir, proibir ou reprimir a dispersão e a pluralidade das instâncias de governo. Se há uma atitude contestatória que se inscreveu concretamente na cultura política dos anos de redemocratização e que pode ser reativada como uma experiência possível, esta consiste em abrir e estender o espaço público como um plano de exterioridade, de dispersão, de multifocalidade das artes de governo, como forma de promover alterações na experiência coletiva de gestão dos modos de existência, resistindo à homogeneização das políticas que tomam o Estado como principal referência.

Seria possível injetar o público no Estado, como um vírus, como uma dinâmica ou um modo de fazer do qual ele não possa se apropriar? É preciso desvincular a noção de público da ideia de estatal e restituir a ela sua dimensão coletiva, não apenas em relação à reunião de di-

versos atores, como em relação a sua natureza dinâmica e não previamente organizada, dimensão processual criativa onde se dissolvem os lugares sociais rígidos e de onde emergem os projetos de ação. Plano do coletivo onde se constroem, de fato e de direito, políticas públicas. Neste sentido, o aspecto de “finalidade” das políticas públicas, que deve orientar as práticas de governo segundo a direção de concretização de projetos almejados, torna-se um outro tipo de finalidade, não referida tão somente às metas, como também à própria natureza do processo, torna-se seu meio ou seu *modo de fazer*. É finalidade da política pública ou coletiva a descentralização e a multiplicação dos agentes envolvidos. Eis porque o desafio assumido pelos movimentos de transformação dos modelos públicos de atenção impunha uma redefinição nos modos de pensar e produzir saúde, acentuando o caráter de instrumento de produção de valor de uso dos serviços e fazendo corresponder os processos de produção de saúde aos processos de produção de subjetividade. Produzir saúde é produzir autonomia, produzir sujeitos autônomos, protagonizando suas forças nos processos de transformação de si e do mundo. A autonomia de trabalhadores e usuários corresponde então à capacidade destes de interferirem ativamente no processo de produção de saúde, ou, se quisermos, na própria gestão destes processos.

A tradição sanitária foi fundamental na difusão desta racionalidade. Com vistas à reforma do sistema público de saúde, ela foi marcada por toda uma elaboração acerca do papel da gestão, identificando aí um componente estratégico de intervenção sobre a organização sociopolítica que condiciona o funcionamento do sistema. A análise do regime de práticas no âmbito da saúde pública empreendida por Gastão W. Campos, por exemplo, revelava uma sombria combinação entre liberalismo médico e medicina social de Estado, duas faces de uma herança “do que há de pior” na tradição da administração sanitária (Campos, 1992, p. 112).

Por um lado, o desenvolvimento da atenção médico-hospitalar, seguindo as leis de mercado, incorporou novas tecnologias e especialidades, sem contudo alinhá-las em um processo organizado de produção. Em conformidade com a tradição médica, este modelo conservou e difundiu certo caráter artesanal do trabalho médico, mantendo o isolamento e a independência das diversas especialidades. Desta forma, ele produziu uma dualidade no fazer do trabalhador de saúde: garantia ampla margem de autonomia ao fazer profissional, considerado isoladamente, enquanto reduzia esta mesma autonomia a um mínimo, quando considerado o seu poder de decisão sobre o conjunto dos processos de trabalho. Curiosamente, tal fragmentação do trabalho é contrabalanceada por um primitivismo na gestão – ausência de planejamento e de mecanismos de controle de qualidade, imprevisibilidade de gastos e receitas etc. –,

o que acaba por favorecer a centralização do poder no corpo médico e sua enorme influência tanto sobre a organização dos processos de trabalho quanto sobre o direcionamento dos investimentos. A herança sanitária revela, assim, o predomínio do interesse privado sobre o interesse público, isto é, a *privatização* como fator histórico estruturante das práticas em saúde.

Por outro lado, o surgimento, na Europa do século XIX, de uma vertente da medicina incorporada ao Estado e encarregada dos problemas epidemiológicos relacionados ao crescimento desordenado das grandes cidades dará origem a outra tradição administrativa, alinhada a métodos e objetivos voltados ao controle da saúde da população. Esta linha de gestão da Medicina Social ou de Estado assumiu no Brasil características organizacionais semelhantes às do exército, com sua lógica de campanhas e de vigilância, legando ao sistema de saúde uma estrutura autoritária e centralizadora. A partir do pós-guerra, em busca de sua modernização, a saúde pública passa a incorporar também noções provenientes da Administração Científica, com noções e conceitos que tendem a naturalizar a separação entre a classe gestora pensante e a classe operária executora. Embora fracasse em aumentar a eficácia no combate aos problemas de saúde, a Medicina de Estado deixa sua marca pela criação de um corpo de burocratas especializado em administração sanitária, com um conhecimento específico e independente do saber da saúde. A medicina de Estado transmitiu, assim, um outro fator estruturante, relacionado desta vez à *centralização* do sistema.

Na esteira do movimento sanitário, fazer da gestão um componente estratégico para a reforma da saúde significava enfrentar este duplo desafio da privatização e da centralização do sistema. Para combatê-las, o sanitarismo propunha radicalizar um princípio estruturante do SUS: o princípio da descentralização. Cabia prolongá-la por todos os níveis do sistema, fazê-la chegar até cada unidade de saúde, permeá-la no interior de cada equipe (Campos, 1992, p. 114-115). Descentralizar a gestão, isto é, possibilitar a participação de diferentes agentes na organização dos processos de trabalho, no direcionamento das ações, nas tomadas de decisão, seria um método não apenas para limitar o grau de autonomia individual, como também para flexibilizar a estrutura autoritária do poder, incluir os usuários e fazer desta inclusão um meio de produção de saúde e autonomia coletiva. O que parece então se sobressair na tradição reformista brasileira é a sua aposta na constituição de uma política pública dispersiva, capilarizada, promovida pelos próprios gestores e pelos serviços de saúde, uma arena pública ubíqua, permeada pelo tensionamento entre as forças atuantes na estrutura burocrática e autoritária do Estado e as forças sociais desejantes de mudança. A dimensão política, como apontava Campos (*Ibid.*), torna-se imprescindível para a análise tática da transformação das práticas produ-

toras de saúde. Mas o que os sanitaristas já atentavam naquela época era a impossibilidade de se separar os processos de gestão dos processos de produção de saúde, quer dizer, a inseparabilidade entre as práticas de cuidado e a organização social dos processos de trabalho (Merhy, 1997).

Anos mais tarde, estas ideias seriam organizadas, ampliadas, ganhariam os contornos de um método. Batizado por Gastão W. Campos (2000, 2007) de método *Paidéia* ou método da *Roda*, a *cogestão* será defendida como um arranjo organizacional capaz de ampliar a capacidade de análise e de intervenção de coletivos voltados à produção. Para tanto, a *cogestão* procura incluir explicitamente as diferentes dimensões de dado coletivo em seus processos decisórios, compondo seu espaço com a heterogeneidade de instituições e posições sociais: governantes, diretores e servidores, no poder público; proprietários, gerentes e trabalhadores, nas empresas; mas também pais e filhos, professores e alunos, profissionais da saúde e pacientes, etc. É na heterogeneidade de posições e agentes envolvidos que a *cogestão* traça um espaço de decisão. Mas ela o faz tomando-o menos em função de disputas do que em relação a um espaço de formação, no qual os diferentes sujeitos adentram um processo coletivo de co-produção, dos objetos de seu fazer tanto como de si mesmos. Sem se restringir aos determinismos sociais, o método da *Roda* tem como horizonte a ampliação da capacidade de análise, com vistas a uma intervenção que promova efeitos sobre a cultura, assumindo como seu objeto a dinâmica de interferências recíprocas entre a ordem instituída e as forças instituintes.

A *cogestão* visa à criação de condições para a descentralização do poder e a consequente ampliação da autonomia no exercício do tensionamento e da abertura entre as diferentes posições hierárquicas e institucionais. A prática da *cogestão* não ignora as diversas resistências que aí podem surgir, de forma que, para o método *cogestivo*, a autonomia é sempre relativa, e não absoluta (Campos; Onocko Campos, 2006). A autonomia deve ser “quantificada”, comparada entre momentos distintos, segundo perguntas do tipo “pode-se mais do que antes?”. Além disso, a noção de autonomia, tomada como um efeito de processos de co-produção *cogestiva*, deve ser encarada do duplo ponto de vista do exercício de um governo sobre si mesmo e sobre outros. Não se trata de garantir liberdade irrestrita para quaisquer sujeitos, pois aqueles que ocupam cargos públicos influem com suas decisões sobre a vida de outros e não podem ser situados da mesma forma no espaço *cogestivo*. O desafio é conseguir limitar o exercício do poder, seja de dirigentes, seja de profissionais de saúde, mas buscando, simultaneamente, ampliar o poder de interferência de agentes destituídos de privilégios na organização dos processos de produção de saúde. A autonomia não é um princípio absoluto de inde-

pendência sobre questões de interesse privado, mas de ampliação do poder relativo de interferência sobre questões de interesse comum. Como tal, diz-se que a autonomia se amplia quanto mais as diferentes partes de um mesmo processo são integradas em relações de interdependência, quanto mais a rede de dependências recíprocas se expande, quanto mais os agentes precisam de outros para agir e são requisitados para a ação de outros. A cogestão substitui o comando centralizado por acordos, por pactuações com corresponsabilização dos envolvidos. O grau de abertura comunicacional e a realização de acordos não impostos medem o nível relativo de autonomia.

Neste sentido, produzir autonomia em espaços cogestivos deve servir como um antídoto à fragmentação dos processos de trabalho, tendo como efeito a promoção de relações de interdependência entre as diferentes funções e posições sociais. Com a ampliação da rede de dependências recíprocas, acaba-se por fazer interceder os espaços individuais de autogoverno, abrindo-os para a interferência de outros. Cada posição é passível de ser deslocada pelas posições alheias, é afetada pelas demais, intercedida pelas outras. É neste sentido que, no dispositivo cogestivo, sob o giro da Roda, a rigidez das posições da estrutura social é sacudida e desestabilizada pelo encontro com aquilo que lhes escapa, abrindo espaço a possíveis reposicionamentos. O aumento do grau de autonomia em dispositivos cogestivos deve ser encarado como um efeito de conjunto, mapeável a partir das interferências recíprocas, pelas quais ocorre a reconfiguração dos graus de interdependência de um dado grupo social organizado. A autonomia produzida nos dispositivos cogestivos não remete a uma propriedade do indivíduo ou da pessoa em primeiro lugar, mas ao *grupo*, a uma certa dinâmica de grupalidade, que confere mais ou menos abertura ao outro, que contrai mais ou menos interdependência entre os agentes, que descentraliza mais ou menos o poder de gestão.

### 2.3.2 Entre os desafios da Reforma Psiquiátrica: a GAM como estratégia cogestiva

Como vimos, a Reforma Psiquiátrica brasileira deu ensejo a um processo de desinstitucionalização que implica a desativação progressiva de manicômios e a substituição da antiga rede hospitalar por um conjunto de serviços extra-hospitais. Desde a lei da Reforma Psiquiátrica, em 2001, assistimos à consolidação das propostas de um outro modelo de assistência, com a redução de mais de 19 mil leitos psiquiátricos, entre 2002 e 2011, além do descredenciamento de hospitais psiquiátricos de baixa qualidade e da expansão da rede, que em

2011 chegou a uma cobertura de 74% da população<sup>15</sup> (Brasil, 2012). Os avanços na proposição de um outro modo de lidar com a loucura são muitos e envolvem certamente a possibilidade do cuidado em liberdade e em articulação com o território, a família e a comunidade. A declaração dos direitos da pessoa “portadora de transtorno mental” (Lei 10.216/2001, Art. 1º), instituindo mecanismos de proteção e restituindo a cidadania aos antigos pacientes psiquiátricos, abre o caminho para que estes sejam vistos agora como legítimos sujeitos de direitos. Mas a própria consolidação da Reforma traz consigo um conjunto de desafios, intensificados pelo fato de tratar-se de um empreendimento sem precedentes, uma vez que não há registro de implantação de uma reforma desta natureza em um país com as características geográficas, políticas e sociais do Brasil. Como diz Benilton Bezerra Jr. (2007), por se tratar de uma mudança paradigmática, e não apenas de mais uma proposta de modelo assistencial, os desafios se anunciam simultaneamente em planos diversos – assistencial, clínico, político, jurídico, sociocultural, formação de recursos humanos – e exigem um esforço contínuo de invenção de novas práticas e operadores, necessários para garantir os avanços do processo. Apesar das novas estruturas, antigas práticas e mentalidades persistem, mesmo que inconscientemente, já que muitos profissionais hoje integrados à rede assistencial pouco tiveram contato com o processo de luta política e ideológica que culminou na reforma, boa parte tendo se tornado adulta em um momento de grande esvaziamento da esfera política (*Ibid.*, p. 245). Além disso, a Reforma pouco parece ter afetado o fazer médico, permitindo a continuidade de sua influência, ou a manutenção, a despeito de suas críticas, do principal operador psiquiátrico contemporâneo: a prescrição medicamentosa.

Talvez o poder psiquiátrico tenha sido um tanto invisibilizado pela perda relativa de poder que os psiquiatras sofreram com a reorganização do modelo assistencial. Diferentemente do modelo asilar, em que o psiquiatra concentra em si o poder médico e administrativo, detendo a função de direção do hospital (Foucault, 2006), no modelo da reforma, o psiquiatra integra uma equipe multiprofissional e horizontal que dilui o poder diretivo do médico, na medida em que distribui o poder de gestão no grupo de trabalhadores. Apesar da discrepância entre o valor de seu salário e o das demais categorias de profissionais de curso superior em serviços de saúde, sem ocupar mais a direção e nem centralizar o poder de decisão sobre a organização do trabalho, o psiquiatra vê-se nivelado entre outros profissionais. As ações de cuidado, por sua vez, levantam muitas outras questões relativas à proposição de novos dispositivos de cuidado, descentrando a atenção da figura médica. Entretanto, retirar dos psiquiatras o po-

---

<sup>15</sup> Numa proporção de 1 CAPS para cada 100.000 habitantes.

der administrativo característico da direção e diversificar as especialidades na organização do trabalho não implica necessariamente em diminuição do poder médico ou da centralidade que este ocupa nos serviços, pois ele pode ainda se realizar sub-repticiamente. O poder psiquiátrico hoje se exerce basicamente pelo diagnóstico e pela prescrição de psicofármacos e são estas funções que fazem com que o médico continue a desempenhar um papel central nos serviços. Em nosso campo de pesquisa, percebemos a imensa discrepância entre médico e profissionais não-médicos: enquanto estes estavam referenciados a uma média de 30 usuários, o psiquiatra ocupava-se de *todos* os mais de 400 usuários que por ali passavam. Esta observação é corroborada por pesquisas como a de Ferrazza, Rocha e Luzio (2010), que demonstram a grande centralidade que o psiquiatra ocupa no conjunto dos encaminhamentos de um serviço ambulatorial, assim como a conduta invariável deste profissional. É preciso assinalar que, com este funcionamento, a qualidade da avaliação e acompanhamento dos casos é prejudicada, visto o imenso contingente de pessoas concentrado em um único profissional. Além das filas nos dias de atendimento, o retorno para reavaliação segue uma frequência baixa, durando vários meses e não havendo, neste ínterim, nenhuma possibilidade de rever ou repensar a medicação. Ademais, as consultas psiquiátricas são, via de regra, realizadas em tempo bem mais curto que os atendimentos feitos pelos demais profissionais, o que invariavelmente compromete a qualidade desse trabalho.

A prescrição de psicofármacos é um poder exclusivo de profissionais médicos, sobre a qual nenhuma outra especialidade pode interceder. Ela se elabora no espaço privativo da clínica psiquiátrica, mesmo quando esta se dá em serviços públicos, alinhados à política de saúde mental. Exercendo-se sem controle e com o aval consciente ou inconsciente dos demais trabalhadores, a prescrição medicamentosa pesa ainda mais sobre os usuários, provindos de classes humildes, com baixa escolarização e pouco poder de negociação. O saber médico é sobrevalorizado e sua palavra é assumida com força de lei, apesar da baixa frequência das consultas. Neste quadro, não raro se veem usuários apresentarem quadros de hipermedicação, agravados pelo fato de dificilmente encontrarem canais de comunicação, onde sua experiência possa ser levada em consideração. Relegada a uma espécie de “ponto cego”, a prescrição medicamentosa permanece como uma instância não reformada da Reforma, exigindo atualmente a conjugação de esforços que possibilitem uma resintonização das práticas com a atitude contestatória do movimento da reforma, a reativação desta atitude de modo a provocar novas rupturas, que voltem a trazer ar para o domínio das práticas cotidianas.

O trabalho de adaptação da GAM à realidade brasileira optou desde o início por formular uma *estratégia* cogestiva: a leitura e discussão do guia deveria realizar-se em dispositivos grupais, com ampla participação de usuários e com a presença de profissionais dos serviços, dando preferência ao convite de psiquiatras e residentes em psiquiatria. Desta forma, a pesquisa com a GAM procurava investigar os efeitos da utilização do guia tanto sobre a maneira dos usuários se posicionarem em relação ao tratamento como sobre a formação profissional. A adoção da estratégia cogestiva pela GAM brasileira como diretriz de seu trabalho se justifica, portanto, pela necessidade de continuar a produzir interferências sobre a instituição psiquiátrica, limitando a autonomia do poder médico pela ampliação do coeficiente comunicacional entre usuários e trabalhadores. Muitas são as dificuldades na concretização de uma tal proposta, o que pode ser percebido pela baixa adesão dos psiquiatras dos serviços na pesquisa com a GAM: entre as diferentes fases da pesquisa, que envolveram um total de 16 serviços<sup>16</sup>, apenas nosso grupo contou com a participação integral de um médico psiquiatra<sup>17</sup>. Apesar disso, a aposta em fazer da abordagem uma estratégia de intervenção se pauta também sobre a propagação de efeitos por outras vias, por contágio, efeitos que extravasam o espaço-tempo da pesquisa e se desdobram sobre o serviço, sobre a rede de saúde e o território. Evocar a cogestão da prescrição e do uso de psicofármacos significa abrir no cotidiano uma experiência com a dimensão pública de uma política de Estado, disparar uma dinâmica irreduzível à centralização do poder, em um plano de exterioridade sobre o qual se travam múltiplas interferências entre os agentes. É neste plano da experiência que se traçam as condições para a emergência de outros modos de cuidar de si. O desafio é fazer com que a autonomia possa ser exercitada coletivamente, na diferença entre profissionais e usuários, como forma de promover alterações na experiência coletiva de gestão dos modos de existência, por meio da corresponsabilização entre os agentes, pela construção de acordos e pactuações antes impensáveis. Talvez assim torne-se possível resistir à homogeneização das práticas, própria às tendências políticas que tomam a forma do Estado como principal referência e que separam, em todas as camadas da sociedade, uma classe governante e outra governada. Não se trata, porém, de se colocar de antemão uma meta ou um outro estado a ser alcançado, estado de coisas ideal no qual usuários administrariam adequadamente seu tratamento junto aos profissionais. A Gestão Autônoma da

---

<sup>16</sup> A primeira fase, destinada à tradução e adaptação do guia, foi realizada simultaneamente em: 1 CAPS de Novo Hamburgo (RS), 10 CAPS de Campinas (SP) e 1 CAPS do Rio de Janeiro (RJ). A segunda fase, relativa à validação do guia, foi realizada em 1 CAPS em São Pedro da Aldeia (RJ), 1 CAPS de Novo Hamburgo, 1 CAPS de Porto Alegre (RS) e 1 CAPS em São Leopoldo (RS).

<sup>17</sup> Embora diversos psiquiatras tenham participado da pesquisa, não estamos considerando aqui aqueles que faziam parte do grupo proponente.

Medicação se interessa sobretudo pela qualidade da experiência concreta e pelo acompanhamento de seus efeitos, por menores que sejam. É na micropolítica que a pesquisa com a GAM busca servir como instrumento para a contínua reativação da atitude antimanicomial, semeando a verve autonomista de sua tradição.

### 3 UM DISPOSITIVO ENTRE A PESQUISA E A CLÍNICA

#### 3.1 A dupla função do dispositivo de pesquisa

Vimos como a GAM tem por princípio o acesso à experiência dos usuários como forma de qualificar a prescrição e o uso de psicofármacos, de valorizar o saber do usuário e as significações que este confere ao tratamento, de resgatar a condição de sujeito e promover autonomia. A adaptação desta abordagem para o Brasil implicou certa inflexão de seu sentido, para pensá-la como uma estratégia de promoção de autonomia em coletivos cogestivos. Tal inflexão reflete a opção da “GAM-BR” por incluir em seu dispositivo os diferentes pontos de vista acerca da experiência com os medicamentos: não apenas a experiência de quem usa, mas também de quem prescreve e/ou acompanha o tratamento medicamentoso, ressaltando os efeitos da abordagem também sobre a formação de cuidadores.

É assim que o dispositivo de pesquisa, chamado de Grupo de Intervenção (GI), foi desenhado para incluir a participação de pesquisadores, usuários, profissionais e familiares<sup>18</sup> de serviços de saúde mental. Os Grupos GAM, como foram chamados, foram realizados nas diferentes cidades em que se situavam os grupos de pesquisa. O serviço que colaborou com nossa pesquisa foi indicado pela Secretaria Estadual de Saúde, em um processo de negociação que buscou favorecer serviços situados no interior do estado do Rio de Janeiro, que, pela distância das universidades da capital, são menos contemplados com ações de pesquisa. O CAPS Casarão da Saúde, situado em São Pedro da Aldeia, foi escolhido com base na informação de que lá encontraríamos um psiquiatra afeito ao ideário da reforma, o que facilitaria a sua participação. Podendo contar com a adesão do psiquiatra, nosso grupo de intervenção contou também com a participação de cerca de 10 usuários (a quantidade de usuários participantes teve leves oscilações ao longo do tempo), uma terapeuta ocupacional e três pesquisadores. O GI durou pouco mais de oito meses, tendo sido realizados ao todo 27 encontros semanais.

Desejamos agora nos deter sobre a operacionalização da estratégia no dispositivo de pesquisa, buscando explicitar melhor a caracterização de seu fazer. De nosso ponto de vista, este fazer singular se situa em uma espécie de “fronteira”, em um limiar onde a atividade de pesquisa se apresenta de maneira complexa. Por um lado, como dispositivo de pesquisa, o GI

<sup>18</sup> Ao lado do GI com usuários e trabalhadores, foi também realizado um GI com familiares e trabalhadores do CAPS. A separação de usuários e familiares se deveu ao entendimento de que a presença dos familiares poderia inibir ou dificultar a fala dos usuários e do reconhecimento de questões específicas a cada grupo.

funciona como principal instrumento de produção de dados. Seu formato remete a uma utilização flexível da metodologia dos Grupos Focais, tal como experimentada em um outro projeto de pesquisa<sup>19</sup>. Por outro lado, a natureza da intervenção, como processo de protagonização dos sujeitos a tomar a palavra, a se posicionar no grupo, a compartilhar suas experiências e acolher a de outros, a participar ativamente da gestão de seu tratamento, enfim, tudo isto remete a um fazer próprio de uma perspectiva clínica que se pode chamar de clínica ampliada (Campos, 1997). O dispositivo de pesquisa assume, então, um fazer complexo, que articula em si a dupla função de *produzir conhecimento e produzir cuidado*, de tal forma que não lhe é possível dissociar a ação de conhecer da ação de cuidar. Na pesquisa com a GAM, conhecimento é cuidado, ou seja, a pesquisa é indissociável da clínica. Do ponto de vista do “trabalho de campo”, o fazer da pesquisa não é senão o ato de colocação da estratégia clínica da GAM em ação, em avaliação: é validar a GAM<sup>20</sup>. Inversamente, os efeitos da intervenção com a GAM se desdobram em produção de dados de pesquisa, de forma que há identidade entre os *dados* da pesquisa e da clínica. Como descrever este fazer e como definir a natureza destes dados?

A GAM, como estratégia de intervenção sobre as práticas de prescrição e uso de psicofármacos, depende antes de tudo da criação de condições para a prática da cogestão. Como proponente, o grupo de pesquisadores adquire a função de implementar uma abordagem de cuidado. Desta forma, a condução do dispositivo ou, em terminologia clínica, o *manejo* dos Grupos GAM, concentra em si o know-how da abordagem, mas também a função de servir à sua difusão. Por isso, o seu saber-fazer deve se exercer de modo a se tornar um “fazer-saber”, uma ação geradora de saber, um *modo de fazer* compartilhável, capaz de ser difundido. Inicialmente localizado na equipe de pesquisa, o manejo procura se descentralizar, distribuir-se no grupo<sup>21</sup>. Se desejamos descrever o modo de fazer da pesquisa devemos, portanto, descrever as ações que o manejo realiza no âmbito dos Grupos de Intervenção.

O manejo se encarrega de guiar os diferentes participantes em direção à experiência, quer dizer, à observação de atos e condutas subjacentes às práticas usuais de cuidado – entre elas a prescrição e o consumo de psicofármacos – e que sustentam estas práticas. É nesta camada experiencial que podemos encontrar um saber singular, via de regra desconsiderado

---

<sup>19</sup> Cf. Miranda et al. (2008). Voltaremos a este ponto ao fim de nosso capítulo 5, quando fizermos a análise do dispositivo dos Grupos Narrativos.

<sup>20</sup> Validar a GAM significa avaliar se ela produz os efeitos que dela se espera. Voltaremos ao tema da validação adiante e, mais profundamente, em nosso capítulo 5.

<sup>21</sup> Também voltaremos a esta noção de manejo cogestivo, ao discutirmos os efeitos da pesquisa sobre o dispositivo. Cf. capítulo 5.

mesmo por quem o vivencia. O *acesso* a este saber se dá mediante sua “explicitação” (Renault; Passos; Eirado, *no prelo*) na fala, porém este não se expressa como se existisse sob a forma de um conteúdo todo pronto e já formado. A explicitação é um processo de descobertas, as quais envolvem tanto a formação de conteúdos quanto a expressão de tonalidades experienciais. Não é tanto o *quê*, mas o *como* que se busca no acesso à experiência: como eu durmo, como eu acordo, como eu faço quando... etc. Esta dimensão expressiva da experiência tem a importância de nos informar sobre os modos de ser e de agir, as posições subjetivas ou desejantes implicadas em cada relato. Além disso, não basta abrir caminho à expressão: o manejo busca igualmente propiciar o *compartilhamento* das experiências no grupo, no intuito de facilitar a construção de um plano afetivo transindividual, plano comum que a todos implica<sup>22</sup>. Ao manejo cabe ajudar a encontrar o que há de comum e de diferente entre as experiências, como se procurasse reunir, sem confundir, os diferentes pontos de vista do grupo. Sendo assim, a função do dispositivo de pesquisa não pode ser reduzida à mera coleta de informações, como se seus dados preexistissem a seu fazer. As ações do manejo estão em correlação com os efeitos gerados no dispositivo. Sua função é em primeiro lugar propiciar as condições para a co-gestão da experiência, facilitando a emergência de uma grupalidade inclusiva, favorável à protagonização dos sujeitos (Melo; Schaepi; Soares; Passos, 2015). O manejo trabalha para ampliar o “coeficiente comunicacional”, para usar um termo de Félix Guattari (2004) ao qual voltaremos logo adiante, e dar passagem para experiências e significações frequentemente excluídas, negligenciadas ou inibidas, ampliando o conjunto de “coisas” governáveis, que passam a pertencer a um mesmo domínio de gestão compartilhada.

O dispositivo de pesquisa é primeiramente um dispositivo de criação de condições coletivas para a protagonização dos sujeitos. Ele destina seu espaço à *tomada da fala* pelos usuários, buscando incluir o que comumente é deixado de fora na gestão do tratamento. Incluir a fala excluída ou desprestigiada dos usuários é possibilitar o resgate da sua condição de sujeito, restituindo-lhes o direito à participação na gestão de seu próprio mundo. Mas é preciso acompanhar esse processo de protagonização no dispositivo, discernindo certas qualidades de fala e certas atitudes que lhes correspondem. É a qualidade da fala que deve nos permitir “estimar subjetivamente”, para usar uma expressão de Bezerra Jr. (2007, p. 245), as diferentes posições do desejo e os diferentes graus de autonomia e co-gestão do grupo. Como dissemos, a função do dispositivo não é tomar os dados de experiência como meras informações ou dados objetivos: não é tanto o *quê*, o conteúdo da fala, que interessa, mas o *como*. O conteúdo da

---

<sup>22</sup> Abordaremos esta ideia de um plano afetivo transindividual ou coletivo no próximo capítulo.

fala deve sempre ser tomado em correlação com sua expressão, com certo modo de dizer, que nos indica a atitude daquele que fala. É neste sentido que consideramos haver identidade de natureza entre os dados da pesquisa e da clínica. Eles dizem respeito principalmente aos *dados de fala* e à expressão das posições de fala que implicam o desejo.

Há, portanto, uma mesma matéria a ser considerada do duplo ponto de vista da pesquisa e da clínica, a qual chamamos *narrativas*. Na verdade, a clínica e a pesquisa em saúde mental misturam-se na natureza de um fazer que é ele próprio narrativo, visto que é através de narrativas que tanto se operam as intervenções analíticas quanto se elaboram e se transmitem os dados de pesquisa. Clínica e pesquisa se acham imersas em narrativas, ambas interessadas em certa arte das interpretações, ou melhor, em certa política de narratividade:

No trabalho da pesquisa e da clínica, de alguma forma, é sempre de narrativas que tratamos. Os dados coletados a partir de diferentes técnicas (entrevistas, questionários, grupos focais, observação participante) indicam maneiras de narrar – seja dos participantes ou sujeitos da pesquisa, seja do pesquisador ele mesmo – que apresentam os dados, sua análise e suas conclusões segundo certa posição narrativa. O que os pacientes dizem na situação de análise, o que os terapeutas levam para suas supervisões, o que os supervisores contam do que ouviram, tudo isso implica tomada de posição numa certa política de narratividade. (Passos; Benevides, 2009b, p. 150)

É preciso tomar uma posição em relação à política de narratividade quando a pesquisa é considerada pesquisa-intervenção. Procuraremos mostrar como pesquisa-intervenção e política de narratividade configuram duas “pistas” metodológicas para a investigação que não se pretende mais sob a égide da representação. A atitude representacional, largamente difundida nas pesquisas acadêmicas, implica a separação entre sujeito e objeto do conhecimento, entre teoria e prática, de tal modo que o conhecimento não é para ela mais do que o simples reconhecimento de uma realidade já dada. Sua posição discursiva se situa “acima” desta realidade que ela faz de objeto e que ela busca representar fidedignamente, sem nada interferir ou acrescentar. Visando garantir sua imparcialidade, a atitude representacional se vale de um discurso de terceira pessoa que se pretende neutro ou transparente, como um discurso puramente constativo ou descritivo<sup>23</sup>. É uma *fala sobre* o objeto, um discurso que toma os dados à distância,

<sup>23</sup> Temos em mente o debate entre metodologias de primeira e terceira pessoas, como discutido por Varela e Shear (1999). Para estes autores, as metodologias de terceira pessoa concernem à produção de descrições sobre objetos do mundo, ou “coisas lá fora” (*things out there*), mas o faz como se tais descrições se referissem às coisas independentemente de como estas aparecem *para* um observador. As descrições geram um ponto de vista impessoal e desencarnado, domínio de uma “Ciência Natural”. As metodologias de primeira pessoa, por sua vez, remetem a fenômenos que não podem ser separados do ponto de vista de um observador. Neste sen-

como que para garantir sua pureza. Mas, na pesquisa-intervenção com a GAM, vimos que o dispositivo de pesquisa intervém ativamente para alterar as condições coletivas que sustentam os modos de cuidar. Para ela, não é possível ignorar a implicação entre sujeito e objeto ou entre teoria e prática, visto que a realidade que ela pesquisa é a mesma que ela cuida. Por isto, sua tomada de posição narrativa não poderia continuar a se situar acima dos sujeitos, mas, diríamos, deveria se colocar “ao lado” deles, em acordo com a atitude cogestiva de descentralização e multiplicação dos focos de referência. Seu discurso deve assumir a qualidade de uma *fala com* – e não de uma *fala sobre* ou uma *fala por* –, adotando uma posição lateral a partir da qual a pesquisa expressa seu avizinhamiento dos sujeitos de pesquisa e transforma o *encontro* entre os sujeitos em seu próprio objeto de conhecimento (Passos; Benevides, 2009b, p. 151). A natureza processual desse encontro, como veremos, acaba por exigir da pesquisa que ela lance mão de outras formas de expressão ou de outras políticas narrativas, que fazem da escrita de seus relatos um campo de intervenção tão importante quanto aquele mobilizado pelo dispositivo de pesquisa.

### 3.2 A pesquisa-intervenção e a irrupção da loucura

Foi contra esta atitude representacional, largamente difundida nas pesquisas acadêmicas, que um coletivo de pesquisadores brasileiros se reuniu entre os anos de 2006 e 2009 para mapear o que entendiam como “pistas” de um método de pesquisa interessado em investigar *processos* (Passos; Kastrup; Escóssia, 2009). Com esta noção de processo, pretendiam lançar luz sobre toda sorte de eventos irreduzíveis a estados de coisa. Os processos se referem a mudanças, a transições, a transformações, quer dizer, a tudo aquilo que se passa *entre* estados de coisa. Por sua natureza, são melhor expressos por gerúndios do que por substantivos: não remetem a *dados* de pesquisa, mas a um *se dando*. Os processos remetem a uma dimensão temporal que nos evidencia movimentos moleculares do real, os quais preparam os acontecimentos e engendram a própria realidade (Passos, Kastrup, Escóssia, 2009, p. 10).

Buscando referência no conceito de cartografia, apresentado por Gilles Deleuze e Félix Guattari na introdução de *Mil Platôs* (1995a), o coletivo de pesquisadores buscava encontrar uma atitude (*ethos*) metodológica concernente à investigação de processos. Ao contrário

---

tido, a transmissão dos eventos de primeira pessoa faz com que estes dependam estreitamente de suas descrições.

da atitude representacional, este *ethos* da pesquisa não deveria portar as pretensões de purificação do objeto de estudo, nem de sua unificação e totalização em um discurso verdadeiro. Com a cartografia, a atitude não é a de estabelecer previamente regras ou protocolos que protejam o conhecimento de toda interferência indesejada, mas uma atitude que se coloca como princípio a *experimentação* da realidade em meio a todas as interferências. Atitude experimental, cuja fórmula é a da “subtração do único” ( $n-1$ ), isto é, do componente de unificação e totalização do pensamento, via de liberação dos elementos heterogêneos da realidade, doravante percebida como um plano de composição sem centro e em perpétua diferenciação: “plano de diferenças e plano do diferir frente ao qual o pensamento é chamado menos a representar do que a acompanhar o engendramento daquilo que ele pensa” (*Ibid.*). O mapa da cartografia é um mapa móvel, composto dos percursos que vão se traçando na pesquisa, dos processos que se inscrevem de maneira singular, sempre em conexão variável com os demais. É assim que não nos apoiamos em regras invariáveis, mas em pistas que nos guiam pelo caminho aberto pela experimentação. Admitimos, portanto, que não apenas a escolha de cada uma das pistas aí produzidas pode resultar isoladamente em arranjos novos e inesperados, segundo o campo específico e os problemas que formulamos, como a combinação de tais pistas entre si e com outras referências nos levam a outros agenciamentos possíveis, de modo que a cartografia se apresenta como um sistema conectivo aberto e mutante.

A primeira pista que tomamos está relacionada à ideia de *pesquisa-intervenção*, termo cunhado por Eduardo Passos e Regina Benevides (2009a) em remissão às correntes do institucionalismo francês levadas a cabo principalmente por autores como René Lourau e Félix Guattari. A pista da pesquisa-intervenção tem como intuito afirmar a inseparabilidade entre conhecer e fazer ou, dito de outro modo, entre pesquisar e intervir. “Toda pesquisa é intervenção” é o lema de uma recusa radical aos ideais de objetividade, neutralidade e imparcialidade do conhecimento. Mas, para os autores, não basta admitir a incontornabilidade da intervenção. É preciso mergulhar na experiência, lançar-se neste campo de imprevisibilidade em que efeitos inesperados intervêm no processo de pesquisa. É preciso admitir que todo processo de pesquisa produz, desencadeia efeitos diversos, não apenas sobre o objeto da pesquisa, como sobre o pesquisador e sobre o processo de produção de conhecimento.

São os efeitos da intervenção que nos guiam no processo de pesquisa, indicando as alterações na dinâmica do jogo de forças que se correlacionam na instituição. Sabe-se que a tradição institucionalista põe em evidência as relações entre experiência individual e instituição social, reconhecendo a dependência da experiência individual em relação a um domínio soci-

al, artificialmente construído (Deleuze, 2006b). O domínio da instituição incorre por vezes em sua redução à esfera do instituído, mas traz sempre consigo potências instituintes (Lourau, 2004). O que a pesquisa-intervenção faz é empregar meios igualmente artificiais para desbloquear as forças instituintes e propagar processos de institucionalização (Passos, Benevides, 2009a, p. 26). O dispositivo de pesquisa remete-nos para este artifício da pesquisa-intervenção: certo arranjo de instrumentos, funções, coisas e pessoas que reorganiza as condições da experiência em função da desestabilização do meio institucional, com vistas à liberação de forças potenciais. Mergulhamos na experiência quando nos dispomos a habitar uma região existencial na qual nos achamos já implicados naquilo e com aquilo que nos aparece, ou quando acessamos um campo de implicações cruzadas com aqueles com quem nos vinculamos. Nesta região, descobrimos o espaço próprio sobre o qual os efeitos desencadeados se propagam e a natureza desta propagação: não se trata de uma transmissão de conteúdos racionais formados ou informações, mas de afetos e intensidades, forças propagadas por contágio, mais do que por intenção ou vontade. Como dizem Passos e Benevides (2009a): “O que Lourau designa de implicação diz respeito menos à vontade consciente ou intenção dos indivíduos do que às forças inconscientes (o inconsciente institucional) que se atravessam constituindo valores, interesses, expectativas, compromissos, desejos, crenças, isto é, as formas que se instituem como dada realidade” (p. 20).

Para a pesquisa-intervenção, o pesquisador deve orientar-se em direção ao “campo implicacional” (Passos; Benecides, 2009a, p. 25) em que todos se acham envolvidos. Neste sentido, ele procura tornar-se sensível às alterações que se processam em sua própria experiência, aos momentos em que seu corpo é afetado. É porque, quando em conexão com o campo de implicações, as alterações na potência de um corpo podem indicar também processos de ordem coletiva e institucional, de modo que a matéria subjetiva pessoal se acha atravessada por uma rede de implicações institucionais. A “análise de implicações” (Lourau, 2004), isto é, o exame das relações que estabelecemos com a pesquisa, assume então o duplo valor de produzir dados de pesquisa e intervenções analíticas, que se operam também sobre a dinâmica inconsciente da instituição, alterando a correlação de forças que sustentam dada realidade institucional. Buscando investigar processos, a pesquisa torna-se ela mesma processual, tendo como objeto um horizonte móvel de análises de implicações que exprimem as movimentações de uma realidade institucional complexa. O recurso à análise de implicações produz dados de pesquisa, informa-nos sobre os diferentes processos em jogo, mas é não menos indispensável ao cuidado com pesquisadores e com o dispositivo de pesquisa, na medida em que analisar as

implicações do manejo do dispositivo se torna uma espécie de requisito para garantir a direção de acesso à experiência. As supervisões de pesquisa, por sua vez têm, uma função clínica e sua análise se desdobra no duplo sentido de análise de dados de pesquisa e análise de atitudes e implicações dos pesquisadores com os sujeitos e com o exercício do pesquisar.

É preciso, portanto, ser afetado. Como diz Favret-Saada (1990), a modalidade de ser afetado é o elemento que permite fazer da participação um instrumento de conhecimento, o que só ocorre quando investimos nossa própria existência na parceria que construímos. Ser afetado é experimentar os efeitos reais de um encontro, os quais se exercem sem distância, efeitos sobre nosso próprio corpo, efeitos que nos deslocam e intrigam. Esta modalidade de comunicação não passa pela vontade ou pela intenção, mas diz de processos involuntários que se fazem a despeito de nós. A pesquisa-intervenção, com sua disposição crítica e clínica para a produção do conhecimento, busca incluir as alterações afetivas desencadeadas no corpo do pesquisador como índices do acesso ao “plano coletivo de forças” (Escóssia, Tedesco, 2009). Sobre isto, nossa pesquisa-intervenção com a GAM merece uma consideração.

No processo de pesquisa, entramos muitas vezes em contato com certa irrupção de forças que não conseguem se expressar senão por uma espécie de extravasamento sem medida, como uma transgressão no gesto ou na palavra<sup>24</sup>, perturbadora e sem lugar. Em certo sentido, seria preciso considerar que estas perturbações atingem não somente o corpo do pesquisador como também o da pesquisa: quer dizer, seu dispositivo ou seu arranjo teórico-prático podem ser desestabilizados pela irrupção de determinadas forças que, no processo de pesquisa, vêm perturbar e colocar em questão os seus pressupostos. As forças que movem esta contínua perturbação variam de acordo com o campo de pesquisa e é preciso situá-las a cada vez. Uma vez situados no campo da saúde mental, lidamos com as forças da *loucura*. A loucura, esta alteridade radical em torno da qual nossa sociedade construiu alguns dos mais emblemáticos modos de se relacionar com o outro, deve ser considerada como fator de intervenção sobre a pesquisa e seu arranjo teórico-prático. É sob a luz da loucura, ou antes, de sua escuridão, que devemos auscultar os signos de cada perturbação, vendo nesta a irrupção de uma alteridade, de um outro que afronta os limites do que somos capazes de sentir, de pensar e de dizer. A perturbação torna-se, assim, uma espécie de portal para o ultrapassamento de dada racionalidade:

<sup>24</sup> Conforme nos foi apontado por Roberto Machado (2000), a compreensão da loucura em relação com uma experiência transgressora acha-se no pensamento inicial de Michel Foucault, quando este se encontrava imbuído do vocabulário de autores como Georges Bataille e Maurice Blanchot. Retornaremos a esta formulação em nosso capítulo 5, quando exploraremos um texto de Foucault de 1964, em que ele mostra como a loucura, tendo sido historicamente referida aos interditos de linguagem, remete-nos a uma transgressão cujo funcionamento se realiza como uma operatória de linguagem, e que esta operatória pode ser encontrada também na literatura, sendo, portanto, passível de uma “recriação estética”.

uma experiência. Em outros termos, a análise da irrupção das forças de perturbação deve ter em consideração a loucura como chave para a experiência de desestabilização. A experiência disruptiva, quer dizer, a perturbação e o transbordamento que constituem as marcas de um processo de pesquisa-intervenção em saúde mental, pode ser encarada como o estabelecimento de uma comunicação, de uma participação, de um acesso à experiência da loucura.

Dedicaremos um espaço em nosso trabalho a compreender o que chamamos experiência da loucura e a pensar como a inclusão desta experiência requer certo esforço também no nível da política de narratividade. Por ora, situemos o que significa considerar que o próprio dispositivo de pesquisa também sofre os efeitos da intervenção ou como podemos apreender as perturbações e os transbordamentos no dispositivo de pesquisa.

Se empregamos a noção de dispositivo é, em primeiro lugar, porque queremos destacar o caráter artificial inerente à situação social que se configura no contexto do Grupo de Intervenção. Da mesma forma que a instituição pode ser considerada um meio artificial, socialmente construído, com toda sua estrutura e sua dinâmica de regulação das ações, com sua função social, suas leis, contratos e acordos, o dispositivo de pesquisa envolve certa montagem artificial das condições da experiência, que implica a *contratação* do sentido de seu trabalho com diversas esferas institucionais e com todos os participantes. Uma definição como a que Lev S. Vigotski dá do dispositivo tem para nós o valor de destacar a natureza artificial da ação humana, distinguindo, entretanto, os dispositivos dos instrumentos técnicos ou ferramentas: enquanto estes servem para dominar a natureza, os dispositivos sociais ou “instrumentos psicológicos” são destinados ao domínio dos processos psíquicos, próprios ou alheios. A acepção que Vigotski (2004) confere à noção de instrumento psicológico é a mais larga possível: “a linguagem, as diferentes formas de numeração e cálculo, os dispositivos mnemotécnicos, o simbolismo algébrico, as obras de arte, a escrita, os diagramas, os mapas, os desenhos, todo tipo de signos convencionais etc.” (p. 94). Qualquer coisa pode assumir função de dispositivo, desde que adquira um sentido social e que se encarne na atividade de seu usuário, transformando-se em um instrumento de autorregulação do psiquismo. Em outros termos, tudo aquilo que “inserimos” no dispositivo de pesquisa e que configura o seu arranjo teórico-prático – como o guia GAM, a composição heterogênea do grupo, a operação de manejo – tudo isto pertence a uma paisagem social reguladora da ação de pesquisadores e sujeitos de pesquisa. Este arranjo é construído, em parte, no processo de contratação com os agentes, a partir da (re)definição das minúcias do trabalho e da corresponsabilização dos sujeitos com sua execução. A contratação não apenas precede a execução do trabalho, mas se continua ao longo de

todo o processo, como um movimento de recolocação em pauta do sentido do trabalho. É por uma montagem das condições da experiência que o dispositivo permite canalizar o regime de relações em dada instituição e criar meios para sua autorregulação compartilhada ou sua co-gestão.

Essa montagem do dispositivo certamente não se assemelha a uma construção técnica ou mecânica, mas pode ser encarada de certo ponto de vista como expressão de uma tecnologia. Emerson Merhy (1997; 2007) entende que o trabalho em saúde é composto de diferentes níveis tecnológicos, distribuídos em função de seu grau de estruturação: as tecnologias leves ou relacionais, as tecnologias leves-duras ou semi-estruturadas e as tecnologias duras ou normativas. As tecnologias leves são próprias ao trabalho vivo, atividade que se desempenha em ato, segundo saberes flexíveis e regras facultativas. As tecnologias leves-duras concernem a saberes bem estruturados que operam nos processos de trabalho em saúde (como a clínica médica, a psicanálise, a epidemiologia etc.). As tecnologias duras, por sua vez, remetem a máquinas e equipamentos, instrumentos mortos que necessitam de trabalho vivo para produzirem. Ao contrário das outras, as tecnologias leves implicam necessariamente uma tecnologia relacional que põe acento sobre a dimensão não estruturada do cuidado. Remete a práticas como a constituição de vínculo, o acolhimento, a construção de estratégias compartilhadas de cuidado, a promoção da autonomia, a distribuição do poder com descentralização da gestão etc. Neste sentido, pode-se dizer que o dispositivo de pesquisa-intervenção é montado como um dispositivo tecnológico, interessado em certa dimensão da produção de saúde que requer um saber flexível não estruturado.

A montagem do dispositivo se relaciona primeiramente com o processo de contratação da pesquisa, na medida em que este se realiza nos diferentes níveis institucionais e com os participantes, configurando o meio de produção de um sentido comum, ainda que não homogêneo, de uma atividade partilhada que implica a corresponsabilização de todos os participantes. Em nosso caso, a contratação partiu da esfera institucional, tendo sido acordada primeiramente com a Secretaria Estadual de Saúde, depois com a Coordenação da rede de saúde mental do município em que se situava o serviço escolhido, passando então pela equipe de trabalhadores do serviço, a assembleia de usuários e familiares, até chegar ao grupo de participantes. A construção do dispositivo tecnológico remete-nos, desta forma, à adesão de múltiplas esferas institucionais. A pactuação do sentido da pesquisa nestes diferentes níveis implicou todo um trabalho prévio de esclarecimentos, de consentimentos e de negociações, que precederam a realização do dispositivo, mas também que foram continuados no processo de inves-

tigação. A construção do sentido da pesquisa e do Grupo de Intervenção é, na verdade, objeto de uma atenção contínua, recolocada muitas vezes ao longo do processo de pesquisa, como modo de reorientar o grupo em relação à tarefa contratada: ler e discutir o guia, refletir juntos sobre os modos de tratamento, pensar possíveis alternativas ou ajustes etc. Porém, o que a irrupção das forças da loucura vêm mostrar é que todo esse arranjo está sempre sujeito a ser desarranjado, desmontado, transgredido por forças que ele não pode controlar.

De que modo estas irrupções comparecem no grupo? Para abordá-las, consideraremos a dinâmica expressiva das narrativas dos sujeitos. De modo geral, o que ganha primeiro plano quando buscamos acessar as experiências com o uso de medicamentos psiquiátricos é certa tonalidade expressiva centrada em vivências pessoais. Os sujeitos narram suas histórias de vida a partir de um ponto de vista autocentrado, que delimita um campo de personalidade e de identidade daqueles que se exprimem. Esta dimensão pessoal e autocentrada surge em consonância com a própria estrutura do Guia GAM, recheado de questões voltadas a auxiliar os sujeitos a discriminarem nuances subjetivas de suas experiências, no intuito de reconhecerem possíveis efeitos desejáveis e indesejáveis das substâncias, de mapearem as principais questões que afetam seu bem-estar, bem como os recursos disponíveis etc. Contudo, o compartilhamento das experiências no grupo promove rapidamente um outro tipo de narrativa, afetada por certo “embaralhamento” com as narrativas de outros. Em uma mesma narrativa, percebe-se a complexificação e o adensamento da esfera do sentido, como se nela se inserissem fragmentos de outras vozes, revelando um campo de elementos pré-individuais que se imiscuem por todos os lados. Esta dinâmica transindividual se torna ainda mais acentuada pelo fato de certos processos enunciativos escaparem à lógica habitual da conversação, suscetíveis a uma produção narrativa não linear: o *delírio* comparece no grupo intensificando, acelerando e multiplicando as conexões entre fragmentos dispersos. Estranhas substituições de palavras, inversões de sentidos, neologismos, enfim, toda sorte de procedimentos de linguagem promove uma narrativa plurirreferenciada e polifônica, impulsionada por um movimento de deriva que não para mais de fazer deslizar o sentido.

Esta dinâmica grupal tende não raro a extrapolar o “foco” da pesquisa. Questões institucionais, sociais, históricas, políticas, religiosas, familiares, relacionais, o poder médico, o estigma e a discriminação, enfim, toda sorte de temas afloram nos discursos, ampliando o campo de intervenção e expondo a heterogeneidade da experiência do uso de psicofármacos, que se estende para além dos problemas restritos ao corpo e à consciência. O que parece é que o acesso à experiência de uso de medicamentos nos abre um portal para toda uma rede de in-

terações que, no discurso tresloucado do grupo, emerge de maneira embaralhada e delirante. Não é que o dispositivo não funcione, mas o seu arranjo cogestivo, pela própria natureza de seu trabalho, é frequentemente desarranjado pela pressão que determinadas forças operam para se expressar. Algo no grupo excede à conformação cogestiva, dando testemunho de forças não compreendidas que arriscamos deixar de fora da investigação se não flexibilizamos nosso foco.

Parece-nos que, principalmente nestes momentos de grande intensidade, a forma da comunicação e o estatuto da palavra merecem ser considerados, de modo a reencontrarmos a positividade do que chamamos “desarranjo” ou “perturbação”. Entramos imediatamente em contato com o que Félix Guattari denominou *agenciamento coletivo de enunciação*: uma produção discursiva que não pode ser referida simplesmente a um sujeito de enunciação, visto que ela é descentralizada, promovida por uma rede de entrecruzamentos múltiplos e inconscientes<sup>25</sup>. Os sujeitos aí não produzem os enunciados: eles são, antes, efeitos desta co-produção discursiva. Neste sentido, a tomada de fala e as posições do desejo<sup>26</sup> tornam-se suscetíveis a um regime comunicacional cuja dinâmica é a da *transversalidade* (Guattari, 2004), quer dizer, o posicionamento dos sujeitos torna-se passível de ser desestabilizado por fragmentos semióticos deslocalizados, que podem vir de qualquer parte. A emergência desta dinâmica da transversalidade significa que as mensagens não seguem mais um único sentido, de um sujeito a outro, nem obedecem à estrutura social hierárquica, segundo a qual “fala quem pode, obedece quem tem juízo”. Quando há transversalidade, quer dizer, quando o coeficiente comunicacional aumenta no grupo, as mensagens podem fluir em todos os sentidos e interferir em todas as posições, desenhando uma linha de comunicação transversal entre o eixo vertical que hierarquiza os diferentes e o eixo horizontal que lateraliza os semelhantes. Logo, é esta dinâmica que se põe à mostra quando o acesso e o compartilhamento da experiência no espaço grupal atingem um máximo de abertura comunicacional.

<sup>25</sup> O primeiro esboço do conceito de agenciamento coletivo de enunciação aparece já nos primeiros escritos de F. Guattari, quando de sua colaboração com o movimento da Psicoterapia Institucional. Neste momento, sua principal preocupação é postular uma outra compreensão do sujeito do inconsciente, determinada em relação aos problemas de grupo que o ocupavam e que diziam respeito, basicamente, à articulação entre o trabalho clínico em grupos terapêuticos e a ação política de grupos militantes (Cf. Sibertín-Blanc, 2006; Deleuze, 2006b). Outras formulações deste conceito, porém, quando de sua colaboração com o filósofo Gilles Deleuze, levam-no a outros contornos, por exemplo, quando articulado à literatura de Franz Kafka (Deleuze; Guattari, 1977) ou à revisão que os autores fazem dos postulados da linguística em Mil Platôs (Deleuze; Guattari, 1995b). Voltaremos de forma mais detida a este conceito em nosso próximo capítulo.

<sup>26</sup> Em nosso próximo capítulo, veremos que Guattari (2004) propõe a distinção de duas posições do desejo, relacionadas à subjetividade de grupo. A distinção entre grupos-sujeito e grupos-sujeitados nos servirá como ferramenta de orientação em relação à dinâmica grupal.

Embora o aumento do coeficiente comunicacional demonstre uma abertura do grupo a experiências frequentemente excluídas, barradas ou inibidas por certa organização das práticas, percebe-se o quanto esta louca deriva enunciativa promove um processo de caotização grupal, que acaba por colocar em risco não apenas a exequibilidade da pesquisa, como o próprio grupo e as condições mínimas de sua cogestão. Intensificada pelo delírio, a transversalidade aumenta as misturas e lança o grupo em um movimento de desterritorialização, para usar outro termo de Guattari, que não raro extravasa o sentido imediato da pesquisa. Paradoxalmente, este movimento acaba por restituir à pesquisa o seu sentido próprio, justamente o de uma intervenção em saúde mental que, na esteira da tradição antimanicomial, busca reativar a atitude contestatória que inscreve em nossa breve história a dupla marca de um desejo de transformar a cultura e os serviços públicos de saúde, abrindo um espaço de exterioridade em relação tanto às formas instituídas de relação com a loucura quanto às formas de organização e de gestão do cuidado.

### **3.3 Por uma narrativa polifônica**

#### **3.3.1 Um procedimento para dissolver o ponto de vista do observador**

Eis, portanto, as principais consequências de nossa primeira pista: a inseparabilidade entre pesquisar e intervir, a propagação de efeitos não apenas sobre o objeto de pesquisa, como sobre os sujeitos que dela participam e os dispositivos de que lança mão. A segunda pista metodológica que suscitamos é a da política de narratividade. Toda pesquisa exige, como dissemos, certo posicionamento em uma política narrativa. Na pesquisa-intervenção com a GAM, este posicionamento pressupõe que possamos responder à pergunta: como fazer para comunicar os processos desencadeados pelo dispositivo de pesquisa? Esta pergunta ganha especial relevância se levarmos em conta a importância da análise de implicações<sup>27</sup>, como instrumento de explicitação de um plano experiencial compartilhado, e da transversalidade, como aumento do coeficiente comunicacional no grupo, intensificado particularmente pela expressão de forças da loucura. A pergunta poderia então ser reformulada da seguinte forma:

<sup>27</sup> Por análise de implicações entendemos um procedimento de pesquisa correlativo e complementar ao mergulho no plano de implicações. Como veremos em nosso capítulo 5, o mergulho deve ser contra-efetuado por uma atitude analítica que coloca em questão os efeitos da experimentação.

que posição narrativa assumir na construção de nosso relato de pesquisa, quando afirmamos que o processo de pesquisa-intervenção é particularmente marcado pela construção de um plano comum da experiência, em que não há mais separação entre sujeito e objeto do conhecimento, mas agenciamentos coletivos de enunciação?

O método cartográfico, interessado em descrever processos mais do que estados de coisa, deve ser capaz de articular em sua direção metodológica não apenas as ideias de transversalidade e de implicação, como a de dissolução do ponto de vista do observador (Passos; Eirado, 2009). Esta deve ser compreendida basicamente como um procedimento de superação da atitude meramente descritiva e neutra do pesquisador. A crítica ao ideal de inteligibilidade que se configura no método científico pela análise institucional de F. Guattari e R. Lourau coloca em questão “o olhar de cima da ciência e a ação judicativa de quem avalia o objeto do conhecimento com a distância da neutralidade” (*Ibid.*, p. 115). Os conceitos de transversalidade e de implicação foram propostos no âmbito de práticas analítico-institucionais, nas quais adquiriam o exemplar valor de operadores “teórico-tecnológicos”, situados no limite entre a teoria e a prática. Tais conceitos não pretendem representar a realidade, mas transformá-la, assumindo a intervenção como um método de produção de conhecimento. Contra toda uma tradição científicista que defende a distância e a neutralidade do pesquisador, Guattari e Lourau postulavam uma outra relação com a realidade pesquisada, não mais pensada como restrita ao “plano das formas” reconhecíveis por um observador “desimplicado”. Trata-se, antes, de fazer operar determinados procedimentos que possibilitem à realidade aparecer em sua dimensão de plano de composição contínua das formas, pelo entrelaçamento de linhas de força heterogêneas. A ideia de análise institucional não se reduz a uma concepção meramente psicológica, mas funciona como um procedimento de abertura das formas, que dá acesso ao plano de forças que as constitui.

Como dar expressão ao plano implicacional? Se há uma forma constituída que impõe barreiras a este desafio, esta é certamente o eu, centro suposto da individualidade, atrator dinâmico de todas as experiências. O eu se apresenta como a forma pela qual o si mesmo se atrofia em um ponto de vista contraído no grau mínimo de abertura para a transversalidade, tornando-se incapaz de variar por outros pontos de vista (egocentrismo). Ele ocupa o centro suposto e o cume da experiência, estabelecendo com esta um ponto de vista ao mesmo tempo independente e proprietário. Para o eu, a experiência não remete a nada além de suas vivências autocentradas, sendo assumida como um conjunto de estados identitários próprios (referência em si), sem conexão com outras experiências (referência no coletivo). Trata-se, portanto,

de um ponto de vista que se encarna como algo próprio, mas que se desvincula de suas implicações com outros. O eu se aproxima da “coisificação do ponto de vista” (Passos; Eirado, 2009, p. 124), bloqueando o acesso a graus maiores de abertura à transversalidade, através da qual os pontos de vista são postos a variar.

Assim como acontece com o eu, pode-se reconhecer métodos de pesquisa que se valem de um ponto de vista pretensamente distanciado, independente e imune aos efeitos da experiência. A construção de um “ponto de vista de terceira pessoa”, idealizado e transcendente, a partir do qual interrogamos o mundo de uma posição apartada, olhando de cima, pode ser percebida na história da psicologia experimental e é encontrada em procedimentos e teorias tão diferentes quanto aqueles do behaviorismo, do gestaltismo e do cognitivismo (Passos; Eirado, 2009). O que se vê aí é certa posição do pesquisador-observador em relação aos dados de experiência que transformam estes sempre em objeto de um juízo, a ser avaliado segundo critérios de adequação previamente estabelecidos.

Haveria um procedimento para dissolver o ponto de vista do observador e assim exprimir o plano implicacional? Passos e Eirado (2009) lembram de como R. Lourau, na década de 1990, teve de encarar os problemas da apropriação inadequada de seu conceito de implicação, que tendia a se tornar uma espécie de obrigatoriedade: implicar-se com o trabalho, estar implicado com o trabalho. Este tipo de confusão entre os conceitos de implicação e de *sobreimplicação* levou Lourau a procurar por *procedimentos de escrita* capazes de desfazer o ponto de vista de observação *sobre*, de *reverter a base e exprimir o plano implicacional*:

Nesse momento do percurso de Lourau, o tema da escrita assume, para o autor, nova radicalidade. Como criar um plano de expressão para o plano implicacional? Como dessubjetivar a escrita? Como realizar o trabalho da análise das implicações fazendo esse mergulho no plano impessoal onde não vigora o ponto de vista proprietário? (Passos, Eirado, 2009, p. 118)

Lourau via no surrealismo a possibilidade de desfazer a “falsa dualidade sujeito/objeto”. Em Breton, encontrava uma maneira de subverter a forma narrativa, em uma “experiência de variação na velocidade da escritura” (Lourau *apud*. Passos; Eirado, 2009). Tratava-se aí de um procedimento de “deslocalização do objeto e dessubjetivação do texto” (*Ibid.*, p. 118). O que o socioanalista passa cada vez mais a procurar em seus textos é acentuar a expressão de processos pertencentes a certa dimensão da experiência, região dos automatismos, situada aquém da reflexão consciente. Outras correntes compõem e corroboram a via tomada por

Lourau: a psicanálise e a prática da associação livre, Charcot e a hipnose, o espiritismo e os fenômenos de possessão. Em todos estes, percebe-se o interesse de Lourau de experimentar a escrita como um *trance*, ora acelerado, ora lentificado, ora frenético, enfim, automático, independente de um sujeito proprietário da experiência. A escrita automática seria “a chave para as ciências humanas abrirem o campo das instituições dando passagem aos processos de institucionalização” (Passos; Eirado, 2009, p. 119). Em *Poisson soluble*, de André Breton, Lourau encontraria a “técnica de escritura” (*Ibid.*, p. 119) que lhe concede sua política de narrativa, a qual guarda com o surrealista a direção da dissolução do humano, de um ponto de vista antropeurocêntrico, buscando evidenciar uma razão das forças, de outras dinâmicas do desejo envolvidas no processo de pesquisa-intervenção. Todo o interesse está em se instrumentalizar “não somente para restituir o funcionamento real do pensamento, mas mais simplesmente para pensar para além das fronteiras do campo traçadas pela lógica binária-conjuntista-identitária” (Lourau *apud.* Passos; Eirado, 2009, p. 120). Experiência de escritura que arrasta o pesquisador em uma *experiência-limite*, quer dizer, situada no limite das instituições, mas também da pessoa, do homem, da racionalidade: limite, como diria Foucault (2005[1984]), do que se pode sentir, pensar, dizer.

### 3.3.2 A metodologia narrativa

Em 2009, ano em que eram lançadas as ideias acerca da metodologia da pesquisa cartográfica (Passos; Kastrup; Escóssia, 2009), o *Laboratório de Saúde Coletiva e Saúde Mental: Interfaces*, vinculado ao Departamento de Medicina Preventiva e Social da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), começava a arregimentar parceiros para submeter uma proposta de pesquisa multicêntrica, em articulação com a *Équipe de recherche et d'action en santé mentale et culture* (ERASME), da Université de Montréal, à *Alliance internationale de recherches universités-communautés* (ARUCI), um programa de subvenção do Conselho de Pesquisa em Ciências Humanas do Canadá (CRSH/SSHRCC) em parceria com o *International Development Research Center* (IDRC). O projeto *Pesquisa Avaliativa em Saúde Mental: instrumentos para a qualificação da utilização de psicofármacos e formação de recursos humanos*<sup>28</sup> (CNPq – 2009) tem início ainda neste ano, integrando grupos de pesquisa ligados à UFRGS, à UFF e à UFRJ. O projeto se encarrega da tradução, adaptação à realidade brasileira

---

<sup>28</sup> Doravante *Pesquisa Multicêntrica*.

e aplicação crítica do Guia GAM, no intuito de avaliar o impacto deste instrumento sobre usuários dos serviços brasileiros de saúde mental e sobre a formação dos diferentes profissionais dessa área, incluindo psiquiatras e residentes de psiquiatria.

O trabalho de campo se inicia em agosto de 2009, com grupos realizados em Campinas (SP), Novo Hamburgo (RS) e Rio de Janeiro (RJ). Um fluxo intenso de trocas começa a se travar em reuniões multicêntricas, com a participação de pesquisadores, estudantes de pós-graduação e de iniciação científica, trabalhadores de saúde mental, usuários e familiares<sup>29</sup>, assim como nos grupos locais de pesquisa. Cada grupo de pesquisa foca um conjunto de questões, em parte comuns, em parte singulares, mas sempre com diversos pontos de vista. Muitas experimentações são feitas em pouco tempo, a velocidade com que jorram as ideias é impressionante. As trocas acontecem também com o grupo de pesquisa canadense, por videoconferência e intercâmbios de estudantes e pesquisadores.

Nosso grupo de pesquisa, ligado ao Departamento de Psicologia da Universidade Federal Fluminense (UFF), ocupa-se ao mesmo tempo de um outro projeto de pesquisa, em vias de conclusão, relacionado à aplicação de metodologias de primeira pessoa<sup>30</sup>. Este projeto vinha desenvolvendo um conjunto de ferramentas ligadas à metodologia de acesso à experiência em situação de entrevista individual (Renault; Passos; Eirado, *no prelo*). Noções como acesso à experiência, compartilhamento, manejo, dissolução do ponto de vista do observador, enação e outras adquiriam já os contornos de uma tecnologia bem definida. Com a pesquisa GAM, esta caixa de ferramentas passa a configurar um instrumental teórico-prático aplicável também a situações de grupo (Sade; Renault; Melo; Passos, 2013). Incorporadas à montagem do novo dispositivo de pesquisa, tais ferramentas foram paulatinamente reformuladas, gerando variações conceituais ou a invenção de novos operadores, como as noções de manejo cogestivo e de contração de grupalidade (Melo; Schaeppi; Soares; Passos, 2015), que apresentaremos nos próximos capítulos.

O primeiro ano de pesquisa com a GAM<sup>31</sup> fez surgir novas questões para o grupo UFF. Por um lado, estas se referiam à aplicação de sua metodologia de entrevista à condução dos

---

<sup>29</sup> Entre os pesquisadores estavam pessoas ligadas a formações e campos de atuação diversa, como psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionais e farmacêuticos, vinculados a áreas de saúde coletiva, saúde mental e medicina preventiva. Trabalhadores, usuários e familiares participantes dos grupos de intervenção dos diferentes campos de pesquisa eram chamados a representar seus grupos nas reuniões multicêntricas, as quais aconteciam em Campinas (SP), em Porto Alegre (RS), em Niterói (RJ) e no Rio de Janeiro (RJ).

<sup>30</sup> “O paradigma reconstrutivista da memória: um estudo comparativo das metodologias de primeira e terceira pessoa no domínio da Psicologia da Cognição” (Faperj, 2005). Voltaremos a este projeto em nosso capítulo 5.

<sup>31</sup> Os anos de 2009 e 2010 foram dedicados à tradução e à adaptação do Guia GAM em Grupos de Intervenção com usuários e trabalhadores. Este ano é referido como Fase 1 da pesquisa. A Fase 2 é relativa à validação do Guia adaptado e a Fase 3 à chamada “disseminação” da GAM.

Grupos de Intervenção. Por outro, elas estavam relacionadas à toda uma concepção do processo de produção de dados, cujo desenho metodológico era definido como ponto comum dos projetos participantes da Pesquisa Multicêntrica. Esta concepção do processo de produção de dados havia sido aplicada anteriormente em uma pesquisa avaliativa na rede de saúde mental de Campinas<sup>32</sup>, sendo então retomada no âmbito da pesquisa GAM. De modo que o grupo UFF passava a integrar uma outra caixa de ferramentas, na qual a narrativa desempenhava um papel de grande importância, sendo entendida sob a dupla forma de *meio* de produção de dados e *resultado* de pesquisa (CNPq, 2009).

Adotando um referencial hermenêutico crítico, a Pesquisa Multicêntrica postulava que a realidade dos dados deveria ser apreendida como *texto*. Segundo este viés, a produção dos dados compreende três níveis de expressão textual, pelos quais as narrativas devem passar até alcançarem sua formulação final. Primeiramente, o texto da experiência concreta do cotidiano, apreendido por audiogravação, é inteiramente transcrito. Depois, o material transcrito passa por uma série de análises, cujo propósito é a reconstrução narrativa das falas pelos pesquisadores. Por último, as narrativas escritas são submetidas a diversas instâncias de validação<sup>33</sup>, sendo reformuladas até alcançarem o nível textual que explicita a compreensão de um fenômeno. Em outras palavras, segundo o referencial hermenêutico crítico: “Os textos constituem os dados essenciais, a base para as interpretações e o meio de comunicação dos achados de pesquisa” (CNPq, 2009, p. 20). O ciclo completo dos dados de pesquisa segue, portanto, da fala dos participantes, passando por gravações e transcrições, pela interpretação, seleção e reconstrução das falas em narrativas, pela apresentação a diversas instâncias de validação, entre grupos de pesquisadores e sujeitos de pesquisa, para então serem ajustadas conforme a sua recepção e restituídas sob a forma de uma “versão do mundo” (Onocko Campos, 2008) em textos e eventos científicos. O ciclo é, neste sentido, um processo de expressão de uma multiplicidade de falas empíricas sob a forma de uma narrativa escrita, concebendo a narrativa como a forma de expressão pela qual se busca superar a distância entre compreensão e explicação (Onocko Campos, 2008), ou entre intersubjetividade e objetividade.

No campo das ciências sociais em saúde, a narrativa tem sido visada como uma importante ferramenta para apreender processos de mudança, como o redirecionamento das práticas de cuidado, no que tange à implementação das redes de saúde mental, que vem ocorrendo nos

---

<sup>32</sup> “Pesquisa Avaliativa de uma rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): entre a saúde coletiva e a saúde mental”. Cf. Onocko Campos *et. al.*, 2009.

<sup>33</sup> As narrativas são validadas em última instância junto aos próprios sujeitos de pesquisa. Antes disso, porém, elas são validadas internamente ao grupo de pesquisa, por meio de diversas revisões cruzadas.

últimos anos em decorrência da lei 10.216 (Onocko Campos, 2005). Interessa-nos, porém, destacar que a utilização das narrativas como forma de expressão dos dados põe em relevo a atividade da escrita e a transforma em um verdadeiro campo de pesquisa. Para produzir narrativas é necessário o mergulho em certa sensibilidade estética, em uma experiência com a linguagem que toma a esta por matéria a ser manejada. Com efeito, a comunicação dos achados de pesquisa se dá sob uma linguagem expressiva do ponto de vista de seus participantes, mas ela não inclui menos o ponto de vista dos pesquisadores que nela imprimem a sua marca. Interessa-nos, enfim, destacar o processo através do qual, apropriando-se de uma ampla gama de dados (gravações, transcrições), os pesquisadores constroem “versões do mundo”, que tem como função expressar as conclusões do processo de pesquisa, não sob a forma de proposições assertivas, mas pelo próprio modo de dizer daqueles que dela participaram.

Na pesquisa avaliativa citada, o grupo Interfaces havia experimentado utilizar as narrativas no contexto de um dispositivo diferenciado, o qual foi chamado Grupo Narrativo<sup>34</sup> (Miranda et al., 2008). Este dispositivo tinha a função de servir como instância de validação, junto aos sujeitos de pesquisa, das narrativas construídas pelos pesquisadores, mas também de implicar os sujeitos na construção de enunciados expressivos de suas posições, fazendo disso um processo de avaliação coletiva, com repercussões para além dos limites da pesquisa. Como veremos em nosso último capítulo, a concepção do Grupo Narrativo surge da flexibilização da técnica de Grupos Focais (GF), metodologia amplamente utilizada em ciências sociais e da saúde como dispositivo de coleta de dados. Uma característica dos GF é que a situação que ele promove tem como intuito discutir um conjunto de questões definidas e roteirizadas previamente pelos pesquisadores. O Grupo Narrativo nasce da flexibilização desta técnica, considerando a importância de oportunizar a situação de avaliação coletiva para além destas questões de pesquisa, uma vez que os participantes podem colocar também suas próprias questões. Trata-se de valorizar esta autonomização do grupo, permitindo a situação de coleta de dados ir além de si mesma, na medida em que provoca efeitos de grupalização que ultrapassam os limites da pesquisa. A metodologia então compreende dois momentos: a realização do GF, com base em um roteiro de questões pré-definidas pelos pesquisadores, e a realização do GN, com base na restituição das narrativas provocadas no primeiro momento e reelaboradas pelos pesquisadores. A restituição das narrativas têm aí a função de disparar novos efeitos,

---

<sup>34</sup> Voltaremos a nos deter sobre a formulação deste dispositivo. O texto de Miranda et al. (2008) guarda a importância de traçar o percurso de elaboração desta metodologia, demarcando as distinções entre Grupos Focais, Grupos Focais Narrativos e Grupos Hermenêuticos, as quais, por motivo de simplificação, não adotaremos aqui. A denominação “Grupo Narrativo”, além disso, foi a que se firmou no contexto da Pesquisa Multi-cêntrica.

promovendo a construção de novos enunciados coletivos. A validação das narrativas não se reduz, portanto, à confirmação ou refutação dos dados colhidos e restituídos. Ela transforma o dispositivo de coleta de dados em uma situação diferenciada, uma oportunidade para retomar, reavaliar e mesmo impulsionar os processos concernentes às problemáticas do cotidiano abordadas pela pesquisa. Em outras palavras, o Grupo Narrativo assume o processo de produção de dados como inseparável da produção de efeitos numa realidade.

Seguindo esta metodologia, a Pesquisa Multicêntrica previa a realização dos GF e GN, em três momentos do processo de pesquisa, no intuito de avaliar diferenças significativas no modo dos participantes lidarem com a questão da medicação: antes do trabalho de intervenção com o Guia GAM (T0), à metade dele (T1) e ao final (TF). Nos instantes T1 e TF, as narrativas coletadas em T0 e reelaboradas pelos pesquisadores eram restituídas, discutidas e avaliadas coletivamente.

Em 2011, após a experiência de adaptação do Guia e por ocasião do processo de validação do material adaptado, este arranjo foi novamente modificado. Assumindo o interesse pela máxima aproximação entre produção de dados e produção de efeitos, o grupo UFF passa a incorporar os Grupos Narrativos ao próprio processo de intervenção, sendo estes realizados a cada sete encontros. É que, neste momento de validação do Guia, interessa ressaltar as questões produzidas pelos próprios participantes, como indicadoras dos efeitos da pesquisa. Dizemos que os GN são incorporados, pois, ao contrário do que acontecia ainda na fase de adaptação, eles não se realizam mais em momentos distintos dos encontros do Grupo de Intervenção, nem presumem mais a separação das diferentes categorias que o compõem<sup>35</sup>. O grupo UFF integrará então os GN como um dispositivo vinculado ao próprio processo de intervenção, incorporando os efeitos da restituição na continuidade do processo. A formação heterogênea dos GI, compostos por usuários (ou familiares), trabalhadores e pesquisadores, também será mantida. Neste momento, o que entrava em jogo era a percepção de que a validação não deveria se restringir apenas ao Guia GAM-BR, mas que ela concernia ao próprio dispositivo de intervenção, quer dizer, ao modo de fazer da GAM, servindo as narrativas como meio de avaliação de seus efeitos para a produção do cuidado e da autonomia cogestiva. Desta forma, os GN aparecerão no decorrer do processo de intervenção como uma modulação dos GI, dando um outro estatuto à validação das narrativas. Validar as narrativas concerne aí principal-

---

<sup>35</sup> O chamado critério de homogeneidade, como veremos, faz parte da metodologia dos GF e foi adotado apenas no contexto da adaptação do Guia.

mente à produção de efeitos no dispositivo de intervenção, que se propagam sobre as práticas de cuidado e de exercício da autonomia.

Além deste rearranjo metodológico dos GN, um outro instrumento teve lugar já durante a Fase 1 (adaptação do Guia), tendo se desdobrado na Fase 2 (validação). Este recurso voltava-se ao acompanhamento do trabalho de campo, trazendo mais diretamente à tona o problema de uma política da narratividade. Ao lado dos procedimentos de registro referidos (gravações e transcrições), a pesquisa com a GAM aplicou um outro instrumento de registro, que funcionava como um “diário de campo”: as chamadas *Memórias* dos encontros consistiam em anotações que os pesquisadores faziam acerca da experiência de intervenção, auxiliando a retomada do processo a cada encontro e à apreciação deste nas reuniões de supervisão.

Como vimos, para efeitos de seu projeto, a Pesquisa Multicêntrica determinava que os resultados de pesquisa seriam construídos sob a forma de narrativas, tomando como base as transcrições do material áudio gravado. Entretanto, este procedimento não deve ser encarado isoladamente, visto que sua aplicação mecânica tende a promover certo distanciamento entre a narrativa dos participantes e a experiência sensível dos pesquisadores. Com efeito, visto de forma isolada, este procedimento de construção de dados não pressupõe qualquer exigência quanto à implicação quer do transcritor, quer do pesquisador “narrador” com a experiência de campo. Não interessa se quem fará a transcrição será um pesquisador ou um profissional contratado, nem se quem fará a narrativa tenha participado ou não da pesquisa de campo. Com o recurso à construção das *Memórias*, ao contrário, os pesquisadores atuantes no processo de intervenção relatavam suas experiências subjetivas com os GI. Elas funcionavam como um instrumento para adensar um conjunto de fatores, componentes variados do processo de pesquisa. Façamos uma lista incompleta do conjunto de aspectos abordados nas *Memórias*: através delas, os pesquisadores expressavam suas dificuldades com as contratações do grupo, com a frequência irregular dos participantes, com o tempo escasso para dar conta do trabalho; colocavam em foco as implicações entre os participantes, quando estas se mostravam restritoras da palavra ou quando indicavam o interesse pelo outro; explicitavam seus sentimentos em relação às intervenções dos trabalhadores; anotavam ideias para melhorar a dinâmica dos grupos, traçando estratégias para desenvolverem maior sintonia inclusive entre os pesquisadores; relatavam acontecimentos que tinham lugar em outros espaços que não o grupo, na cozinha, na recepção, antes ou depois do trabalho; demarcavam as interrupções, as entradas imprevistas, os momentos em que o grupo era invadido por movimentos não esperados; descreviam as maneiras dos pesquisadores de lidar com cada situação, servindo como um registro do mane-

jo, uma maneira de mapear as ações e os efeitos da pesquisa sobre cada participante e sobre o grupo, podendo avaliar a cada vez o que deu ou não deu certo etc. Em todos esses casos, o que estava em jogo nas Memórias era a explicitação da posição dos pesquisadores, o ponto de vista destes na condução do dispositivo de pesquisa.

As Memórias se mostraram um instrumento importante para a pesquisa, onde a experiência de campo era traduzida para uma forma de expressão mais próxima daquela que se pretendia dar aos dados finais. Porém, não sendo um espaço normativo, a produção das Memórias acabava variando entre os diferentes grupos de pesquisa em função de critérios implícitos ou subjetivos, apresentando-se de forma diversa, a depender de seus autores. Algumas Memórias eram quase esquemáticas, destacavam apenas alguns pontos considerados relevantes pelos condutores dos grupos; outras desenvolviam páginas extensas, descrevendo minuciosamente cada movimento. Uma mesma narrativa podia comportar passagens curtas, que assinalavam uma reflexão mais generalizante, e extensas, descrevendo com detalhes cada situação. Via de regra, a descrição detalhada era acompanhada de certo desenvolvimento de um estilo pessoal, o qual conferia ao relato uma expressão vívida e emotiva. De um modo ou de outro, o que se esboçava neste instrumento era o exercício dos pesquisadores de forjarem maneiras de dizer, modos de contar aquilo que experienciavam no fazer pesquisa, o que significa dizer que as diversas qualidades da escrita expressavam nas Memórias os diferentes graus de abertura do registro narrativo para a complexidade da experiência.

Pode-se dizer que a entrada do grupo UFF na Pesquisa Multicêntrica refletiu-se na tentativa de conjugação da metodologia narrativa e da metodologia de acesso à experiência. A produção de dados narrativos passava a ser considerada para nós também em função da diretriz de acesso à experiência, o que colocava a escrita dos relatos em relação com a diretriz da dissolução do ponto de vista do observador. Ora, era possível perceber que as Memórias eram constituídas em sua maior parte pelo relato das falas dos participantes no grupo: nelas, pesquisadores-narradores colocavam em cena as interações, os diálogos, os momentos de mudança súbita do grupo etc. O que as Memórias pareciam tornar acessível era sobretudo a lateralização do ponto de vista dos pesquisadores com aqueles dos participantes. As estratégias narrativas desenvolvidas pelos pesquisadores diziam respeito à incorporação das falas dos participantes em um mesmo contexto narrativo e corresponsivo, isto é, não isolando as falas, mas expressando a gênese de cada enunciado em função de enunciados precedentes e consequentes. Este não era um trabalho trivial, uma vez que encontrávamos algumas Memórias que mantinham ainda o formato de listagem de falas isoladas, como puras expressões de pontos de

vista individuais, sem relação com os demais. Para o grupo UFF, tratava-se de destacar e intensificar o manejo da narrativa, assumi-lo como uma verdadeira política de narratividade, conferindo ao trabalho de expressão da experiência de campo a natureza de um processo de elaboração de uma forma de expressão. A questão que se colocava era: como expressar nas narrativas as flutuações do acesso à experiência no grupo? Parecia-nos que narrar a experiência dos grupos consistia em traçar um plano em que a voz do pesquisador comparecia ao lado das vozes dos participantes, fazendo aparecer a multiplicidade dos pontos de vista e expressando os movimentos do grupo em função das relações dialógicas entre os diversos enunciados. Por estas características, pode-se dizer que o horizonte para o qual apontavam as narrativas era, para usarmos a expressão de Mikhail Bakhtin (2010), o da polifonia, isto é, o de uma narração permeada por diferentes vozes e pontos de vista.

O conceito de polifonia foi proposto por M. Bakhtin para expressar o caráter da singular composição estética empreendida por Fiódor Dostoiévski em seus romances. Segundo Bakhtin (2010), “A multiplicidade de vozes e consciências independentes e imiscíveis e a autêntica polifonia de vozes plenevalentes constituem, de fato, a peculiaridade fundamental dos romances de Dostoiévski” (p. 4). Mas não se deve confundir a polifonia com a mera pluralidade de pontos de vista acerca de um “mundo objetivo uno”, cuja coerência e completude se sustentam na “consciência una do autor” (p. 4, 5). Este tipo de apreensão tem como efeito a objetificação da fala do outro, na medida em que a destitui de uma visão autônoma do mundo. Ao contrário, o que o escritor russo promove é a combinação de pontos de vista “numa unidade de acontecimento” (p. 5), mantendo a imiscibilidade entre eles<sup>36</sup>. Dostoiévski dissolve a seu próprio modo o ponto de vista do observador, fazendo ruir a consciência monológica e autocentrada para dar lugar à profusão de vozes de todas cores e tons, portadoras de mundos próprios. Trata-se, segundo Bakhtin, de reconhecer o outro enquanto legítimo outro, naquilo que ele porta de desconhecido e que nos revela a existência de tantos outros mundos insuspeitos. No romance polifônico, os pontos de vista instauram visões ao mesmo tempo únicas e intercomunicantes do mundo: eles coexistem e interagem. A coexistência de pontos de vista pressupõe a multiplicidade de mundos, ou a diversidade de sistemas de referência. Mas a interação faz com que eles se continuem uns nos outros e se determinem uns em relação aos outros, frequentemente de maneira conflitante. O romance polifônico pode ser percebido como o

---

<sup>36</sup> Esta perspectiva acha-se em consonância com aquela que apresentaremos a seguir acerca da heterogeneidade do coletivo. Se não pressupomos a unidade do mundo, esta só existe enquanto construção, no encontro de pontos de vista que compartilham de um acontecimento sem se dissolverem num caldo homogêneo indiferenciado.

modo que Dostoiévski encontrou para destituir os antigos poderes do autor em determinar um mundo único e totalizado, preenchido por sua própria visão, como forma de conjurar a forma de interioridade de um individualismo estético. Dostoiévski se encontra, ao contrário, em relação com a exterioridade dos pontos de vista entre si, com a impossibilidade do autor servir de instância primeira e última de determinação do sentido da obra. O autor-narrador, este ponto de vista de terceira pessoa que se coloca acima dos demais, desce de suas alturas para se localizar no mesmo plano das personagens, como um ponto de vista entre outros, que só se determina em função das relações que trava com os outros.

Como dissemos, o problema de uma política da narratividade passou a ganhar relevância para nós a partir da construção das Memórias dos encontros, na medida em que nelas procurávamos encontrar um modo de narrar a experiência dos grupos. Pouco a pouco uma intuição ganhou força: a narrativa poderia exprimir a experiência na medida em que era tomada como um modo de incluir as falas alheias em um mesmo discurso polifônico. Caberia aos pesquisadores desenvolverem uma escrita que teria como procedimento a composição de uma narrativa que se faz *com* as narrativas dos participantes, sendo constituída num processo que consistia em *narrar o narrar*.

## 4 Mergulhar no plano implicacional: relato de uma experiência de pesquisa

### 4.1 O corpo afetivo grupal

PRIMEIRO ENCONTRO. O círculo não é estranho. Pelo menos não parece provocar estranheza. À vontade, uns se acomodam ao lado de outros, a encarar os restantes. É como estar em uma roda de conversa familiar onde todos se conhecem, ao menos um pouco. Por outro lado, há algo de estranho no ar. Este não é um círculo qualquer, uma roda qualquer. A gente espera e observa, nos rostos e nos corpos sente-se a expectativa de alguma indicação que dispare uma conversa espontânea, um começo, uma fala. Espalhados no círculo, mas ainda posicionados como quem se coloca à frente, três forasteiros se arrumam desajeitadamente em seus lugares, dois homens magros e cabeludos, uma jovem sorridente, de um exuberante *black power*. Eles dão a partida no encontro, falando um linguajar esquisito, puxado a doutor. Vê-se que arrastam a fala, que impõem outra cadência à conversa, mas não deixam com isso de soar engraçado e mesmo acentuar o tom estrangeiro. Não fossem os outros ali, bem se poderia duvidar da normalidade daquela gente de fora. Ao menos ali aquela estranheza toda não estranha ninguém. A gente ali é tudo doida, afinal. Vê vultos e ouve vozes, conhece a estranheza e sabe lhe dar lugar. Os doutores pedem então que a gente possa se apresentar, contar um pouco de si. Sente-se o tatear pouco confortável de palavras iniciais, de apresentações entre conhecidos e desconhecidos, entre pessoas familiares e estrangeiras. Tomada de certa ansiedade, uma voz toma a frente, ligeira e, contudo, mal articulada, cheia de grunhidos. Ela ecoa de um rosto que imediatamente murcha e se entristece, adquirindo um tom de lamúria longínqua e interminável. Diz estar naquele serviço desde que ele abriu, tomar remédio desde pequenininha, mas que é muito difícil ser aceita, não apenas pelos outros, mas até por sua família, de quem esperava-se compreensão e em quem só encontra rejeição. Uma outra voz, mansa, calma, ecoa de um robusto corpo negro. Ao contrário da companheira, está ali há pouco tempo, sempre

obedeceu ao psiquiatra e tomou remédio direitinho. Conta das repetidas crises que sofria desde adolescente, como tinha sido incapacitado de trabalhar por conta das insuportáveis dores de cabeça. Sua fala negra e mansa, tranquila apesar da dor, provoca uma reação inusitada sobre um dos forasteiros, que lhe pergunta se já havia sido internado. Embora sua resposta fosse negativa, um fio condutor parece se revelar para uma terceira voz, desta vez um senhor de certa idade, pele cor de bronze, cabelos penteados com gel, que arregala lentamente os olhos enquanto profere: “Já fui internado oito vezes...” e esboça um sorriso no canto da boca, contraindo todas as rugas da face até abrir o sorriso por inteiro, “...mas eu sempre fugia”.

Em breve, a rodada de apresentação toma a forma de uma roda de testemunhos sobre a internação. Contar algo de si no grupo conduz a gente a lembrar suas histórias e a traçar os mapas de quem tinha passado pelos outros CAPS da região, circulando por entre os morros espaçados que circunscrevem os municípios vizinhos, até se estabelecer na pequena Aldeia. Contar sua história faz lembrar também quem pertence àquele serviço desde sempre e ali se sintam como se estivesse em sua segunda casa. As experiências de crise se sucedem fala após fala, mobilizadas em conjunto na expressão do grupo. Elas convergem rapidamente para este ponto comum a muitos, em que se compartilham sentimentos associados à internação. A gente lembra da violência dos espaços de confinamento, de quem foi internada e traz consigo a memória de ser enforcada por um enfermeiro que tentara lhe matar; de quem vive uma vida triste, indigna de ser contada, vida que faz pensar em morrer, como fazia nos tempos da internação. A realidade da internação não é conhecida de todos, mas há quem afirme ter sido destinada por Deus justamente para conhecer a realidade nua e crua, a dureza inescapável do real que só a internação mostra. A gente lembra, mesmo sem querer, e conta, uma realidade-lembrança, presentificada nos instantes iniciais de um grupo desconhecido. Entre histórias, gestos e palavras, o grupo convive ainda com o silêncio de quem parece confinado em si, lacônico, como um internado a céu aberto, e com a irritação de quem diz já ter resolvido todos seus problemas, que, afinal, nunca foram psiquiátricos. As presenças traçam na paisagem

grupal as linhas melódicas que alimentam o grupo com sua heterogeneidade. A vida coletiva do grupo começa a ser traçada desde o início, mergulhada de imediato em uma afetividade coletiva que todos compartilham.

O psicossociólogo francês Max Pagès (1976) argumentava que os fenômenos de grupo não podem ser reduzidos à soma das particularidades individuais, como se se tratassem de fenômenos de segunda ordem. Tais fenômenos não podem ser adequadamente explicados pelo recurso à história individual, mas também não remetem unicamente à história coletiva, como a uma cultura que precede e explica os comportamentos no grupo. Além disso, o reconhecimento de determinados fenômenos grupais mostra que o vínculo com as estruturas sociais e institucionais, condicionantes da experiência, deve ser considerado de maneira complexa e não determinista. Com efeito, em grupos terapêuticos e em grupos de formação (T-group), percebem-se alterações que afetam continuamente a paisagem da conversação grupal e que demonstram estar em relação com fatores situacionais *imediatos*: entraves que se impõem quando menos se espera, longos desvios do foco de discussão, descontração ou dispersão dos membros em múltiplas conversas paralelas, intrigas, rixas ou alianças que se fazem e desfazem entre parte dos membros, gestos ou comportamentos aparentemente disruptivos e fora de contexto, mudanças súbitas da atitude grupal, que vão da euforia à apatia, da dispersão à centralização sobre algum membro de prestígio ou vice-versa etc. Fenômenos como estes apontam para fatores não conscientizados que operam de maneira subjacente à dinâmica do grupo, residindo em sentimentos não formulados que parecem entrar em ação no tempo presente da situação. Com isso, M. Pagès fazia aparecer uma experiência imediata, originária, fonte genética de todas as manifestações *do grupo no grupo*. Dimensão primeira, a experiência remete ao primado de uma relação que se põe entre os sujeitos e que não pode ser dissociada de sua natureza afetiva, como aquilo que a alimenta e engendra. Certamente, diz Pagès, não há nenhum problema em constatar uma afetividade subjacente nos grupos, mas em saber como entendê-la e explicá-la. Seria tal afetividade o resultado de uma pluralidade de afetos individuais, uma afetividade *em grupo*? Ou por acaso tratar-se-ia de uma afetividade comum a todos os participantes, como afetividade *de grupo*? M. Pagès acredita poder postular uma afetividade imediatamente coletiva, na medida em que, na experiência, o afeto torna-se ele mesmo indissociável da relação-com-o-outro, manifestando-se sob a forma de um sentimento compartilhado por todos os membros do grupo, sentimento esse que coordena e explica as diferentes produções individuais. Sobretudo em grupos terapêuticos e

em grupos de formação todo o trabalho consiste em explorar e elucidar esta experiência compartilhada, aproximando-se dela e abrindo passagem à sua expressão. Para Pagès, a “expressão” remete ao processo que torna o afeto coletivo acessível, uma dimensão afetivo-emotiva da comunicação, capaz de explicar o que ele chama de “convergências surpreendentes” (p. 280), quer dizer, as aproximações mais ou menos explícitas ou implícitas entre falas e comportamentos diversos do grupo, e que compõem as mais variadas coordenações entre os seus membros.

As convergências configuram um fenômeno grupal intrigante, capazes de serem confundidas com meras “coincidências” (que inclusive se manifestam entre vivências extra-grupo e intra-grupo, como antecipações inesperadas do acontecimento), mas que acenam para uma maneira rigorosa de analisar o processo de pesquisa-intervenção. A diversidade das manifestações individuais – aparentemente destituídas de relação com a maior parte das outras – deve nos remeter não apenas a assuntos comuns, isto é, a uma unidade temática, como a afetos comuns, sentimentos compartilhados e o mais das vezes inconscientes, que se expressam através de uma pluralidade de formas. É esta unidade afetiva que parece penetrar todos os níveis da vida do grupo e de todos os participantes, não como uma totalidade fechada e completa, mas como um processo contínuo de *contração* dos diversos níveis semióticos, compreendidos pelos gestos, pelas falas, pelas posições sociais e institucionais, pelas emoções e sentimentos, em um mesmo corpo social que se encarna no grupo. Chamamos *contração de grupalidade* a este processo de unificação que traça a dimensão propriamente *grupal* do grupo. Esta unidade não deve, contudo, ser encarada de modo simplista: embora Pagès reconheça o parentesco de suas teses com aquelas de Le Bon acerca da unidade mental das multidões, o psicossociólogo discorda que tal unidade deva ser reduzida a uma *unidade de fusão*, que identifica os afetos e suprime as diferenças individuais. A unidade concebida por Le Bon, relativa a processos de identificação mútua entre os participantes, não configura senão um estado possível do grupo, um efeito superficial de uma dinâmica mais profunda. Ela deve ser remetida a uma *outra* unidade, “mais profunda e mais real, mais inconsciente”, que se encarna no sentimento comum de *separação e de união na separação* (p. 276). Preferimos dizer então que a unidade comum não é unitária, mas contraente: ela não homogeneiza as diferenças no interior de um coletivo gregário, mas ressalta as diferenças sem dispersá-las,

contraíndo-as em um mesmo fluxo desejante, pleno de heterogeneidade e marcado por uma flutuação permanente<sup>37</sup>.

No primeiro encontro do GI, o signo da intonação surge como um ponto nodal para onde convergem as enunciações, no mesmo passo em que mobiliza experiências individuais e afetos compartilhados. Sua emergência não prevista no momento da rodada de apresentações tem ainda o poder de revelar de saída a implicação entre pesquisadores e dados de pesquisa, pois o signo da intonação é ativado por uma ressonância que se faz sobre o corpo do pesquisador. Não é por acaso que o pesquisador faz sua pergunta despreziosa, mas porque ele se acha já banhado neste plano afetivo e coletivo do qual ele compartilha, da mesma forma que todos os outros participantes. Lateralizados com os sujeitos de pesquisa, os pesquisadores entram em uma zona de indiscernibilidade com eles, como se neste momento, a condução, ou melhor, o *manejo* no grupo assumisse uma distância mínima em relação à experiência: um manejo sintônico *do* grupo, já expressivo de seus movimentos afetivos.

PRIMEIRO ENCONTRO. Aquela gente de fora continua a falar arrastado, com jeito de sabichão, pergunta se a gente sabe o que tá fazendo ali. A gente sabe que tá ali para falar de remédio, que é um estudo, uma pesquisa, mas continua a sentir certa indefinição do que fazer ali e de que forma. Dizem os doutores que tem um *guia* para ajudar não só os usuários, como a equipe do CAPS também. Ali ao lado, uma companheira começa a esboçar um rosto de espanto. Ela se levanta de repente, tomada de certo nervosismo, querendo saber que negócio era esse de guia. Num é coisa de macumba? Ih, não vai dar pra ficar ali não, ela não serve pra isso, pra negócio de macumba. Quase sem pausa, a companheira corre para o centro do círculo e começa a dançar como se estivesse em um terreiro, os braços cadenciando semicírculos alternados para frente e para trás, as pernas cruzando-se nos passos igualmente alternados, sob o corpo curvado. Arrastada por tambores inaudíveis, a gente explode em risadas por toda a roda. Em uma breve situação, o grupo demonstra sua proximidade com aquilo que o círculo subjaz, isto é, com a roda, que ali se transmuta imediatamente em terreiro. Sem qualquer constrangimento, a companheira põe-se à frente e desposa temporariamente o centro de uma zona de influência com a qual ela parece não ter problemas

---

<sup>37</sup> Como dizem Passos e Eirado (2009): “A verdadeira comunidade ou comunhão tem que ser pensada como podendo gerar as diferenças que ela inclui” (p. 117).

em manejar. Diverte-se com isso, enquanto diverte aos demais. Limpando as lágrimas de riso, alguns procuram se recompor. Começam então a pedir respeito às crenças, pois com isso não se brinca, é coisa pra se tomar cuidado! Um tanto perdidos no campo de um jogo que se faz por outras vias, os pesquisadores limitam-se a sorrir e a tranquilizar o grupo de que não se tratava de macumba, mas apenas de um caderno com informações e perguntas para ajudar a pensar o tema da medicação.

O primeiro contato com o plano coletivo dos afetos parece seguir-se de advertências apropriadas: jogar com a influência é terreno perigoso, quem cai na roda corre risco de virar rodante, de desposar as forças dos guias que do corpo vem se apossar. Roda ou terreiro, o grupo lança-se em uma espécie de primeiro ensaio na busca de uma disponibilidade afetiva para estar com o outro, informando desde seus primeiros instantes sobre a natureza de seus processos de expressão. Estes remetem a um campo afetivo inconsciente, espécie de zona de influência de forças que travam batalhas insuspeitas. O que daí emerge nos aponta para as movimentações do desejo, ou, como veremos, para os agenciamentos que se compõem e decompõem continuamente entre os membros do grupo e que nos arrastam em direção a círculos cada vez mais amplos e a fugas sempre inesperadas. Contra todas as expectativas, a recepção do instrumento de pesquisa demonstra de imediato a realidade destas fugas, pelos atravessamentos aos quais ele é submetido: a apreensão inusitada de um outro sentido para o guia transforma instantaneamente a atmosfera da pesquisa, em uma ressonância intensiva com o terreiro. Saúde mental e macumba são surpreendentemente agenciadas, em uma fuga intensiva, que comunica os dois campos sem sair do lugar.

#### **4.2 Um procedimento para narrar o narrar**

Se é verdade que no grupo mergulhamos em um corpo afetivo coletivo, não é menos verdade que imergimos também em um oceano de narrativas. O acompanhamento do processo de pesquisa-intervenção implica o registro contínuo dos encontros e o problema do acesso à experiência se transpõe das narrativas faladas para as narrativas escritas: como afinal dar expressividade para isto que experimentamos no grupo, quer dizer, para os processos liberados pela intervenção? Foi o registro, como dissemos, que fez surgir primeiramente o

problema de uma política de narratividade na pesquisa com a GAM<sup>38</sup>. Ao longo do processo de intervenção com a GAM, o registro dos encontros era feito em gravações de áudio, com vistas à posterior transcrição, mas também em diários de campo, chamados de Memórias. O relato construído nestas Memórias, ao contrário da simples transcrição dos áudios, tinha a vantagem de incluir nas análises o ponto de vista dos pesquisadores que conduziam o Grupo de Intervenção e que experienciavam suas discussões. É que a condução do Grupo de Intervenção interessa-se, como já dissemos, pelos processos de produção de cuidado no serviço<sup>39</sup>, de modo que seus atos não configuram simples perguntas distanciadas, com vistas à coleta de informações, mas estão totalmente envolvidos e implicados com o processo de promoção de uma estratégia de cuidado que consiste em fomentar a gestão compartilhada dos projetos terapêuticos, principalmente, no que diz respeito à prescrição de medicamentos. Sendo assim, a expressão do ponto de vista dos pesquisadores se torna fundamental para explicitar as implicações que os atravessam no fazer da pesquisa, assim como para inserir outros participantes de um coletivo analítico na paisagem clínica do manejo. Se a condução do dispositivo de pesquisa não pode escapar à necessidade de manejar com o material subjetivo dos participantes, é preciso saber como o manejo enxerga a paisagem grupal, como é afetado por seus movimentos, por sua dinâmica. As Memórias permitiam, portanto, uma escrita implicada, quer dizer, uma escrita *sob* influência dos afetos que atravessam os pesquisadores. Como diz Favret-Saada (2005), primeiro é preciso *ser afetado*, criar uma modalidade de participação que nos permite produzir conhecimento estando implicados. Depois, é preciso colocar no papel uma escrita que exprima a reverberação dos efeitos sobre o corpo e a escuta do pesquisador. Aí, no procedimento de registro, encontramos um terreno propício à colocação do problema da política de narratividade.

DÉCIMO ENCONTRO. Comentei que outras pessoas também haviam dito ouvir vozes. “Eu também!”, “Isso é horrível!” foram alguns comentários quase imediatos, que sucessivamente atravessavam o grupo como uma onda, em sintonia com o balançar afirmativo das cabeças. A voz de uma companheira se sobressaiu em meio às tentativas de fala iniciadas, contando-nos a história de um “caderno” com o qual ela falava, mas que ela jurava que estava vendo uma pessoa. Não pude deixar de lembrar que muitos usuários chamavam o Guia de caderno. “Muitas vezes eu conversava com ele”, ela disse.

---

<sup>38</sup> Cf. seção 3.3.2.

<sup>39</sup> Cf. seção 3.1.

“Era imaginário, mas muitas vezes eu conversei muito... sozinha, mas como se fosse com alguém mesmo”. Perguntei como ela percebia que isso era imaginário, mas foi outro companheiro que respondeu. Ele ia até a pessoa e quando descobria que ela não o estava chamando nem falando nada, ficava assustado. O companheiro não havia terminado de falar, quando uma terceira pessoa, que parecia segurar sua fala havia algum tempo, tomou a palavra. Ela relatou uma coisa muito estranha que aconteceu com ela, que a fez perguntar se estava ficando doida. Foi quando terminara um curso no Sebrae e precisava pegar seu diploma. Uma voz lhe disse para ir imediatamente pegar o diploma, mas quando chegou lá, viu um rapaz bonito e maravilhoso como toda mulher gosta, que lhe disse “tá aqui seu diploma lindo e maravilhoso como você gosta”. O rapaz ficou em sua mente como se fosse casado com ela e ela voltou lá atrás dele. Ela lembrava dele ter entrado em um carro muito bonito, o que lhe fez pensar que tivesse muito dinheiro. Mas nunca mais voltou a ver a pessoa. Seu discurso era acompanhado de uma tensão que se fazia sentir em seu corpo e em sua voz, com muitas palavras entrecortadas, como se mal conseguisse escolher aquelas que pronunciaria em seguida. Mas a voz na sua cabeça não lhe dizia nada de ruim, era como se estivesse em uma entrevista: “Menina, você gostaria de fazer faculdade? Você gostaria de fazer vários cursos, menina?”. Aos poucos, víamos seu tom de voz relaxar, enquanto ela dizia que aquele “desempenho” de ouvir vozes ia cessando, até que ela foi internada num hospital. Pareceu “saltar” de uma lembrança a outra e não entendi o motivo de sua guinada para a internação, já que começava a falar de sua melhora. É que, quando foi internada, encontrou um médico que parecia o rapaz que encontrara antes. Ela sentiu-se perseguida e pediu para que mudassem seu médico. Procurei relançar a companhia em nossa discussão, perguntando se ela falava de um período de sua vida em que já havia começado com a medicação. Quase sem me dar ouvidos, ela respondeu que não e continuou a narrar longamente sua história de internação, dando detalhes excêntricos de suas experiências de sair do corpo e sobrevoar sua pessoa amarrada. Sentindo grande desconforto no grupo, perguntei há quanto tempo tinha sido tudo isso e, depois, se ela havia anotado o que tinha dito. Havia sido há 14 anos. Em seu guia, anotou apenas que

começara a ouvir vozes por causa de um diploma. A companheira parecia obsedada pelas lembranças, como se estas fizessem pressão para se expressarem. Ignorava minhas tentativas de trazê-la de novo para o grupo. Seu monólogo era acompanhado de um sentimento de tédio que parecia se abater sobre todos (o psiquiatra chegou a fazer esse comentário ao final do grupo). Era como se nossa escuta não comportasse tamanha tensão, tamanha velocidade e obstinação na fala. Como se não fosse possível compartilhar ou reconhecer aquela angústia ou seus motivos, estranhamente banais aos olhos de outros. Em fração de minutos, íamos do sentimento compartilhado ao isolamento de um mundo próprio que, esforçando-se por compartilhar, parecia não encontrar os meios de estar com outros. Apenas depois de esgotar a tensão que a tomava, uma outra companheira calmamente entrou na conversa e, como se ignorasse minhas preocupações com o clima do grupo, puxou um fio e deu continuidade à discussão.

A pergunta sobre como narrar a experiência do grupo, quer dizer, como dar expressão ao plano coletivo implicacional, compareceu inicialmente nas Memórias, como se pode notar, em função do registro de duas posições narrativas: a do narrador/manejador e a dos participantes/narradores. O ponto de vista do narrador/manejador é o ponto de vista de uma experiência circunscrita, ponto de vista de primeira pessoa, o qual, como explicam Varela e Shear (1999), exprime como um fenômeno existe para um observador, a maneira de ser deste fenômeno para o sujeito. No caso, o ponto de vista do narrador/manejador exprime como o grupo aparece para este ponto de vista. Porém, o trabalho do manejo passa pelo acesso a *outros* pontos de vista de primeira pessoa, que perspectivam o grupo à sua própria maneira, que se exprimem de maneira única, que afetam e são afetados pelos demais. Além disso, o manejo procura acessar simultaneamente a experiência compartilhada (por ex., a que se expressa no “tédio” nesta última narrativa) que faz emergir cada ponto de vista. Mas se a função do dispositivo é o acesso e a expressão da experiência, se o dispositivo visa *dar voz* a experiências silenciadas, ignoradas, inibidas, excluídas ou barradas, o que o manejo procura fazer é acolher estas experiências, reconhecê-las em sua legitimidade, criar-lhes um canal para o compartilhamento com o grupo. Neste sentido, o manejador ocupa também o ponto de vista de segunda pessoa, que simpatiza e empatiza com a experiência do outro, que se vincula a ela, que se conecta com ela, que a assiste nascer, como uma doula ou uma parteira, para usarmos a

expressão de Varela e Shear (1999). Nos registros, a expressão da implicação entre os pontos de vista resultou em uma espécie de dobra da narrativa, pela qual aquilo que os pesquisadores faziam era *narrar o narrar*, quer dizer, implicar o seu narrar no registro das narrativas dos participantes.

Desta forma, víamos o plano implicacional surgir “narrativamente”: os enunciados se implicavam, se transmitiam uns nos outros sob a forma de um *discurso indireto*. Parecia-nos que ressaltar esta característica do registro indicava uma solução possível ao problema da expressão do plano implicacional. Esta não era exatamente uma solução bem definida e acabada, nem seria o caso de recusar outras soluções possíveis para o mesmo problema. Tratava-se de uma intuição e de uma aposta, algo que nos permitia nos orientar em direção a um *procedimento de escrita*. O procedimento é uma operatória que se instala na língua, que não se expõe explicitamente, mas se realiza implicitamente. Um procedimento de escrita funciona como um conjunto de regras mais ou menos rígidas que um escritor determina para si mesmo, que condiciona e regula certo desenvolvimento de uma experiência com a linguagem. Utilizar o discurso indireto, repeti-lo, tensioná-lo até exprimir sentenças em discurso indireto livre, fazer do atravessamento dos enunciados e da mistura dos sujeitos uma operatória, trabalhar ativamente a escrita de modo a aproximá-la da experiência esquizofrênica de ouvir vozes. Assim como René Lourau encontrava no surrealismo uma escrita automática, que consistia em proporcionar variações de velocidade à escrita, de modo a aproximá-la de uma espécie de transe, pode-se supor que existam incontáveis procedimentos possíveis, cada um articulado a potências próprias de um estilo. Em Favret-Saada, por exemplo, encontraríamos uma escrita que é da ordem da possessão, que se faz “sob encantamento”. Na literatura, pode-se dizer que cada escritor inventa para si o seu próprio procedimento, a regra de escritura com a qual ele procura estilizar o mundo. Veremos como Deleuze e Guattari (1977) encontram em Kafka um curioso procedimento, ao mesmo tempo “jurídico e engenhoso”, que submete as “máquinas sociais” a uma espécie de desmontagem. Antes disso, porém, gostaríamos de situar Dostoiévski como o escritor que mais claramente nos concede o procedimento do discurso indireto.

Com efeito, Bakhtin (2010) diz encontrar em Dostoiévski uma nova estética no gênero do romance. O romance é uma literatura de indivíduo, uma obra de um ser solitário, que inventa personagens para atuarem suas vontades e ideias, em um mundo acabado e previsível que se alicerça na consciência do autor. Mas Dostoiévski inventa o romance polifônico, onde o autor deixa de ser onisciente, deixa de impor seu olhar de cima e passa a

habitar o mesmo plano de visão das personagens, como uma consciência entre consciências. Em Dostoiévski, o autor se avizinha das personagens, se lhes põe ao lado. Seu ponto de vista entra em contato com o dos participantes, se imiscui neles e é por eles afetado. O discurso do narrador abandona o ponto de vista de terceira pessoa, torna-se um *tu* dialógico, atravessado, tensionado por diferentes vozes. Com isto, Bakhtin afirma que Dostoiévski faz ruir a consciência monológica, espécie de ponto de vista autocentrado, unitário, autoritário. Destituído do ponto de vista de terceira pessoa, o romance polifônico de Dostoiévski prescinde da unidade do mundo, expressa no princípio ou na finalidade do romance, e afirma, através dos múltiplos pontos de vista que o habitam, um mundo fragmentário e polívoco.

A pista que tomamos para construir o procedimento de registro foi inspirada nas análises de M. Bakhtin (2006) sobre os modos de transmissão do discurso de outrem: o discurso direto, o discurso indireto e o discurso indireto livre. O filósofo russo encontra no “problema do discurso citado” um campo de análise objetiva das tendências sociais que se materializam no discurso. Há gêneros de discurso que só podem transmitir a palavra de outro erguendo barreiras bem estabelecidas que distinguem e separam a voz citada da voz do autor. Mais ou menos como em nossos textos acadêmicos, em que toda utilização do pensamento de um autor deve ser citada, destacada por aspas, separada do corpo do texto, referenciada etc. Mas há gêneros literários que procuram dissolver ativamente tais barreiras e promovem uma espécie de comunicação direta entre sujeitos. Bakhtin percebe e destaca a existência de uma dimensão extra-linguística do discurso, irreduzível às categorias linguísticas, que aponta para *relações dialógicas* (Bakhtin, 2010, p. 209) que se estabelecem *entre* os pontos de vista: modos de apreensão, apreciação, compreensão, interrogação, inflexão, crítica etc. do ponto de vista do outro. As relações dialógicas não se estabelecem apenas entre discursos de sujeitos diferentes, mas são também perceptíveis no discurso de um único sujeito. Nosso próprio discurso interior é todo ele dialogado, explícita ou implicitamente, o que demonstra como a relação com o outro é constitutiva do ser individual. Estamos sempre expressando nossas experiências em vistas de um outro que nos auxilia ou perturba o acesso. No discurso interior, assim como em certos estilos literários, é possível perceber acentos, inflexões, certa entoação da palavra que revela a presença de um outro, de uma outra voz. Uma participante declara em certo momento do grupo: “O pastor me disse que eu não deveria tomar aquilo, que aquilo era o inimigo, ele me disse. Aí, minhas amiga, minhas vizinha dizia pra eu tomar, que ia fazê eu melhorar, ficar bem, e eu ficava me perguntando o que eu devia fazer, o que Deus queria para mim”. O dialogismo demonstra a presença do discurso de um outro em meu discurso, ele nos

remete a uma concepção da enunciação como discurso indireto ou, como queremos mostrar, como *agenciamento*, sempre coletivo, instaurado na convergência entre diversos agentes sociais.

Para Deleuze e Guattari (1995b), o discurso indireto merece ser encarado como a própria condição de possibilidade da linguagem, “primeira determinação da linguagem”, preenchida apenas por uma “função coextensiva”, que os autores chamam “palavra de ordem” (p. 13). A palavra de ordem é a transmissão do dito *no* dito, uma redundância, que promove basicamente a propagação automática dos discursos e a reprodução da ordem social. Significa dizer que a linguagem supõe sempre linguagem, que não há ponto de partida não-linguístico: “a linguagem não é estabelecida entre algo visto (ou sentido) e algo dito, mas vai sempre de um dizer a um dizer” (p. 13). Neste sentido, a narrativa não consiste em comunicar o que se viu ou se sentiu, “mas em transmitir o que se ouviu, o que um outro disse” (*idem*). Todo discurso é preenchido pela presença de uma palavra alheia na palavra, de outro dito no dito. Todo enunciado remete a uma cadeia de enunciações e, neste sentido, é inteiramente social. Quando acessamos esta dimensão da linguagem, este plano de dissolvência em que os sujeitos dão lugar a ditos e transmissões de ditos, não consideramos mais qualquer separação entre as enunciações individuais, nem mesmo consideramos a existência de sujeitos de enunciação. O que vem à tona, o que emerge do inconsciente são agenciamentos coletivos de enunciação: como no caso de nossa participante, cujo enunciado nos transmite toda uma rede estabelecida entre sua pessoa, uma certa experiência da loucura, vizinhas, amigas, um pastor e, até mesmo, Deus e o “inimigo”.

### 4.3 Agenciamentos, máquinas e escrita

Retornemos a Félix Guattari para melhor situarmos seu conceito de agenciamento coletivo de enunciação. Convidado por Jean Oury para trabalhar na clínica de La Borde a partir de 1955, Guattari se transforma em um dos expoentes da Psicoterapia Institucional. É em La Borde que ele inicia um trabalho de intensa experimentação prática e conceitual que fará atravessar de uma nova maneira os universos de referência da psicanálise e do marxismo. Como diz Deleuze (2006c), Guattari procura desde então enxertar a política na psicanálise e, inversamente, inserir na prática política operadores analíticos da economia desejan-te. Com a psicoterapia institucional, Guattari encontra um território concreto de experimentações clínicas e

políticas, de onde extrairá novas ferramentas de intervenção, capazes de serem transpostas a outros domínios. A proposição de conceitos como de transversalidade e de grupos-sujeito, como veremos, demonstra claramente o projeto de Guattari para abrir o desejo para o campo social, conectá-lo à política, remetendo sua produção aos meios coletivos imediatos. Para Guattari, era preciso despseudologizar e desindividualizar o desejo. Porém, ele só poderia convencer-se disso experimentando, traçando as condições para uma análise engajada dos investimentos desejantes, em última instância, eliminando a distância entre a teoria e a prática. O campo de intervenção aberto pela psicoterapia institucional convoca-nos não apenas a reconectar a análise do desejo com a imediaticidade das práticas institucionais, como também a reorientar a produção de conhecimento em relação à transformação das condições de existência no interior das instituições. Com Guattari, a psicoterapia institucional retira a instituição de sua inércia ou de sua transcendência ilusória, passando a concebê-la como um processo revolucionário de contínua institucionalização e desinstitucionalização (Sibertín-Blanc, 2006, p. 88).

É no contexto específico da clínica de La Borde e do movimento da psicoterapia institucional que Guattari concebe o primeiro esboço do conceito de agenciamento coletivo de enunciação. Ele se pergunta sobre as condições de uma prática analítica e política que tome a instituição como sujeito, mas por ela mesma, sem referência a um observador externo que viria elucidar seus mecanismos inconscientes. Abdicando do conceito de transferência, ainda muito centralizado na figura do analista, Guattari propõe o conceito de transversalidade para expressar uma dinâmica comunicacional geradora de irrupções de material analítico, referentes ao grupo como sujeito do inconsciente<sup>40</sup>. A emergência da transversalidade indica que há aumento do coeficiente comunicacional no grupo e que, portanto, um processo transindividual conecta os diferentes sujeitos, a despeito de suas particularidades e de suas posições institucionais, em um mesmo processo analítico coletivo. Mensagens ou fragmentos semióticos provenientes de qualquer ponto podem percorrer vias inabituais de transmissão, ao largo das vias normalmente admitidas pela regularidade institucional, possibilitando a expressão de “objetos institucionais” ou analisadores, sempre já compartilhados, que então demandam um esforço coletivo de análise.

O conceito de transversalidade deve então ser cruzado com o quadro que Guattari concebe das diferentes posições subjetivas do grupo. Para ele, é preciso distinguir ao menos

---

<sup>40</sup> “Se não se partir da definição do sujeito como sujeito inconsciente, ou melhor, como agente coletivo de enunciação, corre-se o risco de coisificar, na forma de *estrutura*, a instituição, e, por outro lado, toda a sociedade” (Guattari, 2004, p. 68).

duas posições, entre as quais oscila o desejo do grupo: a dos grupos sujeitados e dos grupos-sujeito. No primeiro polo, encontra-se a heteronomia, quer dizer, a posição de quem, independentemente do lugar social, evita a tomada da palavra e assimila obedientemente uma lei fundada por outros. Os grupos sujeitados são mais suscetíveis a organizações hierárquicas, verticais ou piramidais, que se estruturam para evitar ao máximo o dissenso, ou, mais profundamente, a inscrição do não-sentido e da finitude: eles visam a impedir a emergência de “rupturas criadoras”, assegurando “os mecanismos de autoconservação fundados sobre a exclusão dos outros grupos” (Deleuze, 2006c, p. 254). É uma posição desejante que exprime um mínimo de transversalidade e que, portanto, se efetua pela centralização, pela totalização e pela unificação homogeneizante de seus membros. Reduzindo ou bloqueando os canais de comunicação, os grupos sujeitados se tornariam incapazes de produzir enunciações criadoras e limitar-se-iam a emitir enunciados estereotipados ou automatizados, meras palavras de ordem.

No segundo polo, os grupos-sujeito surgem como aqueles que tomam a palavra para si e que fundam sua própria lei. Tais grupos tornam-se agentes de enunciação e suportes do desejo. Neles, o coeficiente de transversalidade se amplia e permite a expressão de signos que remetem a uma alteridade interna, à heterogeneidade inscrita no grupo. Eles permitem a manifestação de signos inicialmente desprovidos de sentido, que provocam rupturas nas cadeias habituais de enunciação, liberando elementos que servem de analisadores, quer dizer, que *operam* análise (no sentido de “decomposição” ou de “separação de um todo”) ao mesmo tempo que *demandam* análise (no sentido de um exame minucioso). Dos grupos-sujeito pode-se dizer que erguem a cabeça e abandonam a resignação<sup>41</sup>, indo em direção à autonomia. Fundar a si mesmo e ao seu mundo, assumir para si uma missão, realizar suas intromissões na ordem dominante, propagar seu discurso, aliar-se a outros grupos, igualmente autônomos e heterogêneos, eis a direção para a qual aponta a posição desejante dos grupos-sujeito: a contração, cada vez mais ampla, *dos diferentes na diferença*<sup>42</sup>. Mas é certo também que as posições do desejo propostas por Guattari indicam menos duas posturas rígidas, ou dois estados de coisa, do que tendências institucionais conversíveis e que não param de se

<sup>41</sup> Em 1975, quando da colaboração de Guattari com Gilles Deleuze, as posições subjetivas são associadas a duas posturas corporais que os autores encontram na obra de Kafka: a cabeça baixa e a cabeça erguida. A primeira se vincula ao afundamento em um território, à culpa e à vergonha, enquanto a segunda indica a desterritorialização, a inocência e o desejo. Cf. *Kafka, por uma literatura menor* (Deleuze; Guattari, 1977).

<sup>42</sup> Deleuze (2006c) afirma que a visão revolucionária de Guattari, constatando a imensa fragmentação das lutas sociais, propunha uma unificação que não deveria se pautar pela verticalização, mas por uma espécie de “lateralização”: unificação lateral que remete a uma máquina de guerra, e não à unificação vertical de um Aparelho de Estado.

embaralhar no interior de um mesmo grupo. Entre as duas, poder-se-ia inclusive admitir gradações, mesclagens, certa indeterminação que pode sempre levar uma ou outra a ganhar uma hegemonia temporária.

Para Guattari, a assunção da posição de sujeito implica necessariamente no extravasamento do grupo em relação a seu domínio particular e na sua conseqüente intrusão ou propagação em outros domínios: “Se a lei constitutiva do grupo tornou-se de fato intencional e explícita, há repercussões dela no campo que lhe é exterior, campo com respeito ao qual esse grupo é colocado como potencial sujeito inconsciente” (Guattari, 2004, p. 63). O grupo-sujeito recusa a lei exterior e procura as vias de efetuação de sua própria lei. Com efeito, Guattari preferia chamar de “análise institucional” a esta função clínica e política desempenhada pelos grupos-sujeito, por estas “máquinas de produzir e enunciar o desejo” (Deleuze, 2006c, p. 258) que ele pretendia ver replicada em outros domínios que não apenas aqueles do hospital psiquiátrico, mas também nas escolas, nas fábricas, nos grupos militantes, etc. O problema do desejo de grupo é encontrar seus modos de sustentação e de conexão com o desejo de outros grupos, de produzir novos enunciados capazes de exprimir as condições revolucionárias latentes, de se espalhar na massa e de operar a “liga” – as convergências, as contrações ou unificações não totalizantes, quer dizer, os agenciamentos necessários para ocasionar as rupturas com uma ordem de sujeição e as composições de um outro corpo político coletivo.

Sabe-se que a problemática dos grupos, tão significativa para as experimentações da psicoterapia institucional, sairá um tanto de cena nos anos 1970 para incorporar uma nova formulação, bem mais ampla e acabada, centrada no conceito de agenciamento. É na colaboração de F. Guattari com G. Deleuze que o conceito de agenciamento ganhará relevo, particularmente em *Kafka, por uma literatura menor*, de 1975, e em *Mil Platôs*, de 1980. Encontramos em cada uma dessas obras elementos para a experimentação de uma política de narratividade capaz de expressar o plano da experiência, que, como vimos, é o plano de uma afetividade de grupo, de compartilhamento ou, como dizia Lourau, de implicação.

Em *Kafka, por uma literatura menor*, o conceito de agenciamento é apresentado em sua dupla face: é agenciamento maquínico do desejo e agenciamento coletivo de enunciação. O agenciamento maquínico implica uma multiplicidade de *corpos* solidários, postos a funcionar em conjunto, movidos pela energia do desejo. Os agenciamentos são “máquinas”, em um sentido largo: suas engrenagens não são apenas compostas por roldanas e parafusos, chips e hardwares, mas também por homens e mulheres que se engatam junto com estes. Não

há máquina técnica que não seja imediatamente social, tomada em um fluxo societário que a põe para funcionar junto a outras máquinas, no interior de máquinas sempre mais complexas – instituições, indústrias, laboratórios, Estados, etc. Se tudo entra em funcionamento, se tudo é posto a maquinar em conjunto, é porque o desejo é ele próprio maquínico – erótico e conectivo –, e porque todo desejo só existe agenciado, determinado em um ou outro agenciamento específico. Talvez, aos olhos de Deleuze e Guattari, o processo irrefreável de industrialização e tecnicização da vida humana tenha feito da máquina técnica “o modelo de uma forma de conteúdo válida para todo o campo social” (Deleuze; Guattari, 1977, p. 120). Não se trata, contudo, de realçar simplesmente as condições do trabalho alienado, já que fazemos parte da máquina não apenas quando trabalhamos, mas quando repousamos, quando fazemos amor, quando protestamos e assim por diante. Quase um século depois de Kafka escrever seus romances, encontramos-nos cada vez mais afundados nesta realidade maquínica, equipados com nossos computadores e celulares, amando e guerreando no interior de uma imensa máquina que conecta o mundo inteiro, ao mesmo tempo que exclui ou põe à margem de seu funcionamento um enorme contingente de pessoas.

Articuladas a esta face corpórea do agenciamento, as enunciações coletivas não nos remetem mais simplesmente a enunciados produzidos por um grupo ou uma coletividade dados, mas, o que é bem diferente, a enunciações sem sujeito. Encontramos aí certa filiação de Guattari ao pensamento marxista de Mikhail Bakhtin (2006), que propunha descentrar a enunciação dos indivíduos que a produzem, considerando o caráter necessariamente social de toda enunciação, o fato de que esta se dá sempre em uma situação e um contexto específicos, que se dirige a um interlocutor determinado, segundo o qual ela adquire uma ou outra forma, enfim, que ela segue um conjunto de condições coletivas exteriores ao sujeito para se realizar. A enunciação não pode, portanto, ser referida à forma de interioridade do sujeito, à sua intimidade ou à sua privacidade. Enunciações coletivas nos remetem, antes, àquilo que podemos depreender dos enunciados que circulam na exterioridade de um campo social e que nos concedem as conexões das engrenagens da máquina, isto é, os sentidos que dão a “liga” das efetuações típicas do desejo.

Em *Mil Platôs*, Deleuze e Guattari (1995b) acrescentam ao conceito de enunciação o conceito de “ato de fala”, sob certa visada pragmatista da enunciação, que a compreende em função dos efeitos que ela produz em cada situação concreta. Seguindo as teses de John L. Austin, os autores afirmam que não existem apenas relações extrínsecas entre a ação e a fala, mas também relações intrínsecas, de modo que é possível destacar determinadas ações que se

realizam *na* fala, seja explicitamente, como no performativo (juro ao dizer “eu juro”), seja implicitamente, como no caso do ilocutório (interrogo dizendo “será que...?”, prometo dizendo “eu te amo”). O ato de fala não é aquilo que diz o enunciado, mas o que ele faz, a ação que ele opera: é uma promessa, é uma ofensa, é um protesto, é uma sentença, é uma reclamação etc. Segundo Deleuze e Guattari, Kafka encontrava especialmente no *ato jurídico* o “modelo de uma forma de expressão válida para todo enunciado” (Deleuze; Guattari, 1977, p. 120), na medida em que este realiza uma ação que tem a singular capacidade de decretar a transformação de uma condição em outra: “Declaro o réu condenado”. Um ato jurídico nos remete a uma transformação *incorpórea*, imediata, instantânea, que funciona como um efeito de conexão entre as engrenagens da máquina (entre o tribunal e a prisão, por exemplo). Pelo mesmo motivo, entretanto, o ato de fala nos concede simultaneamente as condições de uma desmontagem: ele nos permite apreender aos enunciados como engrenagens maleáveis, relações passíveis de serem desfeitas ou substituídas por outras.

Nosso interesse em relação à leitura que Deleuze e Guattari realizam de Kafka se deve ao fato dos autores encontrarem no escritor tcheco um procedimento de escrita imediatamente articulado aos agenciamentos sociais, o que confere à escrita kafkiana o estatuto de uma “investigação científica”, espécie de “relato de experiências sobre o funcionamento de uma máquina” (Deleuze; Guattari, 1977, p. 65, 66). Mais do que referir a obra de Kafka a leituras psicanalíticas, onde a relação com o pai se transmutaria na relação com a instância inalcançável de uma Lei suprema, seria preciso perceber a experiência literária própria de Kafka como a de um funcionário público, situado em meio aos escritórios, aos papéis e corredores da burocracia, lidando com processos administrativos e jurídicos, que correm as muitas instâncias de uma hierarquia sinuosa, cujo funcionamento particular, uma vez elevado ao infinito no campo social, nos concederia a imagem de uma imensa máquina burocrática, labirinto ilimitado de segmentos conexos, sempre um escritório ao lado de outro. Escrever teria para Kafka esta dupla função: “transcrever em agenciamento, desmontar os agenciamentos” (Deleuze; Guattari, 1977, p. 70). A transcrição é a cópia exata da fala no papel, mas ela só é operada “em agenciamento”, quer dizer, estando implicada nas engrenagens de uma máquina institucional ou social. A implicação não é recusada, os enunciados não se elevam a um ponto de vista desencarnado. Em vez de determinar o sentido a partir de cima, Kafka procede por uma “aceleração romanesca” das engrenagens que ele encontra, levando a máquina ao limite de seu funcionamento. É assim que ele empreende uma “descodificação do desejo”, isto é, uma liberação da energia desejante presa aos códigos que

preestabelecem as conexões, uma passagem ao estado de indeterminação momentânea em que o desejo que se libera prepara já a criação de outras conexões, outros agenciamentos. Por outro lado, é a literalização da implicação, sua objetivação narrativa, que faz com que o sentido das sentenças transcritas possa, como que por um efeito de debreagem ou de desacoplamento, ser “suspendido”, desconectando-se de sua finalidade habitual para conceder a visão de uma relação social inconsciente.

Deleuze e Guattari combatiam interpretações que escamoteassem uma visada política da obra de Kafka. Para eles, tais interpretações negligenciavam tanto o fato de que Kafka idealizava uma função política da literatura, quanto dele conceber sua própria maneira de praticar uma política narrativa. Os autores privilegiam as interpretações realistas e sociais de Kafka, mas é certo que aí não se encontra um terreno mais confortável. Pois o que surpreende é que os personagens de Kafka descubram opressões duríssimas sem jamais se oporem a elas, sem nunca se indignarem, nunca emitindo qualquer crítica: “O espantoso, em Kafka, é que o espantoso não espanta ninguém” (Anders, 2007, p. 20). Mas o que é preciso ver é o procedimento da desmontagem que Kafka opera com sua máquina de escrita. Ele se utiliza das representações sociais tais como ele as encontra, sem nunca criticá-las, sem nunca se opor a elas, porém ele extrai delas os agenciamentos maquínicos e coletivos que sustentam o funcionamento de uma máquina social frequentemente percebida como transcendente e intangível. Quando a intuição que temos da máquina é puramente “abstrata”, quer dizer, dissociada de seu funcionamento real, quando dela não temos mais do que uma representação empobrecida, a máquina só pode se apresentar sob a forma de uma Lei autoritária que nos assujeita. Deleuze e Guattari dizem que a máquina abstrata é a representação transcendente da lei (Deleuze; Guattari, 1977, p. 71), aquilo que sobrou de um agenciamento vivo e desejante, que por algum tempo promoveu processos positivos, mas que se instituiu em um modelo negativo e repressivo, que agora busca apenas sua autoconservação. A máquina abstrata é uma máquina morta, um agenciamento inerte, tornado incapaz de promover novas conexões. Proceder à desmontagem da máquina abstrata é recolocá-la no *socius*, rearticulá-la aos movimentos reais que a atravessam, a despeito de seu modo de tudo remeter a uma lei exterior. Ao contrário, quando estamos nos agenciamentos concretos, quando funcionamos com eles, em meio a suas engrenagens, até mesmo a ideia da abstração se transmuta: torna-se, tal qual na pintura, o recurso pelo qual extraímos das representações as forças moleculares do desejo. Haveria portanto uma “outra” máquina abstrata, que não nos remete mais à transcendência de uma lei repressora e conservadora, mas que se imiscui no interior dos

agenciamentos concretos como aquilo que aponta para o “teor maquínico” do desejo, como um *coeficiente* de transversalidade que nos permite avaliar, mesmo sem qualquer garantia de ver tudo mudar em seguida, se o agenciamento é de sujeição ou de subjetivação, se é fascista ou revolucionário, ou mesmo os dois ao mesmo tempo.

É isto que a política narrativa de Kafka nos indica: não a crítica ou a antagonização com as instâncias hierárquicas do poder, mas o acompanhamento dos movimentos do desejo no campo social. Percebe-se a presença da perspectiva revolucionária de Guattari, segundo a qual a articulação dos grupos-sujeito se daria lateralmente, transversalmente, não segundo uma unidade centralizadora e totalizante do movimento, mas segundo alianças flexíveis de uma rede acêntrica, multiplicidade heterogênea que não para de se conectar e de mudar enquanto se conecta. A produção do desejo é indissociável da produção de novas enunciações, a serem emitidas e propagadas, desmontando engrenagens e desbloqueando o desejo, impulsionando o movimento em uma transversal que liga segmentos diversos em um mesmo *continuum*, em uma mesma experiência comum. A máquina abstrata é incapaz de permitir ao desejo transbordar de suas engrenagens habituais, ela o limita a funcionar em um mesmo circuito, no interior do qual ele não para de circular, ao infinito, cortado ou refreado em cada segmento. Ao contrário, os agenciamentos do desejo, na medida em que operam de dentro a desmontagem da máquina, descobrem um processo contínuo, finito e ilimitado, interminável como os romances de Kafka. Tal processo não se realiza em relação a qualquer modelo ou código transcendente, *a priori*, mas traça o que os autores chamam um “campo ilimitado de imanência” (Deleuze; Guattari, 1977, p. 76), sobre o qual todas as ligações estão para ser inventadas. Não há crítica em Kafka porque ele visa um domínio político de intervenção totalmente diferente, que não diz respeito às formas, aos tipos e lugares sociais, mas a toda a molecularidade que habita já o campo social e que ele arrasta consigo no processo. É um método de intervenção distinto daquele que se vale dos mecanismos da representação, consistindo em prolongar indefinidamente um movimento virtual que já atravessa o campo social, ainda que não se concretize totalmente em formas atuais claras e distintas: “O agenciamento se descobre não na crítica social, ainda codificada e territorial, mas em uma descodificação, numa desterritorialização, e na aceleração romanesca desta descodificação e desta desterritorialização” (Deleuze; Guattari, 1977, p. 72). Kafka toma o que existe como um hábito estabelecido, como uma maneira de proceder, por uma espécie de procedimento virtualmente infinito – e é isto o que nos concede, no limite, o agenciamento maquínico do processo real, ao mesmo tempo por vir e já aí.

Os perigos desta política, pode-se ver bem. As molecularidades do desejo fazem massa, contagiam, espalham-se, seja qual for o teor do desejo. Impulsionando a escrita em direção às pontas mais desterritorializadas da sociedade, vemos despontar virtualidades sobre as quais nem sempre se pode afirmar com segurança se se tratam de forças revolucionárias ou de “potências diabólicas” que batem à nossa porta. Além disso, nada impede que sejamos pegos em uma espécie de processo ilimitado e interminável muito mais opressor do que qualquer instituição segmentária: prisioneiros da passagem, eternamente desterritorializados, sem chão, sem referências, desligados de qualquer universo durável (Gagnebin, 2014). Nossas enunciações, nem mesmo passíveis de serem assumidas como próprias, confundir-se-iam com um delírio sem fim, se entendêssemos este como um discurso incessante, correlato de um processo esquizofrênico destituído de interioridade e de pessoalidade. Poderíamos capturar assim os fluxos históricos e políticos que pulsam em nossa atualidade? Há para nossos autores uma relação entre a produção do desejo e a produção de novas enunciações, assim como entre o processo do desejo e um processo de deriva do campo social que se expressa no discurso, sob a forma de um delírio incessante<sup>43</sup>. É desta forma que o procedimento da desmontagem e o discurso indireto nos apontam para uma política narrativa capaz de compartilhar de uma experiência com a loucura, abrindo o ponto de vista de pesquisadores/narradores a toda sorte de signos disparados pelo dispositivo e a seguir a deriva destes, com vistas a mapear seus agenciamentos e a desmontar a máquina abstrata operante em nosso campo de pesquisa. Mas nada impede que sejamos capturados em um delírio improdutivo, paralisante, “a doença por excelência”, como diz Deleuze (1997, p. 15). É preciso avaliar nossos esforços, de modo a poder lhes conferir uma “medida de saúde” (*Ibid.*), quer dizer, descobrir no processo até onde podemos ir, o momento de reterritorializar, não para voltar ao estado anterior, mas para constituir um pouso em meio à vertigem do devir, possibilitando uma alternância entre movimentos distintos, mas complementares. Com efeito, o que nossa pesquisa-intervenção em saúde mental ensina é que a desterritorialização impingida pela loucura pede muitas vezes por movimentos de reterritorialização, isto é, por estabilizações que façam cessar, mesmo temporariamente, a experiência atordoante que ela implica (um pouco como a neurose precisa encontrar suas fugas). Enquanto compartilhamos o movimento vertiginoso do delírio coletivo, a estratégia cogestiva se depara com sua impossibilidade. Por outro lado, se o

---

<sup>43</sup> “Por produção inconsciente entendemos exatamente a mesma coisa que a produção de desejo num campo social histórico ou a aparição de enunciados e enunciações de um gênero novo [...] O desejo ou o delírio (que são profundamente a mesma coisa), o desejo-delírio é por natureza investimento libidinal de todo um campo histórico, de todo um campo social” (Deleuze, 2006b, p. 345, 346).

compartilhamento não ocorre, a cogestão arrisca não funcionar efetivamente e apenas servir de mero simulacro de um encontro verdadeiro.

#### 4.4 Um estranho gerúndio

TERCEIRO ENCONTRO. O círculo torna-se mais confortável. A presença de outros participantes, que vieram experimentar o encontro, confere-lhe um novo ar. Ela exige uma nova contratação do sentido do grupo e da pesquisa, que aliás ainda não se firmou completamente. O que se fazia ali? Alguma ideia? Os novatos maneavam as cabeças negativamente. Por um momento, a disposição grupal percorre uma linha de indefinição, traçada entre o familiar e o desconhecido. Alguém então levanta uma voz cheia de convicção, tomada de um tom de obstinada clareza. Diz que a gente está ali para “falar de remédio”, caindo em seguida em uma gargalhada banguela e descontrolada, sem chance de remediação. Aponta para um companheiro e profere palavras incompreensíveis, enquanto seu alvo espanta-se, sem entender o que se passa. O riso, não obstante a obscuridade de seu sentido, espalha-se, tem o estranho efeito de provocar um riso louco que corre toda a curvatura do círculo, contagiando e explodindo o grupo em uma mesma gargalhada desconcertante. Como uma ola, o riso circula, levantando-se e logo se desfazendo, dando uma volta completa até retornar ao seu ponto de origem, único agora a se manter na graça. Ali, naquele ponto de voz coerente e olhar delirante, isolado, o riso perde a graça e vira constrangimento alheio. O riso compartilhado deslocou-se pelo grupo para se recentrar em uma pessoa que ri sozinha. Falar de remédio faz rir como se falar desse assunto fosse uma piada, mas uma piada cuja graça logo se perde, que dá lugar à seriedade com a qual se brinca, uma piada sem graça, uma piada des-graça. Tão besta quanto o riso de uma graça não compartilhada.

Girando, o círculo vira roda. Esta não é uma forma inerte, nem um símbolo ou uma disposição simplesmente espacial. O girar da roda faz parte de um método e, enquanto tal, está relacionado à ativação da capacidade de análise e co-produção de sujeitos (Campos,

2000). As condições desta ativação, porém, necessitam ser acompanhadas de perto. Não tomamos o giro como pura metáfora, mas como uma operatória que tem por efeito a descentralização e a destabilização das posições no grupo. Fazer rodar a roda conduz frequentemente ao embaralhamento de falas e sentimentos e ao efeito correlato de aumento do coeficiente de transversalidade. O giro balança as posições rígidas, conformes à ordem institucional, libera cargas afetivas e fragmentos de sentido, que traçam linhas transversais de comunicação. É por este movimento descentrado e vertiginoso que signos e afetos escapam à repetição de palavras de ordem e irrompem na atmosfera grupal sob a forma de analisadores, tão variados e imprevisíveis, que acabam por vezes a extrapolar o foco da pesquisa. É preciso, no entanto, atentar à especificidade do grupo, pois em saúde mental, a loucura não fica ileso a tal movimento: ela caotiza e é caotizada por ele.

Levamos em consideração certa experiência de vertigem que nos parece ser indissociável desta desestabilização do grupo e que reencontramos novamente a cada retomada de nossas Memórias. Com efeito, narrar estas memórias permaneceu por um longo tempo um esforço impossível, bloqueado por certa repulsa, a qual se fazia sentir como um embrulho no estômago. Acontece que o dispositivo da roda demonstra uma peculiaridade quando aplicado à saúde mental: o método cogestivo que ele propõe é extravasado por forças que ele mesmo libera. O acesso à experiência da medicação é recebido pelo riso louco, por uma gargalhada que se espalha e se desfaz, sem nada comunicar. Seu sentido permanece opaco, vazio, assignificante. O que ele passa não se dá sob a forma de uma comunicação racional, mas sob a forma de um *contágio*. Ou o riso contagia, mas não compartilha, ou o que ele compartilha não ganha sentido, ou, ainda, ele compartilha, mas, justamente, o que ele compartilha é o não-sentido. O que ele nos informa, portanto, é a impossibilidade de compartilhar algo ou a existência de certo “resto” não compartilhado, que inscreve continuamente no grupo a figura de um não sentido. A vertigem da roda, longe de se fazer sentir apenas no grupo, insinua-se também nas Memórias, sob a forma de uma narrativa mobilizada pelo não sentido: narra-se, mas o que se narra não aponta para lugar algum. Como se a expressão ganhasse preponderância na desterritorialização a que nos conduz, deixando de lado o conteúdo ou descobrindo-o apenas ao longo de seu próprio processo. Nosso relato obstina-se então a narrar o narrar, descentralizando as enunciações e expressando as desestabilizações. Ele abre uma via de acesso para o não compartilhado, para o não sentido, mesmo que arrisque aí a se perder no embaralhamento.

TERCEIRO ENCONTRO. O estranho círculo que junta lado a lado doutores e gente comum ri e se constrange. Nele, os afetos circulam entre lados extremos de uma vida cômica e trágica. O que se fazia ali? Vindos de fora, de uma realidade longínqua, portadores de uma linguagem estranha, diferente, complicada, aqueles doutores, com suas cabeleiras suspensas no ar, com seus *laptops* e gravadores, aqueles cientistas malucos, eles queriam algo, eles sabiam algo. Surge um novo olhar, uma outra voz, para quem a roda não familiar ganha novos contornos. O que salta aos olhos agora é o signo da pesquisa científica, motivada por seu afã tecnológico. Talvez a ciência, o conhecimento, a tecnologia e o poder de desvendar mistérios estivessem ali para descobrir aquilo que ninguém sabe, ou que não se comunica, aquilo que insiste como objeto de profundo mistério: o *diagnóstico*. Poderiam cientistas forasteiros aplicar sua tecnologia de ponta para desvendar tamanho enigma, poderiam eles responder enfim esta pergunta repetida mil vezes, poderiam certificar se afinal haveria cura para o transtorno mental? Ou então, quem sabe poderiam ao menos confirmar – perguntava agora uma terceira voz – se ao menos poderiam refutar ou confirmar este pressentimento, esta falta de paz, mesmo que a resposta seja terrível, poderiam eles afirmar de uma vez por todas se é verdade que não há saída e se a única alternativa será passar o resto da vida *tomando remédio*...

A irrupção de analisadores segue, então, a inscrição do não sentido. Não é simples acompanhar seus movimentos, visto que os analisadores traçam linhas imprevistas, desaparecem ao final de linhas quebradas e só se retomam adiante, disfarçados ou aliados a outros. O acompanhamento dos processos redesenha continuamente o terreno em que se insere a pesquisa, o campo de intervenção que se estende entre as vozes. Segundo certa convergência inesperada de linhas, o não saber associado ao sentido da roda se liga à desconhecida razão que leva a gente a se encontrar naquele serviço, quer dizer, o nome e a causa do infortúnio, do mal, do sofrimento. Nem todos conhecem o diagnóstico de sua doença. Não se sabe tampouco se esta tem cura. O que se sabe é só o que resta, o gerúndio sem fim do *tomando remédio*. Pelo resto da vida.

O gerúndio sem fim do *tomando remédio*. Em um instante desprezioso, um pequeno fragmento se libera no girar da roda. Ele nos arrasta em direção a um movimento que

se apresenta sob a face de um gerúndio interminável, mas ao qual se associa implicitamente um sentimento compartilhado de incapacidade ou de impotência. A enunciação deste estranho gerúndio indica-nos um movimento contínuo, repetido indefinidamente, mas que, como tal, não remete a um processo, mas a uma “parada de processo” (Deleuze, 1997, p. 13). Arrastada por um movimento que se ignora, a gente segue pendurada na pura incerteza, na escuridão do sem nome, do sem causa, do sem cura, tentando, insistindo, remediando o irremediável. Quer-se acreditar um dia, quem sabe, em que a ciência virá com a cura – estaria ela ali? – com seu poder de descobrir leis e verdades, determinar causas e propor soluções definitivas. Dia luminoso em que a igualdade seria finalmente restabelecida e a diferença suprimida. Teria este dia chegado? Poder-se-ia, enfim, ser como outros – como outros querem que se seja – uma pessoa comum, como outra qualquer? Por enquanto, continua-se, a despeito das incertezas, do não saber, a fechar os olhos e a engolir, a deglutir o remédio da ciência avançada, embora imperfeita, o remédio que não cura, que só remedia, que não é senão o gerúndio não terminável, o pelo resto, o que resta.

O círculo roda, vira roda e faz rodar. Mesmo sem esclarecer completamente seu sentido, o dispositivo já funciona no giro que arrasta a todos em um mesmo turbilhão. O giro descentralizante levanta consigo movimentos marginais não localizáveis, fragmentos de sentido e cargas afetivas que podem vir de qualquer lugar. Movimento vertiginoso, lateral, que corre pela curva como uma ola, bordejando o vazio que ele inscreve por tangentes improváveis, que desembocam em destinos heterogêneos. Há tangentes que encaçapam o movimento em um buraco negro, em um abismo do lado de dentro, como em olhos apagados, vidrados, olhos cor-de-nada, que ali fitam sem nada ver; outras que o bloqueiam, que o conjuram em favor da repetição monótona de palavras que nada dizem, ruídos de linguagem. Mas ali, quase de saída, na incrível velocidade da roda, é o infinito obscuro do que não tem dentro nem fora que aparece. O gerúndio do *remediando* é então a noite eterna, tão sem causa – sem origem nem explicação – quanto o mal que assola. Relegado a uma espécie de ponto cego, recusado ao compartilhar, este movimento segue ininterrupto, fazendo da gente refém de uma passagem sem início nem fim. Pois o início, a origem, se perdeu: já não se sabe nada sobre a queda, sobre os tristes eventos que envolvem e contextualizam o adoecimento. E a finalidade do processo, transformada em um estado de “cura”, tão duvidosa quanto inalcançável, não se tem, não se dá, não chega nunca. Sabe-se que o tratamento farmacológico foi indicado, embora não se saiba por que, nem, muitas vezes, por quem, nem por quanto tempo.

Este processo interminável de remediação sem elaboração, tão íntimo quanto alheio, palpável e imperscrutável ao mesmo tempo, enraíza-se em um conjunto de práticas que a atualidade tanto se esforça por interrogar. Entramos na era da industrialização e da psiquiatrização generalizada da saúde, operando por mecanismos em meio aberto, ao alcance de todos, com seus “benefícios” para qualquer um. Era do comércio mundializado de moléculas sintéticas, do controle químico da atividade neuronal, da biomedicina, em que os padrões de comportamento refletem desordens cerebrais em um espectro quantificável de dosagens. Era do controle mercadológico sobre a circulação das drogas em geral, sob a repartição jurídica e moral das drogas em drogas do bem e drogas do mal, em remédios benéficos e drogas maléficas. Manifestação local de um processo global, a remediação da doença mental, levada ao infinito, abre uma porta na teia complexa do contemporâneo. Acompanharemos seus efeitos, que, na experiência da roda, não emergem senão sorrateiramente, disfarçadamente, na vertigem própria da velocidade de seu descentramento.

#### **4.5 *Phármakon*, a ambiguidade da experiência da medicação**

DÉCIMO PRIMEIRO ENCONTRO. Um companheiro ajuda a retomar o fio das discussões, lembrando que conversávamos sobre os “efeitos dos medicamentos” e da “escolha de tomar ou não”. O grupo permanece um tempo em silêncio, deixando sobressair o arrastar das cadeiras daqueles que ainda se acomodam na sala. Aos poucos, começamos a entrar na conversa. Alguém diz que os efeitos variam de pessoa para pessoa. Um outro, para nossa surpresa, abandona seu silêncio habitual e de súbito toma a palavra. Em tom lacônico, restringe-se a dizer: “Faz dormir, né? Faz dormir”. Um pesquisador, motivado por um interesse especial por aquela participação inusitada, pergunta-lhe, como que para mantê-lo na conversação e, ao mesmo tempo, certificar-se sobre o sentido de sua sentença, se ele queria dizer que sua medicação o fazia “dormir bem” ou “dormir muito”. As tentativas do pesquisador são frustradas, não obstante, pela concordância reiterada do participante, ora com um ora com outro sentido. Uma outra companheira atravessa aquele diálogo, deixando rapidamente perceber a confusão em seu discurso, atravessado ele mesmo de referências exteriores, pelas quais ela parecia cons-

truir uma rede de correspondências. Ela dorme, não tem problemas para dormir. Mas vê tudo que se passa ao redor, tudo, tudo. Apesar disso, não se preocupa. Se precisar, pega o telefone e liga pra polícia! Outro dia, entrou traficante dentro de sua casa e botou um monte de maconha, de cocaína, de tudo. À medida que a escutamos, temos a sensação de que sua “casa” está em ruínas, escancarada, invadida pelas forças do mundo. Logo uma outra companheira se motiva a entrar na conversa. Diz que não queria tomar remédio, que estava sem tomar, pois que este estava em falta, mas sobretudo que não teve nunca a possibilidade de escolha. Seu tom queixoso assume progressivamente a forma de uma denúncia. Mesmo que o médico receitasse os remédios, para ela não havia diferença entre estes e outras drogas, como maconha, crack, cocaína. “Tudo no remédio é droga pra mim”, ela diz. Seus olhos se arregalavam, sua voz se intensificava, enquanto ela centralizava a discussão, parecendo precisar ardentemente compartilhar a tensão visível que atravessava seu corpo. Conhecíamos a linguagem daquele corpo, acostumado a explodir e a provocar explosões. Já tinha dito injetar maconha na veia, que conhecia droga e, portanto, sabia do que falava. Contrariava-se quando questionada se percebia efeitos desagradáveis em sua medicação. Resumia-se a repetir: “Remédio é droga! Droga!”. Deslocados em toda aquela encenação, os demais desviavam o olhar e afundavam em um profundo desinteresse.

É notável o quanto a remediação ao infinito transforma o teor do tratamento. As queixas usuais não remetem tanto ao que fez ou faz problema, ao que poderia interpelar os sintomas angustiantes e construir meios terapêuticos da reconstituição de si. O que ganha pregnância, muitas vezes o que recebe primeiro plano, são aspectos relacionados ao uso de psicofármacos, principalmente aos efeitos químicos desagradáveis, aos infortúnios associados à medicação. Efeitos minimizados pelo discurso técnico quando chamados de “secundários”, como se, na experiência de quem os sofre, não fosse possível ganharem valor preponderante e, mesmo, aprofundarem o sofrimento. Dorme-se muito ou não se consegue dormir, as mãos tremem, os movimentos imprecisos dificultam ações as mais básicas, os corpos se transformam, alargam-se irregularmente, a saliva transborda e escorre, os cabelos caem, o apetite sexual esgota-se e o gosto... aquele gosto, acre, persistente, aquele gosto na boca que

não sai! Lidar cotidianamente, reiteradamente, com estes efeitos não é nada banal. Por vezes, a experiência de estar sob efeito do remédio se aproxima do uso de entorpecentes: você fica dopado. Corpos embotados se arrastam pelos corredores, palavras arrastadas se entrecortam pelas bocas. Invisíveis e inaudíveis, há corpos que tentam gritar, estrebuchar, denunciar fortemente, mesmo não sendo ouvidos, mesmo permanecendo ignorados. Ninguém parece dar ouvidos, ninguém parece perceber que remédio é droga. Desabafo inútil, grito surdo; equação precisa? Certamente, importa que tal enunciado não adquira legitimidade ou importância, que seja desautorizado, talvez por provir daquela conhecida por seu temperamento intempestivo. De certa forma, o que ele denuncia em seu não-sentido é o senso comum que interdita a percepção do psicofármaco naquilo que ele tem de perigoso, de danoso, de “mortífero”, como dizem alguns participantes do grupo. Efeitos desagradáveis, ditos secundários, são minimizados diante da confiança no tratamento ou da necessidade social dos efeitos ditos primários, a eliminação dos sintomas indesejáveis. Associados ao sofrimento inicial, cuja demanda permanece sem resposta, os efeitos colaterais transformam-se muitas vezes em uma espécie de sofrimento duplicado, sofrimento elevado a sofrimento. Mas a posição subjetiva que o acompanha parece embaralhar o protesto e a sujeição. Os sentimentos que nele se misturam associam-se ao desamparo, à revolta, à necessidade de acolhimento etc.

Ainda assim, a equação perturba e desestabiliza em sua contundência. Seu efeito é produzir uma identidade inesperada entre termos aparentemente incompatíveis, questionando aquilo que deveria tratar, mas que, na verdade, deixa drogado. Talvez, a identificação entre remédio e droga desestabilize porque se alimenta do fundo moral de um senso comum que pressupõe a separação de substâncias psicotrópicas – substâncias que afetam o sistema nervoso e alteram a experiência subjetiva – em drogas do bem e drogas do mal, que aceita sem críticas a repartição social e jurídica entre substâncias lícitas e ilícitas (Rodrigues, 2014)<sup>44</sup>. A equação desacomoda porque confunde e sobrepõe propositadamente campos de práticas e modos de existência distintos, apagando todas as diferenças entre as substâncias, os usuários e os dispositivos que organizam seus usos. O uso de drogas psiquiátricas, legais e prescritas, pode ser avizinhado do campo moralmente reprovável do uso de drogas proscritas, atacando com violência a legitimidade da prescrição médica, instituição agora igualmente imoral e reprovável. O enunciado embaralha mundos, intercede e, na medida em que porta sua

---

<sup>44</sup> Sandro Rodrigues abordou os problemas em torno da prescrição e da proscrição de psicotrópicos, destacando a “repartição jurídica e moral” que distingue e separa substâncias socialmente percebidas como absolutamente benéficas (remédios) e absolutamente maléficas (drogas). Cf. *Modulações de sentido na experiência psicodélica* (Rodrigues, 2014).

dose de verdade, desassossega. Habitar seu incômodo é, contudo, confrontá-lo, desfazer a força atratora que ele carrega e que tem como efeito a redução de seu significado a um mínimo de sentido.

O desequilíbrio provocado por tal enunciação, entretanto, libera sentidos que a ultrapassam e que poderiam mesmo interrogar a experiência do grupo de um outro ponto de vista. Para além de suas intenções, impulsionada no sentido do próprio embaralhamento que ela efetua, a asserção “remédio é droga” acaba por afirmar também seu inverso, faz ouvir uma outra proposição, para a qual droga é remédio. O questionamento da prescrição de drogas farmacêuticas sob a estrita percepção do efeito terapêutico de tais drogas age simultaneamente sobre a proscricção de drogas não farmacêuticas e a estrita percepção do efeito danoso que estas provocam. Drogas exteriores ao universo técnico-científico, jurídico e moral podem produzir efeitos terapêuticos assim como drogas pertencentes a este universo podem causar sofrimento. A potência transgressora da enunciação, por um instante fugaz, libera um sentido que, ultrapassando as fronteiras entre campos sociais distintos e os limites de uma racionalidade encarnada no senso comum, exprime uma ambiguidade própria à experiência de uso de drogas, que implica *em si* os sentidos contraditórios de veneno e remédio. A experiência com psicotrópicos remete-nos à noção ambígua de *phármakon* (Rodrigues, 2014): sua situação de zona fronteira, de duplo-sentido, revela a natureza paradoxal das práticas de prescrição e uso de psicofármacos. Ela acena para esta dimensão de indecidibilidade do sentido em que uma mesma substância pode ser vista simultaneamente como veneno e remédio, para as inconstâncias de um sentido que pode sempre revirar em seu oposto.

A ambiguidade, o duplo-sentido e as inconstâncias que o fazem cair ora num ora em outro lado se manifestam no grupo em inúmeros momentos, intercedendo sobre as atitudes dos próprios pesquisadores, que ali procuram conduzir a discussão. Para estes, importa, com efeito, acessar a experiência de usuários e profissionais com a medicação, mas a problemática do acesso à experiência não implica a simples colocação em discurso de um vivido pessoal, entendido como um conteúdo pronto que se suporia acessível para o sujeito. Essa passagem sobre os efeitos da medicação no grupo o mostra bem. Entre as tantas intervenções, uma voz lacônica, contra o seu feitio, eleva-se, toma a palavra que normalmente procurava evitar e, mobilizada pelo grupo, projeta-se à frente, em um movimento corporal de quem se antecipa para garantir sua vez. “Faz dormir, né? Faz dormir”. A mobilização daquele corpo, que antes preferia as sombras e o silêncio, demonstra o acesso a uma experiência que pede passagem. Entretanto, a dubiedade desconcertante do enunciado expressa algo mais do que o simples

reconhecimento de efeitos de medicamentos sobre o corpo. Diante dela, os pesquisadores são tentados a precisar *um* sentido, certificarem-se de um conteúdo atestável. Afinal, queria-se dizer que o remédio ajuda a dormir ou dificulta a acordar? Faz dormir bem ou dormir demais? As perguntas sucessivas acabam por conduzir a respostas excludentes. Estas não fazem mais do que confirmar cada pergunta, fazendo alternar ora um, ora outro sentido. O que demonstra que elas já não se referem tanto ao vivido quanto a certa necessidade que agora se impõe de responder em concordância com o outro, a certo automatismo que circunscreve o jogo de perguntas e respostas, certa relação, enfim, de obediência, como se a indecidibilidade do sentido só fosse resolvida de fora, por uma relação de sujeição ou de heteronomia.

Logo o grupo descobre a imensa delicadeza das inúmeras situações em que a expectativa dos sujeitos na manutenção de sua zona de conforto venha a ser frustrada em um jogo de perguntas e respostas que tem por efeito desfazer a correspondência entre o que se diz e o que se experimenta e, assim, desnudar a face heteronômica da palavra, o fato desta não nos pertencer inteiramente, de ela nos transformar em meros transmissores de palavras de ordem. Revelada certa dimensão de indecidibilidade do sentido, em que uma mesma droga faz bem e faz mal, faz dormir bem e faz dormir demais, a determinação daquilo que se experimenta acaba por se socorrer no outro. Descobre-se que a palavra e a presença do outro assumem grande impacto sobre aquilo que se experimenta. O sentido da experiência pessoal revela sua precariedade, na medida em que remete agora a uma dimensão irreduzível ao vivido, aquém ou além dos limites da identidade pessoal. Ao acessar a experiência com o uso de psicofármacos, o grupo extrapola os limites da explicitação de vivências pessoais e expõe os sujeitos ao contato com as articulações de uma ordem institucional, de um inconsciente coletivo, social e político, que preestabelece os lugares sociais em um regime de sujeições.

As enunciações individuais remetem não apenas a vividos pessoais, mas às transmissões e retransmissões de “palavras de ordem” que sustentam as obrigações institucionais numa espécie de rede de enunciações descentradas – todo um agenciamento maquínico e coletivo. Daí que o processo de remediação infinita mereça ser encarado em função de sua regulação institucional, tanto quanto em função de uma regulação social mais ampla, para além dos limites estritos da instituição. Sobre qual agenciamento se sustentam as enunciações que nos acenam para esta noite sem fim? Inversamente, que tipo de organização social, de corpo afetivo coletivo, se sustenta nos nexos de um gerúndio interminável e mortificante? Como desmontar esta máquina, como reverter ou desbloquear este processo? Como reconduzir o gerúndio mortificante à zona de indecidibilidade do sentido ou de

indeterminação do desejo? Seria possível destacar nele mesmo um outro sentido para o processo interminável, centrado talvez não mais sobre o fim pretendido – a cura ou a “alta” – mas quem sabe sobre o *meio*, sobre o próprio processo de autoprodução de si, sobre o “*autos*”, a autonomia como paradigma do cuidado?

O dispositivo de pesquisa-intervenção encontra aí o seu desafio. Mas, dada a delicadeza de sua abordagem, que o faz confrontar as identidades individuais com seu fundo não pessoal, a condução do grupo deve ser investida de uma função clínica, que conjuga a ação de pesquisa necessariamente a uma atitude de cuidado. Ela se investe dos gestos de acolhimento das experiências inesperadas, potencialmente capazes de suspender, mesmo que por breves instantes, a ordem institucional e, assim, produzir rupturas na realidade subjetiva. Para uma pesquisa-intervenção, não é possível se furtar ao contato com o material subjetivo, repleto de cargas afetivas que se transmitem juntamente aos sentidos expressos. A pesquisa assume a tarefa de manejar este material. Tornando-se manejo, a condução grupal busca, *ao lado do* trabalho de condução das falas, uma vinculação corpórea, tátil, espécie de sintonização afetiva com cada participante e com o grupo, que a possibilita habitar um espaço de compartilhamento, um mesmo plano experiencial de co-pertencimento em que todos se acham ligados. O manejo clínico comporta uma sintonização com o outro que extrapola a linguagem verbal, que implica uma qualidade de presença e que transmite uma maneira de *estar com*.

Segundo Daniel Stern (1992), há um domínio da experiência caracterizado pela habilidade de compartilhar estados afetivos, o qual seria “o aspecto mais universal e clinicamente relevante do relacionar-se intersubjetivo” (p. 123). As investigações de Stern procuram mostrar como podemos nos conectar diretamente à experiência subjetiva de outras pessoas e, ao mesmo tempo, fazer com que elas saibam que “estamos juntos”, mesmo sem usar palavras. Trata-se de um manejo que opera por simpatia ou, como o autor prefere chamar, por uma “sintonia do afeto” (Stern, 1992, p. 124). A sintonia do afeto se caracteriza por uma equiparação entre estados subjetivos e se expressa através de comportamentos que dão a impressão de algum tipo de imitação. Em um dos exemplos de Stern, uma menininha de nove meses de idade tenta alcançar um brinquedo e, quando o consegue, solta um exuberante “aaaaah!”, olhando para a mãe. A mãe retribui o olhar e ergue os ombros e a parte superior do corpo, num movimento que dura o mesmo tempo que o “aaaaah!” da filha, igualmente alegre e intenso. Através deste e de outros exemplos, Stern demonstra como a sintonia do afeto produz estados compartilhados que mobilizam comportamentos recíprocos que se acompanham em

alguma medida, seja na intensidade, na duração, no ritmo ou na forma. As sintonias não se ocupam apenas de afetos bem determinados socialmente, como a alegria ou a tristeza. É possível sintonizar “afetos de vitalidade”, que são processos qualitativos melhor destacados pelas noções de intensidade e tempo. São movimentos dinâmicos ou cinéticos que podem ser designados por gerúndios, como “crescendos” (os olhos *arregalando-se*, o tom de voz *umentando*) ou “diminuídos” (um *suspirando*, um *prostrando-se*). Segundo Stern, a sintonia do afeto é um processo ininterrupto e não aguarda a aparição de afetos distintos. Sintonizamos com outros a todo o momento, mesmo sem percebermos. A importância dos afetos de vitalidade está justamente no fato de comparecerem virtualmente em todos os comportamentos. Os afetos de vitalidade, para Stern, “dizem respeito a *como* um comportamento, *qualquer* comportamento, *todo* comportamento é realizado, não *qual* comportamento é realizado” (Stern, 1992, p. 139).

Há um tipo de manejo pré-refletido e intersubjetivo que gera processos de entrelaçamento, de vínculo, de sintonia. O manejador pode tornar-se sensível a tais processos na medida em que estabelece uma atenção à própria experiência. É possível habitar esta experiência pré-refletida, intervir nela, junto com ela. Stern nos ajuda a pensar um tipo de manejo que se faz com os afetos, um manejo sintônico que produz experiências efetivas de “estar com”, mesmo que breves e singelas. Mas, como tal, o manejador é ele próprio afetado pelas oscilações do sentido que a sintonização lhe transmite. Seu principal desafio consiste em habitar tal oscilação, no intuito de tornar acessível sua própria dimensão de indecidibilidade. Tornar acessível esta dimensão onde a experiência ainda não implica uma decisão, onde ela implica a si e a outras em um mesmo plano de “des-cisão” (Eugênio; Fiadeiro, 2013), confere ao manejo a função de promover processos de autonomização, na medida em que acena para a possibilidade da autodeterminação de um grupo-sujeito. O dispositivo de pesquisa busca servir a este propósito, mesmo que seu poder de ação seja limitado, podendo sempre ser capturado pela ordem institucional ou por outras forças envolvidas. É preciso contra-efetuar esta ordem, produzir furos, tornar possível a co-habitação do grupo nas experiências de suspensão da obrigatoriedade de ações e respostas. Porém é igualmente preciso estar preparado para as inscrições do não sentido que daí podem advir. Fazemos do compartilhamento um instrumento e uma mola da pesquisa-intervenção, mas, ao aplicá-lo na saúde mental, deparamo-nos com o resto não compartilhado, com os muitos vazios produzidos no processo de exclusão social da experiência da loucura.

A pesquisa-intervenção libera seus efeitos pela desmontagem dos nexos da experiência de uso de medicamentos. Ao acessarmos a experiência, entramos em contato com o vazio de sentido, mas também com experiências de duplo-sentido, às vezes, tão atormentadoras quanto o primeiro, na medida que nos remetem à experiência de uma realidade que não se aquieta e que escapa sempre ao controle. Lançando mão de um dispositivo cogestivo, a pesquisa-intervenção procura constituir um corpo coletivo capaz de dar passagem para estes sentidos, de acolhê-los e de cultivá-los. Por outro lado, tais experiências ultrapassam frequentemente o enquadre cogestivo da pesquisa, efetuando-se em dinâmicas caóticas e enunciações delirantes, em uma louca deriva que extrapola os limites do grupo e que o arrasta em direção a um campo social mais vasto. O desafio do dispositivo de pesquisa-intervenção se situa, portanto, neste limiar clínico e político, no qual a construção dos dados da pesquisa exige o cuidado de experiências disruptivas que desestabilizam o dispositivo. Se a loucura caotiza e é caotizada pelo dispositivo, a expressão da experiência de pesquisa deve ela mesma traduzir esta deriva louca que nos afeta, segui-la ao máximo, até liberar as novas enunciações coletivas que anunciem, mesmo que apenas virtualmente, as condições de um outro corpo coletivo.

#### **4.6 O circuito infernal da medicação**

Perguntar-se pelo sentido do gerúndio da medicação, do remediando, é perguntar-se qual o agenciamento que o sustenta. O gerúndio da medicação não se faz em linha reta, mas como circuito infernal, movimento circular infinito, para falar como Deleuze e Guattari (1977), ao descreverem a máquina abstrata como um sistema que limita o movimento no interior de um circuito composto de segmentos descontínuos que se alternam ciclicamente (p. 77, 78). Uma vez que a passagem pelos diversos segmentos do sistema é cíclica e limitada, o sistema assume uma configuração monótona, inerte. Assim é a noite da remediação infinita, presente que não passa, o instante único eternamente distendido. Aqueles que entram no circuito da psiquiatria percorrem um processo de duração indefinida: “Os usuários atendidos pela psiquiatria permanecem indeterminadamente submetidos à terapêutica psicofarmacológica, resguardados aqueles que abandonam o tratamento” (Ferrazza; Rocha; Luzio, 2013). Mas aqueles que escapam a seu domínio dificilmente não recaem nele. O processo é descontínuo, circular e infinito, porém com uma ressalva: o retorno não se faz sem

uma intensificação que o faz sentir ainda mais – ou, paradoxalmente, torna-o ainda mais insensível. Com efeito, são inúmeros os que, em algum momento, abandonam abruptamente a medicação. Os gestos da interrupção não deixam de chamar atenção: é comum jogar os comprimidos na privada, fazê-los serem engolidos pela boca do esgoto. Como dizem Bairro e Poirel (2007), as interrupções levam frequentemente a uma nova crise e, da crise, segue-se a internação. Uma vez internado, o tratamento farmacológico é retomado, porém não da mesma forma. Não raro, para conter a insubordinação, emprega-se o “sossega leão”, como é chamada a injeção de tranquilizantes, e/ou se aumentam as dosagens regulares. A retomada da medicação revela então sua forma ambígua, deixa exposta sua dupla função: ela serve ao mesmo tempo à punição e ao anestesiamento. O efeito-droga, o dopamento, vem interromper a crise que interrompeu o dopamento. Sua intensificação, contudo, deve se fazer para subjugar a crise em sua desmesura. Pois a crise precisa ser contida, mas não só.

O uso de psicofármacos na atualidade conecta domínios sociais separados, que manifestam na prática semelhanças reveladoras. É certo que o controle químico já não encontra barreiras para efetuar seus processos de remediação infinita. Mas ele assume figuras diferentes, variando em aparência o que na verdade não passa de uma mesma maquinaria. Interessa, pois, que as táticas de remediação e os picos de intensificação recaiam também sobre crianças e adolescentes escolarizados e assumam aí figuras curiosas. Julieta Jerusalinsky (2014), por exemplo, utiliza a expressão “palmatória química” para qualificar o uso indiscriminado de metilfenidato como tática de disciplinarização escolar. Com efeito, a desobediência infantil tem sido alvo de intensa medicalização, o que rendeu a medicamentos como a Ritalina o apelido de “droga da obediência” (Brum, 2013). Nos últimos dez anos, registrou-se um aumento estratosférico, quase inacreditável, de 775% no consumo de metilfenidato no Brasil. A relação entre a rotina escolar e o consumo da droga, utilizada na prática para conter os comportamentos “hiperativos” das crianças e forçá-las a manter a atenção, foi apontada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) em um estudo de 2012, que mostrou que o consumo aumentava durante o segundo semestre e diminuía no período de férias. A intensificação medicamentosa revela aí sua dimensão pedagógica e disciplinar, com sua curva de consumo variável, seus picos descontínuos, sua relação com os exames e com a ordem institucional. De modo semelhante, a ortopedia pedagógica se insinua em atos próprios de um serviço de saúde. Pois não basta conter a crise: ela precisa ser também reprovada, desencorajada, pedagogizada, forçada a aprender a manter-se dentro dos limites. A

dosagem-droga é a camisa de força química, a “palmatória química”, a elaborada mordança neurológica do contemporâneo.

No limite, parece não ser possível interromper por conta própria o circuito infinito da medicação psiquiátrica sem sofrer os seus contra-efeitos, as sanções que a interrupção acarreta. A interrupção abrupta, como a enunciação de um implacável questionamento, afronta os procedimentos regulares e porta uma força virtualmente capaz de desorganizar o circuito. Desencadeado pela crise ou desencadeador dela, o gesto da interrupção é associado à irracionalidade e seu sentido acaba por permanecer inacessível. É como se ele permanecesse fechado em si mesmo, opaco, desprovido de sentido, uma vez que o não sentido que ele porta é atribuído a uma inscrição própria da loucura ou, antes, da doença mental. Se há interrupção é porque a loucura irrompe em seu aspecto doentio. E se ela se deve à loucura, ela não pode ter sentido, resume-se a uma espécie de tautologia: “Ela jogou fora seus remédios... aquela louca”. A interrupção não pode ser situada, contextualizada, ou só o pode ser na interioridade da loucura, na “vontade ilimitada” (Foucault, 2006a, p. 217) que a ela se atribui e que justifica de antemão toda contrariedade. Talvez não seja tanto a desobediência o motivo do espanto pela interrupção quanto este não sentido que ela porta como sua carga intensiva que afronta a regularidade do circuito. De modo que as sanções vêm para conter e silenciar a vontade louca, para submetê-la a uma ordem irrecusável e indiscutível. Mas não seria possível escutar a interrupção? Ouvir o que ela teria a dizer?

Em 1993, no Quebec, a interrupção foi tematizada por um outro prisma, pensada sob o sentido positivo da suspensão deliberada do tratamento medicamentoso. A suspensão era então encarada por um grupo de usuários como condição necessária para o resgate da autonomia. Organizados em um grupo de trabalho, batizado de *Comité Sevrage* (Bairro; Poirel, 2007), estes usuários percorrem o conjunto dos serviços alternativos, discutindo os usos e abusos da medicação psiquiátrica, problematizando o fato dela servir como principal solução social para o sofrimento psíquico. Circulando pelos serviços, entretanto, o comitê testemunha os muitos relatos dolorosos relacionados ao uso da medicação e à sua interrupção. É que, insatisfeitos com as constantes recaídas e com os fatores complexos associados a efeitos secundários, muitos usuários demonstravam grande desconfiança em relação ao consumo de psicofármacos, o que fazia do abandono do tratamento algo comum. Como resultado, novas crises se instauravam, sendo seguidas pelas internações e pelo retorno forçado ao tratamento medicamentoso. Este ciclo tenebroso acabava se confirmando como um caminho natural, fazendo do tratamento um processo doloroso e sem sentido. Em breve, o

comitê compreendeu a necessidade do acompanhamento para a diminuição e/ou suspensão do tratamento, transformando o corte abrupto em um processo gradual e responsável, onde as tomadas de decisão eram feitas passo a passo, cabendo avaliar a cada vez os riscos e os avanços. Mas para além disso, o comitê percebeu a necessidade de deslocar o foco da problemática, reconhecendo que o sofrimento com a medicação é, na verdade, secundário em relação a um sofrimento anterior. O foco sobre a suspensão corre o risco de torná-la um fim em si mesma e de continuar a ignorar fatores mais profundos. O comitê conclui que as duas dimensões do sofrimento não podem ser consideradas separadamente e que o questionamento da eficácia e dos limites da medicação não deve ser separado das dificuldades subjetivas que as pessoas enfrentam. Para muitos, a medicação é ainda um recurso de ajuda incontornável. Com isto, o trabalho do comitê passa a se direcionar cada vez mais para um trabalho de escuta e reconhecimento das diferentes vozes e da pluralidade de pontos de vista sobre a medicação, assim como para a ampliação dos recursos disponíveis, incluindo práticas alternativas como acupuntura, yoga, grupos de ajuda mútua etc. Em 1997 surge pela primeira vez a expressão “Gestão Autônoma da Medicação” em um documento do comitê, aparição que se dá em consonância com a ampliação da perspectiva do trabalho, deslocando o privilégio que a temática da suspensão colocava até então.

Ouvir os sentidos do gesto desesperado da interrupção abrupta pode dar lugar à compreensão e ao reconhecimento de uma condição difícil de se assumir. Da mesma forma, é preciso conhecer como os usuários experienciam e elaboram suas experiências com a medicação. A pluralidade de posições levantadas em nosso grupo demonstra a complexidade inerente à gestão do tratamento farmacológico. Há quem, reconhecendo-se esquizofrênica, contesta a prescrição de medicamentos indicados a outros diagnósticos, alegando sofrer de perda de memória, problema totalmente estranho a alguém tão inteligente e culta quanto ela. Há também quem recorra a provocações diversas, que use da intimidação, da dissimulação ou mesmo da sedução para questionar as altas dosagens que lhes são administradas. Mas quem experimentou interromper por conta própria é categórico em seu alerta: “você surta, a crise volta dobrada”. Pode até sentir-se uma pessoa normal por um tempo, porém sempre vem a hora que o nervo ataca e você afunda. Para estas vozes, a dimensão da escolha esvazia-se de sentido: “O remédio é um martírio. Ele não dá escolha”. O medo latente não permite qualquer possibilidade de questioná-lo. Quem já parou, sabe que é perigoso ficar sem:

DÉCIMO QUARTO ENCONTRO. Perguntei se mais alguém gostaria de falar desse assunto. Um companheiro contou-nos de uma vez, aos 17 anos, quando parou com a medicação. Dava a entender que o tinha feito por conta própria, mas depois relatou ter consultado o médico. Sentiu-se bem por um tempo e depois voltou “o problema”. Aí o médico mandou tomar de novo. Não passava mais por sua cabeça parar em nenhum momento?, perguntei. Respondeu que não, porque sabia que podia acontecer de novo. Já tinha conversado isso com a mãe, o pai, a família. Então não pensava em parar de tomar o remédio. Às vezes se sente bem, uma pessoa normal. Mas aí quando afunda mais, o nervo ataca. “O remédio, quando faz efeito, faz você ficar bem”, ele disse, “Quando a gente para de tomar, ele faz a gente ficar... solto, sabe... *livre*”.

Estranho emprego das palavras. Em outro encontro, uma participante, usuária de gardenal, conhecido medicamento utilizado em casos de epilepsia, dizia que ficar sem o remédio lhe dava “soltura”. Já neste último caso, falar de liberdade parece embaralhar domínios semânticos diversos. Como se linhas semânticas concorrentes divergissem no interior da mesma palavra. Bakhtin (2010) identificava em Dostoiévski casos em que o discurso literário tornava-se “bivocal”, fazendo ouvir, às vezes no interior de uma única e mesma palavra, a presença de duas vozes ou de duas orientações distintas da significação. Na voz do companheiro, “ficar livre” assume toda uma ambiguidade, abre-nos para uma zona de indecidibilidade ou de indeterminação. De que liberdade se fala quando se marca a impossibilidade da escolha? Sentir-se livre quereria dizer desvincular-se, escapar às obrigações do circuito infernal? Seria o vislumbre de tal liberdade o que leva à interrupção abrupta que tantos já ensaiaram sem sucesso? A “soltura”, menos polêmica, parece indicar um relaxamento excessivo, desprendimento ou desatenção ao mundo, à praticidade do cotidiano, talvez aos jogos sociais. Mas a liberdade, no contexto em que ela se enuncia, parece designar, por mais paradoxal que seja, a *perda de controle*...

DÉCIMO QUARTO ENCONTRO. A gente discutia os direitos dos usuários, tais como o direito à recusa e ao consentimento, ao tratamento adequado e humanizado, entre outras questões. A palavra “direito”, não obstante, parece conduzir a roda a tomar tangentes imprevistas. De saída, o direito é asso-

ciado imediatamente à “lei”. Uma companheira, conhecida por suas contínuas esquivas e recusas a participar da leitura e discussão do guia, posto que alegava já ter lido de tudo e já saber tudo o que se dizia ali, mostrou-se muito entusiasmada com a discussão. Com o dedo em riste e um leve sorriso no rosto, comentava que o direito é uma “norma de conduta, que serve pra todo mundo”, ou então, que tratava-se de “regras que os juízes ditam e que tem que saber seguir com precisão”. Uma outra conta de uma vez que sofreu agressões de seu filho, que o advertiu que aquilo era crime e que só não o mandava prender porque sabia que ele tinha sido induzido por sua sobrinha, com quem ela tinha grande desafeto. O texto do guia dizia que o direito não era só lei, que implicava a possibilidade de haver confiança nas relações. Na roda, enunciados como “aqueles que têm juízo tomam remédio direito” surgem e proliferam, expressando uma orientação do “direito” em função do dever, da correção, da norma e da obediência: temos o direito de tomar o remédio direito, de não nos automedicar, de seguir as orientações do médico etc.

Sob estas apreensões do sentido do direito, interromper o tratamento medicamentoso é não apenas impensável, mas também algo “errado”. Significaria não ter mais regras para seguir? Ou estaria a tal liberdade associada a uma experiência mais violenta, soltura ou desprendimento radical que se expressa na perda do controle? Em outros encontros, presenciamos momentos de grande compartilhamento ao conversar sobre a experiência da crise: “você fica fora de si”, dizia-se. Curiosamente, é justamente neste momento de reflexão sobre a questão da interrupção que o grupo enuncia a realidade do descontrole, não apenas pela palavra, mas sobretudo pelo gesto. Em determinado momento, o encontro é atravessado por grande agitação. Uma gritaria vinda do corredor interfere na formulação de alguns participantes. A conversa se desorganiza, as falas irrompem de todos os lados, descontínuas, confusas, desviantes. De súbito, a usuária envolvida na confusão invade a sala, afrontando a pesquisadores e profissionais. Queixa-se de que os outros brigam com ela, que ela não consegue contar as gotas de seu medicamento, que por isso seu irmão lhe dava mais do que deveria, mas que ela mesma chegou a exagerar na dosagem porque tinha visto uma companheira amarrada outro dia. Em tom choroso, dizia que queria morrer. Invadido pelo

descontrole, o grupo descobre-se conversando sobre o direito à recusa da medicação no momento preciso em que, ali no serviço, faltavam medicamentos.

A interrupção agora mudou de lado: já não concerne à desobediência ou à fuga do tratamento, mas à negação do direito de acesso aos medicamentos. O furo não é mais dos usuários desarranjando o sistema, mas furo do próprio sistema, que, como uma máquina desparafusada, faz desarranjar o grupo de usuários. E se o direito é o que se deve fazer corretamente, o sistema público não deixa de expor suas falhas, os momentos em que ele não funciona direito. O que fazer nestes momentos? Pôr no rádio, denunciar? O ideal, comenta-se, seria que alguém “acima do médico” pudesse controlar o funcionamento da rede, observando cada movimento e tomando providências para garantir a qualidade dos serviços. O ideal seria que a máquina pública funcionasse a serviço dos direitos dos usuários, que os gestores assegurassem o bom funcionamento da rede, não importando quem fosse, pura força impessoal de sustentação e garantia da ordem do mundo. A discussão política divide o grupo em uma minoria interessada em lutar por seus direitos e uma maioria desinteressada. Esta maioria é composta de pessoas que podem comprar seus próprios medicamentos em momentos de falta, minorizando o infortúnio. Para ambos os grupos, porém, o problema parece grande demais, remete a uma verdadeira guerra entre autoridades que tem lá suas razões, sobre as quais pouco sabemos e não conseguimos interferir. Ficamos pequenos e insignificantes diante de uma questão que permanece sem resposta.

Por outro lado, é também uma questão sem resposta que reverbera na cabeça do médico. A maior parte do tempo, o psiquiatra mantém-se em silêncio, observando o movimento do grupo. Aos poucos, ele motiva-se com o trabalho à medida que percebe que ali consegue acessar histórias e pontos de vista que antes simplesmente ignorava. Mas sua posição no grupo não é confortável, uma vez que, sendo o psiquiatra do serviço, acaba sendo confrontado inúmeras vezes com a insatisfação e as reclamações que são endereçadas diretamente à sua pessoa. Para lidar com esta querela, antes que ela possa se tornar um problema coletivo, toma a decisão de distinguir e separar os espaços, os dispositivos: o grupo GAM, é um espaço de reflexão, não de consulta, portanto, ele não fará ajuste da medicação ali. Assim sendo, ele pode proteger seu espaço de autonomia, conjurar, ao menos em parte, a pressão que o tensionamento do grupo lhe impõe, esquivar-se de tomar decisões que não estejam sob seu total controle. O que não significa que o dispositivo cogestivo não tenha efeitos sobre seu trabalho. A interrogação que ele restitui ao grupo é, de fato, uma questão que o grupo aciona e para a qual não encontra resposta simples. Ele se apoia na discussão sobre os

direitos, tal como ela foi formulada pelos próprios usuários: aqueles que tem juízo tomam o remédio direito. Reconhece, então, que o juízo oscila e que, nessa variação, há momentos em que o juízo se perde. Nesses momentos, pergunta, o que se faz? Como proceder?

A pergunta, direcionada ao grupo de usuários, não deixa de interpelar também aos pesquisadores. Implicitamente, ela parecia enunciar certo desconforto em relação a uma defesa “incondicional” de direitos como o da recusa a qualquer procedimento, incluindo-se aí a internação. Volta e meia, ouvíamos a equipe do serviço dizer pelos corredores: “Na teoria é muito bonito”. Mas não é por acaso que a prática psiquiátrica foi e continua sendo admitida como um campo da medicina onde “em certas ocasiões, um tratamento deve ser administrado sem o consentimento do paciente” (Healy, 2009, p. 272). O desconforto com a proposta da pesquisa que ouvíamos nos corredores acenava para a dicotomia entre os campos da teoria e da prática, assim como da garantia do direito e do serviço público de saúde. Não podíamos deixar de ouvir nestes enunciados a dificuldade real que os profissionais encontravam nas situações concretas de crise, assim como não conseguíamos dissociar tal dificuldade de um conjunto de outros fatores que a conectavam à precariedade dos serviços e dos contratos trabalhistas, ao abandono dos trabalhadores pela gestão ou às cobranças desta, ao despreparo de alguns profissionais, ao isolamento da equipe em relação a outras experiências em saúde mental etc. Perguntar-se como lidar com situações-limite, como no caso das crises, dos momentos em que o juízo oscila, só ganha efetivamente sentido se o horizonte do cuidado se abre para um campo mais vasto e sutil de intervenção, que implica o corpo e a subjetividade de cuidadores e sujeitos cuidados. Sem admitir um campo flexível de intervenção e um saber-fazer correlato, sem experimentar na prática o exercício de tecnologias leves, de ferramentas clínicas que nos permitam co-habitar a experiência de outros, a pergunta sobre como proceder parece pressupor já sua solução, reafirmar, sob o peso das incontornáveis medidas de contenção da crise, a impossibilidade do diálogo com a loucura.

Da parte dos usuários, parece não haver problemas em aceitar a ideia de que o juízo oscila ou sua exata consequência, isto é, a dependência dos usuários de decisões externas tomadas por outros. Não obstante, um companheiro relata a experiência de certa “teimosia”, para ele inexplicável, que o fazia resistir aos conselhos de sua mãe para tomar o medicamento, mesmo sentindo-se melhor quando o tomava. Como se algo nele, a despeito dele, resistisse, obstaculizasse, em alguma medida, a simples obediência. Já uma outra participante, tomada em seu discurso de certo tom doutrinal, sugere que o cuidado não deve se restringir à contenção física – a qual ela mesma havia sofrido – mas também valer-se do recurso à

autoridade de pessoas que impõem medo. Sem essa combinação, não seria possível fazer a pessoa em crise voltar a aderir ao tratamento. O estranho raciocínio produz certo desentendimento entre os demais, transmitindo de algum modo o sentimento de que nossa companheira se entregava a alguma tortuosa composição das palavras, dando a entender o contrário do que queria relatar. Talvez quisesse falar de respeito e confiança, e não de medo, comenta-se. Ela assente, um tanto perdida, entregue a alguma experiência indecível, situada entre os sentidos contrastantes de uma realidade que não se deixa apreender claramente. No girar da roda, discutindo-se saúde mental, é como se nos descobríssemos nos equilibrando sobre o “fio da navalha entre cuidado e controle”, para usar a expressão de Macerata (2010), habitando o limite tênue que separa um do outro. A ambiguidade do *phármakon*, antes acessada como uma experiência relativa ao uso de drogas, ultrapassa sua especificidade e comunica-se como o plano mais vasto de uma experiência comum ao campo da saúde mental, na qual pesquisadores e sujeitos de pesquisa, profissionais e usuários mergulhamos todos. Mas, talvez, por isso mesmo, possamos encontrar um outro sentido para o gerúndio da medicação, descobrindo, ao lado do sentido mortificante da noite sem fim, um outro sentido para a loucura e para o seu “tratamento”.

Antes, porém, é preciso ir mais longe, ligar os pontos, atravessar ou se deixar atravessar pelos fluxos do circuito até o ponto em que ele nos entregue as forças que batem à nossa porta.

## **4.7 O poder psiquiátrico na era de Big Pharma**

### **4.7.1 Fabricando o devir universal da loucura**

Acompanhamos os índices que apontam para um circuito infernal, circuito no qual circulam indefinidamente corpos anestesiados da própria dor e pela própria ignorância. Circuito dolorífico ignorado, que penetra e circula no sangue e no cérebro, sob a sombra de uma promessa sempre adiada, de uma cura que nunca chega. Sob a veste de única saída, a entrada sem volta no gerúndio, no *lopping* infinito. Talvez sejam as visões de tal circuito que nos assolem como clarões de uma tempestade noturna. Na vertigem da roda, nas águas remexidas do grupo, elas vêm, imiscuídas às vezes na docilidade morna das discussões,

acionadas pelas contradições do cuidado, explodindo aqui e ali em indignação e choro. Ouvem-se vozes reclamarem justiça onde se fala de direitos, expõem violência onde espera-se cuidado. A usuária que invade o grupo tem a visão de uma companheira, amarrada feito bicho, como ela diz. Mas ela não tem menos a visão de si própria atada. Em seus olhos, vê-se o fascínio de uma visão espelhada, sem diferença entre imagem e olho, entre ela e outro, entre observador e observado. Ela vê que o que acontece a um pode acontecer a qualquer um e que o que acontece hoje a um outro lhe acontecerá amanhã. Terrível visão que nos transporta em um piscar de olhos de um corpo particular ao sobrevoo de um campo aberto, como uma fulgurância que nos solapa ao revelar no brilho das amarras não um conteúdo específico, mas uma forma vazia, uma engrenagem solta esvoaçante, à espreita, como uma enzima livre, pronta para ligar-se a uma matéria indócil. Em meio ao descontrole instaurado no grupo, tenta-se mostrar que havia cuidado na contenção, que não era pura violência. Evoca-se até mesmo a figura de uma “rede de cuidado”, composta não apenas de agentes de saúde como de... oficiais de polícia. A revolta explode com mais intensidade diante de tal sentido, mas não dura e logo se dobra em resignação. Ela confessa que o problema na verdade era seu, que se estava descontrolada era porque não havia tomado seus medicamentos, que só não os havia tomado porque estavam em falta. Nas engrenagens do circuito, prefere-se, antes, as amarras químicas que a prisão física, a física sutil das drogas que a dura realidade.

A visão do circuito nos é proporcionada pela desmontagem de suas conexões. Para tanto, procuramos nos agenciar a suas engrenagens, feitas de pessoas, de medicamentos e instituições. Afetamos e somos afetados por seu funcionamento, transcrevemos suas enunciações típicas e suas expressões inesperadas, suas palavras de ordem e suas palavras de fuga, somos atravessados por vozes ressonantes de um mesmo fundo impessoal, de um imenso discurso indireto que habita e extravasa nosso campo. A visão espelhada da companheira, entretanto, faz agora com que voltemos o olhar para nós mesmos, ou antes, para a forma como nossa sociedade tem lidado com experiências inabituais e transgressoras, como aquelas do não sentido e da indecidibilidade, experiências que põem em xeque a estabilidade do mundo e de nossa subjetividade, que demandam o acolhimento de afetos coletivos que transitam entre os sujeitos e governam seus modos de ser e se posicionar no mundo. Tendo mergulhado na molecularidade da experiência do grupo, somos arrastados por suas enunciações coletivas e catapultados para um campo social mais vasto, conectados a uma maquinaria social que ao mesmo tempo se imiscui em nosso campo de intervenção e que o extravasa. Experimentar os meandros do tratamento medicamentoso, seu circuito infernal,

leva-nos a interrogar o lugar dos psicofármacos em nossa sociedade, sua relação com as experiências desviantes, não conformes à ordem do mundo, bem como seu papel na sustentação de um poder que historicamente se ocupou destas experiências, o poder psiquiátrico.

O circuito do tratamento medicamentoso em um serviço de saúde mental nos aponta para um circuito maior que engloba toda uma cadeia produtiva: uma infinidade de substâncias sintéticas hoje produzidas por megacorporações em gigantescos laboratórios de ponta, propagandeadas por agências de marketing, reguladas por agências sanitárias, defendidas por exércitos de pesquisadores e de lobbistas, prescritas por profissionais de saúde e deglutidas por uma população sempre maior de consumidores. Vivemos a era deste imenso “complexo médico-industrial” conhecido como *Big Pharma* (Borch-Jacobsen, 2013), desta máquina mundial que não para de expandir sua influência sobre o globo, transformando radicalmente não apenas a forma de compreendermos a saúde e a doença, como a produção do conhecimento, os recursos disponíveis para lidar com o adoecimento, as relações entre cuidadores e sujeitos cuidados. Como diz Borch-Jacobsen (2013), Big Pharma é uma potência política e financeira que fala de igual para igual com governos e organismos internacionais, que direciona decisões políticas, que cria ou bloqueia leis a seu favor. São “corporações”, no sentido anglo-saxão da palavra, quer dizer, “sociedades anônimas” que isentam seus acionistas de serem pessoalmente responsabilizados por erros ou delitos da empresa, que protege-os de possíveis prejuízos financeiros, que garante-lhes lucros sempre maiores. Uma gigantesca máquina abstrata, impessoal e deslocalizada.

A existência de Big Pharma não se fundamenta nas demandas de saúde pública, mas no interesse de seus acionistas de garantirem um retorno sempre mais lucrativo para seus investimentos. Do ponto de vista de Big Pharma, a questão não é como tratar doenças da maneira mais eficaz possível, mas como ampliar seus mercados. Charles Mottley, diretor de planejamento operacional da Pfizer, já o explicava em 1957, por ocasião do 51º congresso anual da Associação Americana de Fabricantes de Medicamentos. Naquela época, os antibióticos, que até então tinham servido como propulsores da expansão farmacêutica, estavam a ponto de atravancar esta expansão: “Parece que há aqui uma importante lição para a indústria farmacêutica. À medida que a indústria produz medicamentos eficazes e ajuda a ganhar uma dada campanha [...] o resultado é apenas a limitação de um mercado potencial” (*apud.* Borch-Jacobson, 2013, p. 77, 78). Desde então, a indústria reconduz seus investimentos para promover uma sofisticada forma de expansão: ela transforma o modo de

percebermos e consumirmos medicamentos, passando a concentrar seus esforços sobre afecções que não colocam a vida do consumidor diretamente em risco e que duram indefinidamente. O que interessa às corporações não são doenças curáveis, mas “condições crônicas”, como a diabetes, a asma, a artrose, o refluxo gástrico, as dores crônicas, a insônia, as alergias, a menopausa; ou então são “fatores de risco”, como o sobrepeso, a osteoporose, as altas taxas de colesterol; e, como não podiam faltar, os transtornos psíquicos, como a ansiedade, a depressão, as fobias, a esquizofrenia. Não são doenças curáveis que interessam à indústria farmacêutica, mas as “condições” que permitem o uso contínuo de medicamentos por toda a vida e que garantem seus lucros sempre crescentes.

Os psicofármacos, classe de medicamentos utilizados no controle de processos psicopatológicos, não escapam, portanto, a esta lógica. Estes medicamentos estão entre os mais vendidos no mundo, tendo proporcionado as maiores cifras do ano de 2008 – em torno de 60,1 bilhões de dólares (Borch-Jacobsen, 2013, p. 79). É interessante perceber que os psicofármacos não prevem qualquer cura, mas apenas o “reequilíbrio” de um sistema nervoso supostamente defeituoso através de uso contínuo. Com efeito, a teoria do desequilíbrio do sistema endócrino tem sido amplamente divulgada como explicação definitiva para a existência dos transtornos mentais. Um marco histórico desta teoria é a descoberta da clorpromazina, uma histamina com ação central sobre o sistema nervoso, sintetizada pela primeira vez em 1950. Em 1952, estudos realizados pelo cirurgião Henri Laborit mostravam que a clorpromazina tinha efeitos tranquilizantes sobre sujeitos normais, porém sem o inconveniente da sedação. No mesmo ano, Jean Delay e Pierre Deniker descobrem que a clorpromazina tinha efeito benéfico sobre o controle de estados maníacos e sobre a agitação psicótica. É a associação da clorpromazina ao tratamento dos sintomas psicóticos que está na base da chamada “hipótese dopaminérgica da esquizofrenia” (Healy, 2009), que estabelece finalmente uma etiologia fisiológica para a doença. Eis como é formulada a hipótese: postula-se que “uma vez que todos os antipsicóticos bloqueiam o sistema dopaminérgico no cérebro e que eles tem efeitos benéficos na esquizofrenia, isto demonstra em retorno que há alguma disfunção no sistema dopaminérgico dos cérebros das pessoas atingidas de esquizofrenia” (Healy, 2009, p. 10). Entre tais “benefícios”, a relativa tranquilização da agitação psicótica tem vinculado historicamente a clorpromazina à ampla desinstitucionalização de pacientes psiquiátricos, que deixaram os hospitais e voltaram a conviver em sociedade. Contudo, o fato destes medicamentos permitirem certa utilidade social, como a diminuição das internações psiquiátricas, e deles agirem sobre o sistema dopaminérgico não garante que estes dois fatores

estejam ligados e não há até hoje nenhuma comprovação de que a etiologia da esquizofrenia se fundamente em um desequilíbrio cerebral (Healy, 2009, p. 11; Whitaker, 2009). O relato dos usuários de antipsicóticos mostra bem como sintomas como alucinações e delírios não desaparecem, mas apenas perdem em intensidade, passando ao segundo plano da atenção, o que permite que o sujeito se concentre mais sobre seus afazeres (*idem*, p. 14). Pode-se depreender que o uso dos antipsicóticos está associado a uma regulação de sintomas socialmente indesejáveis e a uma diminuição, embora bastante questionável, dos sintomas sofridos subjetivamente, permitindo um processo de adaptação social do usuário do medicamento.

A clorpromazina, o primeiro dos antipsicóticos, abriu o caminho para outros psicofármacos hoje utilizados no tratamento de problemas mentais: “o lithium, para a psicose maníaco-depressiva, que reduz fortemente as tentativas de suicídio; os ansiolíticos como o Valium e seus derivados; os [antidepressivos] tricíclicos e depois os ISRS [Inibidores Seletivos de Recaptação da Serotonina]; os diferentes hipnóticos para os transtornos do sono” (Wakefield, 2013, p. 273). Assim como a esquizofrenia, outros transtornos mentais passaram a ser explicados com base em uma etiologia cerebral, que pressupõe um funcionamento a ser corrigido pelo uso de substâncias químicas. Para Wakefield (2013), estas teorias pautadas nos efeitos de drogas sobre o cérebro remontam às teses de Emil Kraepelin, e o sucesso delas deve ser associado à emergência de um movimento neokraepeliniano que se tornou dominante na maioria dos países (p. 273). De fato, como mostra Michel Minard (2013), tal movimento acha-se intimamente ligado a outro marco na história recente da psiquiatria e que, juntamente à descoberta de novas substâncias psicotrópicas e às teorias da etiologia cerebral das doenças mentais, acabou por impulsionar a expansão ilimitada da influência de Big Pharma sobre a saúde mental. Trata-se da publicação, em 1980, da terceira edição do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM-III*, da *American Psychiatric Association* (APA).

O DSM-III marca uma mudança de paradigma em matéria de classificação diagnóstica, ou melhor, ele funda uma unidade até então inexistente na psiquiatria. Até a segunda metade do século passado, a psicanálise era dominante nos EUA e isto se refletia nas definições dos transtornos mentais encontradas nas duas primeiras edições do DSM, o DSM-I de 1952 e o DSM-II de 1958. Tais definições, limitadas a breves descrições gerais e pouco detalhadas, eram formuladas em termos psicanalíticos “como se a teoria psicanalítica fosse um fato estabelecido” (Wakefield, 2013, p. 271). Entretanto, após a segunda guerra mundial a

psicanálise começa a enfrentar um cenário cada vez mais inóspito, com a emergência de correntes teóricas diversas, todas reclamantes dos direitos superiores do saber científico. Adeptos de teorias biológicas, comportamentalistas, cognitivistas e da terapia familiar propunham suas próprias concepções dos transtornos mentais, fazendo da psiquiatria um campo fragmentado. É neste contexto de crescente necessidade da psiquiatria norte-americana de se afirmar enquanto ciência que a psicanálise vê seu antigo império entrar em declínio, abrindo espaço para a elaboração de um novo modelo classificatório, baseado em critérios de objetividade e neutralidade. O desafio que o DSM-III se propunha era unificar as diferentes correntes em torno de uma linguagem comum.

O DSM-III é o primeiro manual da APA a definir os transtornos mentais estritamente em função dos sintomas. Suas definições são puramente descritivas e pretensamente “ateóricas” – ao menos no sentido de que não pressupõem nem se opõem a nenhuma teoria etiológica (Wakefield, 2013). Para cada transtorno (*disorder*) incluído no DSM, segue-se uma lista de critérios diagnósticos, indicando quais sintomas devem estar presentes (e por quanto tempo), assim como quais devem estar ausentes para qualificar um diagnóstico particular. Os critérios procuram aumentar a confiabilidade (*reliability*) dos diagnósticos psiquiátricos, de modo a garantir que diferentes usuários do manual atribuam o mesmo diagnóstico para um indivíduo, independentemente de suas preferências teóricas<sup>45</sup>. Visando aumentar a confiabilidade, no entanto, o DSM tornou suas definições mais específicas e, com isso, acabou por promover um aumento considerável do número de transtornos, tendência mantida nas edições seguintes do DSM. Hoje, em sua quinta edição, o manual agrupa mais de 300 diagnósticos de transtornos mentais.

As mudanças inseridas pelo DSM-III possibilitaram à psiquiatria reconquistar o seu prestígio científico, mas também instauraram um ambiente extremamente fértil para uma nova forma de exploração capitalista. Definidos em termos descritivos e específicos, os diagnósticos dos transtornos mentais passam a abarcar um número ilimitado de reações humanas comuns aos acontecimentos da vida, como “a tristeza, a insônia, a perda de interesse por atividades habituais, a perda de apetite, a fadiga e a incapacidade de se concentrar sobre tarefas ordinárias” (Wakefield, 2013, p. 267). Eles se tornam aplicáveis a um número virtualmente infinito de pessoas, borrando ao máximo as fronteiras entre o normal e o patológico e transformando-nos todos em doentes mentais potenciais. Com isso, o mercado a ser explorado com a venda de medicamentos amplia-se indefinidamente. Unificando a

---

<sup>45</sup> Cf. <http://www.psychiatry.org/practice/dsm>

psiquiatria, alcançando o prestígio desejado e aumentando indefinidamente o espectro de sua aplicação, pode-se dizer que o DSM se tornou não apenas um fator de legitimação das terapias farmacológicas como um instrumento extremamente útil a Big Pharma. Com efeito, a influência da indústria sobre os pesquisadores integrantes dos grupos de trabalho responsáveis por elaborar as novas edições do manual tem sido denunciada em diversos meios de comunicação. A “conexão Big Pharma-DSM” (Whitaker, 2013) é tal que a fabricação de medicamentos hoje já não se dissocia da fabricação de novos rótulos, já que “cada transtorno ou fator de risco corresponde em nossos dias a uma molécula específica, a tal ponto que um parece inseparável do outro” (Borch-Jacobsen, 2013, p. 205). Disseminadas em campanhas publicitárias, via de regra revestidas de peças informativas com vistas à prevenção, as “doenças ou condições são promovidas com único objetivo de escoar os ditos medicamentos” (*Ibid.*).

Não podemos deixar de perguntar que tipo de modificações o poder psiquiátrico vem a sofrer na era de Big Pharma, este aparelho mundializado que trabalha de antemão nossas percepções sobre saúde e doença e que preestabelece os recursos disponíveis para lidar com o adoecimento. A questão se põe em relação com nossa experiência de campo, na medida em que verificamos a imensa discrepância nas referências de profissionais e usuários do serviço pesquisado: como dissemos anteriormente<sup>46</sup>, enquanto profissionais não médicos se ocupavam de cerca de trinta usuários, o psiquiatra era responsável por todos os mais de 400 usuários do serviço. Esta relação foi confirmada também em outro serviço da rede de saúde mental do município de São Pedro da Aldeia: o psiquiatra do ambulatório nos contou estar referenciado a mais de 700 pessoas! Quer dizer, embora a Reforma Psiquiátrica tenha proporcionado a reestruturação da assistência, combatendo a centralidade do saber médico com equipes multiprofissionais e distribuição horizontal do poder, “é comum notar a proeminência ou, no mínimo, os resquícios de saberes e práticas médico centradas, marcadas por dinâmicas de processo de trabalho polarizado e desintegrado” (Machado; Santos, 2013, p. 709). O que significa que a transição do hospital psiquiátrico para o modelo psicossocial pode estar sendo estancada pela centralidade que ocupa o saber psiquiátrico na diagnóstica e na prescrição de psicofármacos, os quais têm sido admitidos como o principal, quando não o único recurso para lidar com o sofrimento mental. O resultado deste modelo médico centrado se faz perceber nas filas de usuários em dias de consulta, que estimula a brevidade dos atendimentos e a baixa frequência das consultas, comprometendo a qualidade do

---

<sup>46</sup> Cf. seção 2.3.2 deste trabalho.

acompanhamento dos casos. Tudo isto somado à baixa participação dos usuários na gestão de seus projetos terapêuticos, sem informações mínimas sobre as drogas que consomem, e, conseqüentemente, com baixo poder de negociação destas.

A continuidade de uma cultura médico centrada a despeito das transformações impostas pelo processo da Reforma Psiquiátrica nos faz voltar às origens do poder psiquiátrico. De que modo poderíamos perceber uma continuidade do poder psiquiátrico hoje? Sob que forma o poder psiquiátrico se perpetua em meio ao conjunto de transformações levadas a cabo no último século, as quais incluem a contestação do modelo asilar, a descoberta de novas drogas, as Reformas Psiquiátricas e a influência de Big Pharma?

#### 4.7.2 Centralidade e deslocalização do poder psiquiátrico

Foucault (2006) analisa a função que o psiquiatra assume na maquinaria do asilo. Na “protopsiquiatria” do século XIX, há uma organicidade estabelecida entre o corpo do médico psiquiatra e o corpo do asilo: “O asilo é o corpo do psiquiatra, alongado, distendido, levado às dimensões de um estabelecimento, estendido a tal ponto que seu poder vai se exercer como se cada parte do asilo fosse uma parte do seu próprio corpo, comandada por seus próprios nervos” (Foucault, 2006a, p. 227). Esta organicidade pode ser constatada através de um conjunto de mecanismos constitutivos da dinâmica asilar, que demonstram a centralidade que o psiquiatra exerce na maquinaria. É preciso dizer que, no século XIX, a loucura deixa de ser concebida como erro ou ilusão e passa a ser percebida como signo de uma vontade insurrecional, transgressora, de uma vontade ilimitada<sup>47</sup>. O dispositivo psiquiátrico é inteiramente organizado para combater esta vontade ilimitada e para submetê-la à vontade superior do médico. A realidade asilar é toda ela montada para garantir uma assimetria entre a vontade do médico de um lado e a vontade do louco de outro.

Foucault mostra como, em sua forma elementar e arcaica, o poder psiquiátrico “funcionava essencialmente como um suplemento de poder dado à realidade” (Foucault, 2006a, p. 217). Significa que, antes de ser considerado um vetor de cura ou de intervenção terapêutica, o poder psiquiátrico era encarado como uma maneira de gerir, de administrar, de regular o espaço asilar, isto é, como um regime do qual se esperam determinados efeitos. É um regime de

<sup>47</sup> “Mesmo num caso de delírio, é a vontade de crer nesse delírio, a vontade de afirmação desse delírio, a vontade no cerne dessa afirmação do delírio, é isso que é o alvo da luta que percorre, anima, ao longo de todo o seu desenrolar, o regime psiquiátrico” (Foucault, 2006a, p. 217, 218).

isolamento, de regularidade, de emprego do tempo, de administração de carências úteis à adesão do tratamento moral, de obrigação ao trabalho, que se impõe ao louco como uma *realidade* inescapável. Tal regime se justifica por um eterno combate contra a loucura, no qual esta é forçada a se sujeitar. É a vontade do louco que, em última instância, torna-se o alvo do regime psiquiátrico asilar, ela que será confrontada, domesticada, submetida pela vontade superior e vigorosa do médico. As duchas, as drogas, os castigos, os diferentes mecanismos de chantagem eram perfeitamente incluídos em uma ordem médico-prescritiva que consistia em submeter a vontade dos alienados à vontade superior do psiquiatra.

Em primeiro lugar, a centralidade do médico se apresenta fisicamente, sob a forma da imposição de sua presença súbita, de sua aparição inesperada ao doente recém-internado, pela qual o psiquiatra se impõe ao doente numa relação de confronto direto. A primeira realidade que o doente deve descobrir no interior do asilo é o corpo do psiquiatra:

[...] toda terapêutica começa pelo surgimento do psiquiatra em pessoa, em carne e osso, que de repente se apresenta diante do seu paciente, seja no dia da chegada deste, seja no dia em que o tratamento começa, e pelo prestígio desse corpo, sobre o qual é dito que não pode ter defeitos, que deve se impor por sua própria plástica, por seu próprio peso. (Foucault, 2006a, p. 227)

Em segundo lugar, Foucault diz que o corpo do psiquiatra deve estar por toda parte. A arquitetura do asilo, definida entre 1830 e 1840 por personagens como Esquirol, é calculada para permitir que o psiquiatra esteja virtualmente em toda parte. O psiquiatra deve ser capaz de ver tudo o que se passa, de fazer pessoalmente a revista completa do estabelecimento, dos doentes, de seus funcionários. Deve ser capaz de tudo ver e de tudo ouvir, devem relatar-lhe tudo: “o que ele próprio não vê, os vigilantes, inteiramente às suas ordens, devem lhe contar, de modo que, perpetuamente, a cada instante, ele esteja onipresente no interior do asilo” (Foucault, 2006a, p. 227, 228); de forma que o corpo do psiquiatra deve estar em comunicação direta com o corpo dos funcionários: os vigilantes são como que extensões de seu corpo, suas mãos ou os instrumentos que ele manuseia. O médico-chefe é o emissor de impulsos e o regulador, mas os seus subordinados são as engrenagens, os operadores de um poder central, a maneira deste se estender a todos os espaços do asilo e durante todo o tempo.

A realidade se impõe no asilo como fonte e instrumento da terapêutica, mas a realidade asilar se confunde com o corpo do psiquiatra. De modo que a centralidade que o psiquiatra exerce é também o modo de fazer operar a sua onipresença, a deslocalização de seu poder, a extensão deste até os espaços mais periféricos e capilares. Para Foucault, antes de ver o hospi-

tal psiquiátrico como uma “instituição”, definida em termos de regras compartilhadas e papéis específicos, seria preciso encará-lo como um dispositivo de poder, um conjunto disperso de mecanismos voltados à disciplinarização do doente mental. É verdade que o médico psiquiatra é imprescindível para o funcionamento asilar: sem ele, é impossível atribuir ao asilo a marca do saber médico que legitima a existência de um dispositivo disciplinar com finalidade pretensamente terapêutica. Mas talvez o psiquiatra não passe de mais uma engrenagem da máquina asilar, que pode inclusive funcionar em grande parte à sua revelia. Se o poder psiquiátrico estabelece uma complementaridade entre poder médico e disciplina, é porque ele é capaz de articular centralidade e dispersão disciplinar. O asilo é o corpo do psiquiatra, o que significa que o poder psiquiátrico é uma espécie de corpo coletivo que a todos envolve, o agenciamento maquínico em que se trava o combate à vontade ilimitada da loucura através da imposição de sua realidade.

Foucault indica como desde a segunda metade do século XIX o poder psiquiátrico começa a se difundir a outras instituições não asilares, como a escola, a fábrica, a caserna, a criminologia, quer dizer, como ele começa a se descentralizar do dispositivo asilar para se generalizar no campo social. Neste momento, não é mais a doença mental que exerce o papel principal, mas a categoria mais larga de anormalidade. A psiquiatrização do campo social é feita por meio de uma categoria larga que inclui virtualmente uma infinidade de manifestações possíveis do comportamento humano, não necessariamente aqueles que seriam identificados à doença mental. Décadas mais tarde, pode-se ver como a virada da psiquiatria em direção a um paradigma biomédico configura ainda parte deste processo de generalização do discurso psiquiátrico e momento de um novo impulso, em especial com o lançamento do DSM-III em 1980. A nova roupagem do discurso psiquiátrico, conferindo-lhe o necessário prestígio científico, contribui ainda mais para sua disseminação por todo o globo, principalmente se levamos em conta a apropriação das categorias diagnósticas por Big Pharma, que as transforma em instrumentos de legitimação científica das terapias medicamentosas. Para nós, o que é marcante neste processo de descentralização do saber-poder psiquiátrico é que, se por um lado ele não deixa de ser acompanhado da emergência de novas tecnologias de poder que operam a céu aberto e que tornam o dispositivo asilar dispensável, por outro lado ele não parece abandonar o seu objetivo originário de sujeição da vontade e de regulação dos comportamentos, como pudemos constatar páginas atrás, nas narrativas do circuito infernal. Com o surgimento das terapias farmacológicas, a realidade disciplinar não precisa mais ser imposta de fora, pois o uso de novas drogas permite que ela se

imponha a partir de dentro, através de seus efeitos de tranquilização, de anestesia ou dopamento. O poder psiquiátrico se perpetua hoje substituindo o confinamento asilar por um outro confinamento, mais leve e flexível, que no contemporâneo se realiza no interior de si.

No século XX, a contestação do modelo asilar se espalha pelo mundo. No Brasil, como vimos, a luta pela reforma psiquiátrica surge nos anos 1970 e percorre um longo processo até desembocar na promulgação da lei 10.216 em 2001. A partir de então, a política de Saúde Mental reconhece os direitos de cidadania de pessoas acometidas de transtornos mentais e assegura serviços abertos para seu tratamento. Dir-se-ia, portanto, que uma série de transformações atingiram o poder psiquiátrico: depois da Reforma Psiquiátrica, os velhos hospitais estão em sua maioria fechados e substituídos por novos serviços, como os CAPS e os Residenciais Terapêuticos, os psiquiatras não se encarregam mais da direção dos serviços, as equipes de saúde são multiprofissionais e, a princípio, geridas horizontalmente. Neste novo contexto, parece que o poder psiquiátrico se reduziu ao trabalho solitário do médico que prescreve de sua sala os medicamentos controlados. Mas já vimos como esta relativa redução do poder médico é contra-efetuada pela centralidade do psiquiatra em relação à prescrição de psicofármacos. Não é que o poder psiquiátrico tenha sido diminuído pela Reforma Psiquiátrica, ele apenas foi realocado para melhor se adequar ao novo diagrama do poder, no qual o confinamento disciplinar é substituído por mecanismos de controle a céu aberto (Deleuze, 1992).

Por outro lado, a deslocalização do saber-poder psiquiátrico no corpo social é acompanhada de uma irreversível descentralização da figura do médico. Afinal, habituamos a encontrar pessoas doentes, diagnosticadas, usuárias de psicofármacos por todos os lados, acessamos na internet toda informação sobre indicações, interações, efeitos colaterais, chegamos mesmo a dizer a nossos médicos os medicamentos que queremos consumir antes de qualquer avaliação. O maior efeito da deslocalização do saber-poder psiquiátrico hoje é a transformação virtual de todo mundo em psiquiatra de si mesmo e de outros. Os usuários não param de trocar informações sobre seus medicamentos, de indicar determinados remédios para outros, de alterarem por conta própria as dosagens. O poder molecular exercido em nossos cérebros é contra-efetuado por uma força de autorregulação contínua, que os indivíduos não param de exercitar, para o melhor e para o pior. Daí que vejamos aparecer tantas iniciativas como as do RRASMQ, de investir sobre a informação dos usuários e de convidá-los a refletir sobre qualidade de vida, a se apropriarem do saber farmacológico e de

retomarem o controle de suas vidas, passando a decidir coletivamente os rumos de seu tratamento.

#### **4.8 O reconhecimento do outro**

É possível reverter em alguma medida o sentido que a experiência com o uso de medicamentos psiquiátricos parece carregar necessariamente? Poderíamos expressar algo diferente do sentimento de mortificação que parece se insinuar por toda parte? Esta pergunta se põe obviamente em relação à experiência de usuários e trabalhadores de saúde, mas se volta também para nossa própria experiência enquanto pesquisadores. Afinal, não ficamos ilesos, somos também afetados e arrastados no processo. Para nós, interessados que estamos no acesso e no compartilhamento da experiência, na construção de dispositivos cogestivos, quer dizer, de grupos com maiores graus comunicacionais, produtores de novos enunciados coletivos, a pergunta se aprofunda e se imiscui naquilo que os próprios pesquisadores somos capazes de sentir, de ver, de pensar e de dizer. Trata-se de admitir que somos corresponsáveis pelo processo de pesquisa e achamo-nos totalmente implicados com ele, inclusive nas narrativas que dele fazemos, nos sentidos que expressamos. Mas, então, a reversão do sentido mortificante do circuito infinito, ou ao menos a sua dissolução, passa também pela experiência dos próprios pesquisadores e pela capacidade destes de colocarem tal experiência em análise.

Dedicaremos nosso último capítulo à análise de nossas implicações no processo de pesquisa-intervenção com a GAM. Parece-nos que as implicações do pesquisador configuram um verdadeiro campo de pesquisa, um reservatório de material analítico que, antes de dizer respeito a um domínio meramente pessoal, aponta-nos para atravessamentos de ordem coletiva, para uma rede de implicações que nos ultrapassam e que nos informam tanto sobre o nosso objeto de pesquisa quanto sobre as relações que se instauram entre os sujeitos em nossos dispositivos de intervenção. Se até agora tais implicações só puderam comparecer um tanto inconscientemente, é porque procuramos fazer do plano implicacional um oceano narrativo em que mergulhamos e porque fazemos deste mergulho um convite ao leitor. Proporcionar uma experiência de linguagem é um modo de transmitir um conhecimento que não é dado à razão, mas à sensibilidade. Não temos nenhuma pretensão de compor enunciados fidedignos, representativos de uma realidade dada, mas apenas o compromisso de expressar

uma realidade *se dando*, uma realidade cuja natureza é intersubjetiva, coletiva, transindividual. Nossos enunciados, portanto, não se apoiam sobre uma relação de *correspondência* com a realidade, mas sobre uma experiência de *corresponsabilidade* com outros sujeitos. Procuramos nos situar neste ponto em que o relato é feito de diálogos cruzados, de sujeitos que respondem uns aos outros, que incorporam as respostas de outros nas suas e que, desta forma, performatizam as dinâmicas afetivas que unem e separam o grupo. A corresponsabilidade é uma experiência dinâmica localizada entre a mistura e o reconhecimento do outro.

A produção de dados em pesquisa-intervenção acha-se assim diretamente implicada com a produção de cuidado de um universo coletivo. Mas o cuidado assume aqui primeiramente a função de um acolhimento daquilo que nos afeta, daquilo que nos desestabiliza e que ressoa em nossos corpos. A grande dificuldade é não apenas se deixar afetar, mas poder distinguir o afeto, objetivá-lo, e dele extrair um signo coletivo, exprimível em termos impessoais. Fazer a passagem do eu ao outro, do mim ao *ele*, ou melhor, ao *isto*, ao que está aí, ao que não pertence a ninguém em particular, a essa coisa *da gente*. Foi este o recurso utilizado também nas narrativas restituídas aos participantes por ocasião dos Grupos Narrativos, aos quais voltaremos no próximo capítulo. Assim procuramos expressar o cuidado com os sujeitos e com o grupo, nossa maneira de cuidar da narrativa dos sujeitos e de compor uma narrativa dos processos de cuidado. Este método nos permitiu não apenas expressar pontos difíceis, possibilitando-os tornarem-se objetos de uma análise comum, como também compartilhar com os sujeitos de pesquisa uma experiência do pesquisar. Quer dizer, se por um lado o acesso à experiência de usuários e trabalhadores exige de pesquisadores que possam dissolver seu ponto de vista e, em alguma medida, tornarem-se usuários, tornarem-se trabalhadores, esta dissolução permite em retorno um processo em que sujeitos de pesquisa tornam-se pesquisadores<sup>48</sup>. Não dissociando a pesquisa do cuidado, habitamos um campo fronteiriço composto por esta zona de devir.

Gostaríamos por ora de retornar a nossas Memórias, olhá-las de outro ângulo, construir uma espécie de virada clínica pela qual podemos restituir outros afetos, antes minorizados pela força de um sentimento dominante de negatividade e impotência. Tendo

---

<sup>48</sup> Utilizamos o verbo “tornar-se” no sentido do traçado de uma zona de indeterminação, zona de devir que não implica qualquer semelhança. Um devir não é caso de semelhança, de imitação, nem de identificação. Também não se trata de imaginação, visto que os devires são “perfeitamente reais” (Deleuze; Guattari, 1997, p. 18). Há uma realidade do devir que não se reduz à identificação dos seres, de modo que devir-usuário, tornar-se usuário, não significa ser usuário, mas estabelecer com este ser uma zona de afetação mútua, um bloco em que ambos os termos da relação são levados a se tornarem outra coisa.

vivenciado a realidade dos processos afetivos envolvidos no compartilhamento das experiências, a irrupção das forças do delírio, a inscrição do não-sentido, os efeitos de experiências não compartilhadas e de duplo-sentido, as amarras do circuito infernal e a teia contemporânea de Big Pharma, voltamos a nossas narrativas munidos de novas ferramentas, de um outro corpo e de uma outra escuta, prontos para ressaltar aquilo que não pudemos ver até então. Nestes sucessivos mergulhos no tecido narrativo alcançamos novos fios, capazes de nos fazer entrever pequenas saídas, pequenas fissuras, linhas que se quebram e que não obedecem ao funcionamento de conjunto da máquina. Mas estas estão menos associadas às experiências dos medicamentos do que àquilo que a discussão sobre eles levanta e que nos lança em uma rede coletiva, composta de tantos outros elementos, temas, agentes e afetos. Quando acessamos a experiência em sua dimensão coletiva e afetiva, abrimos caminho para tantas outras histórias ainda não contadas ou mesmo repetidamente contadas e ainda não ouvidas.

DÉCIMO ENCONTRO. Uma participante – uma senhora vaidosa, de longos cabelos grisalhos ao estilo de Bethânia – olhava-nos de maneira dócil e sorridente. Comparecia poucas vezes ao grupo, mas não deixava de dar explicação: “Estava namorando!”. A maior parte do tempo, ela se mantinha calada, pronunciando-se apenas quando requisitada. Gestos simples, levantava brevemente as mãos fortes e enrugadas, antes pousadas sobre o colo, repetindo suas respostas sempre do mesmo jeito: “Não sei, meu filho...”, “Esqueci, meu filho...”, “Minha memória é muito ruim, meu filho...”. Aparentemente tranquila com aqueles vazios de sua memória, falando com naturalidade de seu esquecimento, sentíamos dificuldade de manejar com suas falas e afetos. Ao décimo encontro, contudo, assistimos a um breve momento onde sua participação muda e sua fala toma um desvio. Passagem emblemática, visto que situada inicialmente em um momento de grande desinteresse compartilhado pelo grupo. É em meio a uma atmosfera quase tediosa que ela é convidada a tomar a palavra. Lê uma pergunta do guia sobre quanto tempo fazia uso de medicamentos e a responde naturalmente: “Faz dois anos”, ela diz. Esboçando certa incerteza, parece voltar atrás e pedir a confirmação do médico. Este abre um pequeno sorriso e brinca com ela: “Olha, não sei não. Deve ser um pouquinho mais do que isso”. Mas, neste momen-

to, ele se interessa por ela, pede que ela continue, que conte um pouco por que havia começado a tomar medicamentos psiquiátricos. “Ah”, não é evidente?, “porque eu pirei!”, ela responde.

É difícil dizer o que se passa, então. É como um verdadeiro giro, um movimento súbito involuntário. O foco se desloca daqueles que antes concentravam a fala para se reposicionar sobre Bethânia. Uma corrente de ar invade a sala e o grupo ganha novo interesse. Ela começa a falar e, subitamente, as lembranças lhe vem. Diz que não sabia explicar exatamente o que tinha se passado. Tenta recorrer ao médico, esperando que ele pudesse explicar por ela, já que ela havia ficado com esquecimento. O grupo a escuta atentamente. Depois de algum tempo, ela recorda sua separação, como seu marido havia lhe traído, como exagerara na bebida por conta disso. Seu relato rapidamente se adensa, faz passar vários elementos de uma única vez. É como se acessássemos uma lembrança complexa, com cenas cortadas de sua crise e de flashes de sua primeira internação. Foram três meses internada. Disse que quando acharam que ela estava bem, eles a liberaram, mas que rever seu ex-marido com a amante lhe deixou muito mal novamente e a levou a outra crise, acabando internada novamente, desta vez por oito meses. Perguntei-lhe, um tanto ingenuamente, se ela pedira para ser internada nesse momento. Ela disse que não: foi internada a força de novo, porque por livre e espontânea vontade ela não iria não. Bethânia lembrava-se do sofrimento que viveu nesses dias. Só queria saber de beber, pensava em se matar. Chegava a pegar a faca, mas... ah!, não gostava nem de lembrar. Graças a Deus tinha superado aquilo. O Caps tinha se tornado sua segunda casa e ela sentia falta de ir ao serviço aos sábados e domingos.

O esquecimento de Bethânia subitamente se transmuta em uma experiência com a memória. Algo nela se aviva, algo se ativa em todos nós. O psiquiatra é o maior entusiasta neste momento, ele que descobre tantas histórias novas no grupo. A extrema violência contida na experiência do surto consegue ganhar acolhimento, ser dividida e ganhar lugar. Pode-se ouvir uma fala verdadeira, uma enunciação que põe uma diferença, mesmo que frágil, mesmo que venha a se apagar depois. Por um instante, o grupo está aceso, vívido e pleno de interesse.

A relação com o CAPS é cheia de afeto. O serviço configura um território importante, uma referência, uma segunda casa. Se esta fala emerge, é porque o grupo cultiva ao longo do processo o acesso e o compartilhamento de experiências. A atenção e o interesse dedicados às experiências, as sintonizações que vinculam pesquisadores usuários e trabalhadores, quando justas, conferem às experiências acessadas a dignidade que elas merecem. Dizemos “justas” no sentido empregado por Eugênio e Fiadeiro (2013), querendo dizer “na exata medida”. O que o grupo faz nestes momentos é tão somente reconhecer o outro, atribuir-lhe legitimidade e, assim, de algum modo, restituir-lhe seus plenos direitos.

DÉCIMO ENCONTRO. É interessante perceber como a atmosfera grupal se transforma, aquece, contrai-se em direção a um único ponto, a narrativa de Bethânia, na qual todos coabitam. A experiência se dissemina, contagia e logo outros relatos surgem. Um companheiro resolve contar sua história. Diz usar medicação psiquiátrica desde os 15 anos. Hoje, aos 39, sentia-se melhor em relação ao seu “problema”. Diz sempre ter sido um rapaz calmo, mas ficou com a mente perturbada ao acompanhar diversas mortes em sua família. As perturbações eram descritas por ele como pesadelos, que o faziam acordar assustado, ouvindo vozes que o chamavam no meio da noite. Pensava ver vultos ou fantasmas, mas o absurdo dessas experiências o impedia de falar para alguém e ele acabava não compartilhando. Comento que outras pessoas já haviam dito ouvir vozes, ao que sou seguido por diversas confirmações: “Eu também!”, “Isso é horrível!”. Outros se motivam a contar suas experiências de ouvir vozes e logo o tema da internação ressurge. Após testemunhar outras tantas lembranças difíceis, uma pesquisadora comenta que estávamos falando agora de outro lugar, que tínhamos outro sentimento em relação àquelas lembranças. Um tanto contrariada, uma usuária que havia discursado longamente sobre seus surtos e internações, responde que concordava, porém que passar por aquele lugar exigia muito cuidado, que não era brincadeira, era coisa séria.

Reconhecemos então a dimensão do não compartilhado, espécie de segredo que se desconhece ou com que se evita entrar em contato. Certas experiências não são facilmente compartilháveis, não se expressam sem serem acompanhadas de grandes inseguranças,

próprias ou alheias, medo, vergonha, autocrítica. O não compartilhado configura uma espécie de resto das vivências, experiências que não encontram caminho para a expressão e que se acumulam como um grande vazio de sentido. É nossa sombra, aquilo que levamos conosco e não nos atrevemos a revelar, aquilo que isolamos do contato com o outro e que, inversamente, nos isola. Talvez a loucura sinta de outras formas as marcas do confinamento histórico que sofreu, como um confinamento permanente no interior de si, relativo a um conjunto de experiências não compartilhadas. O acesso aberto pela experiência de Bethânia parece contagiar o grupo, mas pela via da ressonância sombria do não compartilhado. O próprio manejo do grupo, que visa o compartilhamento, não pode se furtar a manejar com esse lado sombrio e de ser por ele afetado. O que se expressa nunca se expressa totalmente e aquilo que revela, acaba também escondendo. Daí a importância de refletir sobre os usos da medicação psiquiátrica. Tem-se a impressão de que as intervenções hegemonicamente estabelecidas em psiquiatria continuam a habitar um abismo entre a experiência e os recursos para lidar com elas. O uso abusivo de psicofármacos tende a silenciar o outro, afirmando a mera via do controle dos sintomas. Trata-se apenas da substituição da tecnologia asilar por uma mais sofisticada, atualizada em relação às novas condições do confinamento. O confinamento asilar atual é no interior de si, através da produção e manutenção de experiências não compartilhadas.

Reconhecer o não compartilhado nos leva, contudo, a experienciar os modos de sua apresentação, a inscrição de seu não sentido, de seu silêncio, de sua presença ausente. O não compartilhado se produz também no grupo, acumula-se igualmente no decorrer do processo. Na continuação das cenas narradas, o grupo passa do interesse ao desinteresse e da motivação ao tédio. Uma participante atravessa a fala de outra para fazer uma piada que a leva a uma gargalhada estridente, cujo sentido não conseguimos entender. Ela diz que precisa sair para tomar ar, enquanto um outro participante nos explica acerca dos sintomas de sua surpreendente “*Síndrome de Lapotoentre*”, cuja ficção não fazia sentido algum. Experimentamos então a realidade expressiva do não compartilhado: não um conteúdo específico guardado “sob segredo”, mas algo como uma pura forma vazia do segredo, que já não esconde nada e que se transmite pela via do sensível. Podemos então estar juntos, mesmo que em uma estranha comunidade. Mergulhamos em uma experiência comum, compartilhamos um nível sensível de co-presença.

Parece-nos que é em função destes processos de contração de grupalidade que as qualidades participativas dos sujeitos tendem a promover novas reviravoltas. São momentos

em que a dinâmica grupal possibilita a expressão dos afetos compartilhados, resultando na oscilação das posições subjetivas e no traçado de possíveis guinadas para o desejo. Nestas pequenas fissuras, entrevemos a possibilidade da saída do confinamento, pela partilha de um mesmo plano sensível, do qual fazemos parte e no qual tomamos parte (Rancière, 1995). Trata-se de criar condições de estar com o outro, mas também de reconhecer que estas não são tão naturais quanto parecem. Bakhtin (2010), por exemplo, assumia que Dostoiévski provara a impossibilidade da solidão. A consciência está sempre às voltas com outros, seu próprio discurso interior não passando de um interminável diálogo com aqueles que reconhece e discrimina, com os outros que lhe aceitam e recusam, por vezes as duas coisas ao mesmo tempo. Porém o povoamento da consciência (tanto quanto o da escrita), não está nunca dado, assim como a presença de outros em nós não impede o sofrimento, haja vista a experiência esquizofrênica de certos ouvidores de vozes. A questão passa a ser como incluir o outro em uma mesma experiência de partilha, como acessar diretamente a relação com o outro que está na base de toda experiência imediata e afetiva (Pagès, 1976). No que diz respeito à narrativa, trata-se de conjurar o perigo de, atendo-se a nossas implicações com os outros, acabarmos por afundar nelas, presos ou arrastados por um movimento de mera auto-implicação.

Pode ser que por um longo tempo não se entreveja qualquer saída, que a expressão e a escrita circulem indefinidamente no vazio, sem nada ver ou tocar. Mas, ainda assim, desde que possamos acessar esta suposta negatividade da experiência, é possível revertê-la, contra-efetuá-la, levá-la de novo a erguer-se e expandir-se. São as mudanças nas qualidades participativas que nos indicam os efeitos do reconhecimento do outro que a estratégia GAM promove. O que procuraremos mostrar através de mais uma participante que muito nos tocou.

A participação de Ana K. chegava a provocar certo desconforto sobre outros. Tinha o costume de sempre chegar atrasada e de sair mais cedo, sob muitos pedidos de desculpa. Além disso, seus pronunciamentos eram carregados de um mau humor e de um tal apego às regras e ao saber, que é como se estivesse sempre a deslegitimar os demais. Esquivava-se de trabalhar com o guia, uma vez que lia muito e sabia de tudo e entendia de tudo. Não obstante, a cada novo encontro, nosso esforço era de tentar alguma aproximação. Oferecíamos novamente o guia, que ela nos recusava com educação. Agradecia, não era preciso. Segundo contam, guardava pilhas de revistas em seu quarto, montava sua própria biblioteca. O guia não passava de apenas

mais uma revista entre outras? Durou muito até que Ana K. consentisse em usar o guia como os outros. Tendo-o aceitado, ela passou a se desculpar por esquecê-lo em casa, perdido entre suas coisas. Os esforços de contratação eram permanentes, ela colocava condições para participar, dizendo precisar sair sempre mais cedo. Dizíamos que sua participação era importante, que ela poderia contribuir com os outros usuários e que, de repente, tentar ficar mais no grupo também poderia ser bom para ela. Ela passou a durar mais no grupo: se antes não passava das 14:30h, passou a sair por voltar das 15h, ou pouco depois. Ao longo dos encontros, sua forma de justificar as saídas variaram por um tempo. “Tenho uma consulta”, “Minha mãe tá me esperando”, “Tenho que resolver umas coisas”, eram falas que ela usava. Depois, passou apenas a indicar que iria sair, pedindo desculpas. Sentia que certas vezes não ouvíamos nem as desculpas, mas apenas a “ordem”, com certa expressão de rancor ou rabugice.

Ana K. recusava-se a falar de si. Teria tido muitos problemas, segundo ela, “não psiquiátricos”, mas que “já tinham sido todos resolvidos”. De fato, portava características atenuadas da síndrome de Down, mas não escondia o diálogo frequente com algum interlocutor invisível pendurado sobre seu ombro. Fizemos várias tentativas de aproximação, mas Ana K. continuava a sair mais cedo, mesmo quando tínhamos plena impressão de que a discussão estava a lhe interessar muitíssimo. É talvez do décimo primeiro encontro que venha a primeira lembrança dela nos conceder algum acesso. Em meio a certo calor da discussão, em que uma companheira provocava sem parar o grupo, afirmando duramente que remédio era droga, que os problemas não se deviam ao uso de remédios, mas de drogas, Ana K., interrompida sucessivas vezes, parece afrouxar o discurso e deixar escapar algo que até então não admitia: “Todo mundo faz porque quer. Todo mundo tem seu tempo para viver, trabalhar, estudar, aprender de tudo. Mas o remédio sempre tá andando... o doutor tá sempre com o pessoal. Tem gente que tem e precisa do remédio o tempo todo. Toma e faz bem. Tem gente que tá... *cansado* do remédio e não sabe se quer ou não parar. Não é pelo fato de parar, é pelo fato de entender o que tá colocando ali”.

Ana K. passou então a reconhecer o seu cansaço. Encontros depois, passou a reconhecer também seu próprio saber, algo antes inconcebível quando se tratava de medicamentos psiquiátricos, visto que estes são de domínio exclusivo do médico, que, em seu

próprio dizer, é quem estudou e quem sabe. Deu-se conta, em meio a uma discussão sobre o haldol, um dos antipsicóticos mais usados em psiquiatria, que conhecia o medicamento e podia falar dele também. Lamentava ter passado a usar risperidona, um antipsicótico de segunda geração, que lhe causava muitos infortúnios, de qualquer forma, coisas que não valia a pena de se falar, para não dar vazão aos outros. Em um certo encontro, após chegar atrasada como de costume, ofereci-lhe novamente o guia e ela aceitou, agradecendo. Sentei-me finalmente ao seu lado e compartilhamos algumas risadas. Ela me pediu o lápis e concentrou-se na atividade. Durante a discussão, lembrou algumas imagens da infância, quando ia muito à praia, acompanhada de uma instrutora, com quem entrava na água e jogava bola. A mudança participativa de Ana K. nos marcou a todos e a última lembrança que temos, ao encerrar o trabalho, é dela enunciando ao grupo as suas dificuldades em ser aceita no serviço e integrar-se ao coletivo.

Estas experiências se anunciam, como dissemos, como pequenas fissuras, mas que podem ser fomentadas, cultivadas, fortalecidas, multiplicadas. É verdade que outros registros de experiências de reconhecimento já haviam ocorrido, ainda precocemente, por exemplo, no terceiro encontro. Um participante comparece pela primeira vez ao grupo. Procura entender ativamente a proposta de pesquisa. Afinal, trata-se de uma pesquisa científica para determinar com mais precisão o diagnóstico que eles tem? Ou para saber como os medicamentos vão agir sobre os neurônios liberando substâncias nos cérebros? É um jovem gentil, interessado em matemática e tecnologias ultra-avançadas. Durante o encontro, ele se descobre interessado em contar um pouco de si, embora utilize a terceira pessoa. “Vamos dizer que um rapaz queira entrar para um grupo de garotos e se interesse por uma menina...”. Ele conta de suas dificuldades de integração e de conquista amorosa. Sua experiência é ouvida atentamente pelo grupo, que não deixa de lhe dar algumas devolutivas. Mulheres mais velhas e experientes destacam que a timidez realmente dificulta o relacionamento em sociedade. O rapaz se vê, então, reconhecido, não em sua loucura, mas em sua timidez. Ao final do encontro, enquanto conversávamos com outra participante, ele vem e se posiciona ao nosso lado. Espera pacientemente até que possa se pronunciar. Por fim, diz apenas que havia pensado que aquele era um grupo para estudá-los e diagnosticá-los, mas que entendeu que, na verdade, tratava-se de um grupo de cuidado, que servia para ajudá-los. A esta intervenção, correspondemos apenas com um olhar e um pequeno aceno de cabeça. Ele se vai sem que digamos mais nada, mas, quem sabe, seu modo de aproximação, sua maneira de se pôr ao lado, indique-nos a transmissão de uma atitude e a propagação de um modo de fazer.

## 5 VOLTAR À SUPERFÍCIE: UMA ANÁLISE DE IMPLICAÇÕES

### 5.1 A inclusão da experiência da loucura

#### 5.1.1 Introdução ao problema

Vimos como a aplicação do discurso indireto nas Memórias nos pareceu indicar uma solução possível para o problema levantado acerca de uma política de narratividade, quer dizer, o de como dar expressão ao acesso à experiência, concebida como plano de implicações entre pesquisadores e sujeitos de pesquisa. Afirmamos, por outro lado, que a pesquisa-intervenção gera efeitos não apenas sobre o seu objeto, como também sobre o próprio dispositivo de intervenção e sobre os pesquisadores. A pesquisa-intervenção é constituída justamente pela inclusão destes efeitos, os quais nos concedem os analisadores do processo de intervenção. Dissemos ainda que a irrupção dos efeitos nos remete a um plano coletivo de forças e que estas se anunciam em nosso campo como forças próprias da loucura. Pensamos que é preciso incluir os signos disruptivos da loucura, torná-los expressivos, integrá-los à narrativa da pesquisa e restituí-los ao mundo. Foi o que procuramos fazer em nosso último capítulo, através do mergulho em nossa experiência de campo. Mas parece ser ainda preciso explicitar o que chamamos de loucura, assim como investigar mais de perto o processo pelo qual procuramos torná-la uma experiência acessível, capaz de ser expressa em uma política narrativa, colocando em análise os efeitos desta experiência sobre nossa pesquisa e sobre nós mesmos.

“Talvez um dia não saibamos mais muito bem o que pode ter sido a loucura”, alertava Michel Foucault há cinquenta anos, em *A loucura, a ausência de obra* (Foucault, 2006b, p. 210). Teria sua previsão se consumado? Afinal, quais interpelações o fenômeno da loucura pode ainda realizar no quadro de nossas sociedades contemporâneas, ultramodernas e tecnológicas, onde toda sorte de desvio é capturado por elaborados mecanismos de controle? Para Foucault, a loucura tenderia cada vez mais a se apagar enquanto experiência “antropológica”, enquanto signo de uma alteridade legítima, deixando cair no esquecimento o seu passado glorioso, quando ela era investida dos poderes de revelação da verdade de uma

sociedade. Reduzindo-se atualmente aos sinais superficiais e objetivos da doença mental, ou dos “transtornos mentais”, a toda essa sintomatologia fina que os classifica um a um, de maneira isolada e objetiva, a possibilidade de interpelação profunda que a experiência da loucura poderia acarretar vem sendo substituída pela manifestação mecânica de um mau funcionamento neuroquímico e dominada pela utilização de novas tecnologias, que têm agora o sistema nervoso como alvo e as substâncias psicoativas como instrumentos. A estranheza que experimentamos diante dos desvios e extravasamentos da loucura tende a ser cada vez mais silenciada, diante da automatização dos procedimentos técnicos que sufocam as crises e esterilizam o contato com aquilo que elas portam de inominável. Não restariam senão os sinais da doença e os meios de seu “tratamento”, tendo a loucura “se fechado sobre ela própria, não permitindo mais decifrar os rastros que ela terá deixado [...] simples marcas negras” (*Ibid.*, p. 210).

Entretanto, Foucault ressalta, simultaneamente a este recobrimento da loucura pela doença mental, um fenômeno que ocorre curiosamente no campo da literatura moderna e que tem como efeito desvincular as duas categorias, liberando uma experiência irreduzível à apreensão moral e patologizante da loucura, que caracteriza a doença mental. Ao contrário de conceder ao movimento histórico que resultava no encerramento da loucura sobre si, na opacificação de seus signos, movimento que tornou certa experiência da loucura inacessível, a literatura moderna optou por abrir caminho em direção à loucura e acolhê-la em seu âmago, traçando com ela um estranho parentesco. É por isso que fazemos da inclusão dos efeitos de nosso dispositivo uma busca pelo restabelecimento de uma comunicação com a linguagem excluída da loucura, um modo de falar *com*, de acessar seus signos historicamente opacificados. A própria natureza de nosso problema da política de narratividade nos inclina em direção a esta relação, enunciada por Foucault, entre literatura e loucura, entre a *obra* de linguagem e o que ele chama *ausência de obra*. O próprio Foucault, seguindo as transformações que observava no terreno da literatura, incorporou em suas pesquisas iniciais e em seu estilo narrativo certa experiência da loucura como componente essencial que possibilitaria restabelecer o diálogo rompido com a razão. É o que procuraremos mostrar, com auxílio do comentário de Roberto Machado acerca dos desenvolvimentos iniciais do pensamento de Michel Foucault.

### 5.1.2 Foucault e a experiência trágica da loucura

Em *Foucault, a filosofia e a literatura*, Roberto Machado (2000) revisita o pensamento do filósofo francês, em função da proximidade que este estabelecia com a literatura em seus primeiros anos de produção, quando Foucault se interessou pela história da loucura. É possível perceber a preocupação que Foucault levantava, no início da década de sessenta, em relação à própria execução de sua pesquisa e que dizia respeito a um problema de linguagem. Como se sabe, Foucault produz já naquela época um deslocamento fundamental da tradição epistemológica para a constituição de sua pesquisa: ele não visa a uma epistemologia das ciências naturais, com sua maneira de encarar o progresso do conhecimento científico, como se este tendesse sempre a se aproximar de verdades últimas, mas escolhe o domínio das disciplinas que tomam o homem por objeto e elabora paulatinamente um método próprio de estudo de suas emergências, ao qual intitulará mais tarde de arqueologia. Foucault rejeita a epistemologia ao perceber que o estatuto científico de tais disciplinas não remete às mesmas condições de possibilidade das ciências naturais. Disciplinas como a psiquiatria têm origens “baixas”, fundadas em instituições e não em teorias, o que significa o privilégio da percepção moral e social sobre o conhecimento médico, ou o primado das práticas e dos dispositivos de poder sobre o saber psiquiátrico. Este deslocamento, esta rejeição, determinam consequências práticas para a pesquisa de Foucault: no âmbito de *História da Loucura na Idade Clássica*, como afirma Machado, o filósofo recusa fazer dos conceitos de disciplinas como a psiquiatria e a psicologia de sua época balizadores de uma linha evolutiva do progresso científico. Dito de outro modo, para não se encerrar no domínio da racionalidade médica ou psicológica, Foucault procura se libertar da linguagem científica e desvencilhar-se de qualquer “verdade” psiquiátrica. Em consequência, ele adota uma linguagem a que chama de “neutra”, quer dizer, sem apoio científico, livre da terminologia psiquiátrica sobre a loucura, procurando aproximar-se o máximo dela para “deixar a loucura falar a sua própria linguagem” (Foucault *apud*. Machado, 2000, p. 20, 21).

A questão que Machado pretende responder foi colocada por Jacques Derrida (1967) em um texto dedicado a *História da Loucura*: se é verdade que Foucault constrói uma linguagem sem apoio “científico”, uma linguagem que escapa aos conceitos fundados na tradição psicológica e psiquiátrica, sobre o que então Foucault apoia sua linguagem? Há certamente um elemento de apoio, mas ele se encontra em outro lugar, fora do domínio do

conhecimento e da ciência. É na filosofia de Friedrich Nietzsche e na importância que esta confere à arte trágica que se pode encontrar, assim acredita Machado, o elemento que permite a Foucault apoiar sua linguagem outra, articulada numa sintaxe distinta daquela da razão: “Aí, neste simples problema de elocução, escondia-se e se exprimia a maior dificuldade da pesquisa” (Foucault, 2006c, p. 160). É preciso ver, neste gesto constituinte de sua pesquisa, na rejeição da linguagem psiquiátrica e psicológica, a aliança a um movimento mais profundo: o gesto trágico que nega a separação radical entre razão e loucura, separação sobre a qual se funda o saber psiquiátrico como saber *sobre* a loucura. Com tal gesto, Foucault pretende se situar “antes” desta separação, ali onde ela não tem ainda sentido, onde a relação com a loucura não pode mais ser reduzida à exterioridade entre razão soberana de um lado e ilusão, erro ou doença de outro.

Roberto Machado aproxima assim o projeto de História da Loucura da filosofia de Nietzsche, encontrando uma “homologia estrutural” desta obra com relação a *O nascimento da tragédia* (Nietzsche, 1992). Se na obra do jovem Nietzsche acompanhamos o movimento da progressiva dominação do pensamento socrático racional, com a consequente exclusão do elemento trágico, profundamente valorizado na cultura grega pré-socrática, em História da Loucura encontramos o longo processo de dominação que tornou a loucura cativa da razão. É esta aproximação com o pensamento de Nietzsche que permite identificar a ideia de uma “experiência trágica da loucura”, a qual concede ao filósofo francês “um valor positivo capaz de avaliar as teorias e as práticas históricas sobre a loucura” (Machado, 2000, p. 24). Mais do que uma figura histórica, a loucura é identificada a uma experiência originária, essencial, que foi encoberta, excluída, dominada pela razão. É justamente o apoio sobre esta experiência trágica que possibilita a Foucault interpelar criticamente os saberes instituídos sobre a loucura.

A experiência trágica confere as condições de possibilidade para traçar uma outra história da loucura, a positividade necessária para pôr em questão os saberes que desde o século XVIII a colonizam, excluindo-a, silenciando-a, confinando-a e disciplinando-a em instituições de tratamento moral e social, sob a pretensa capa da ciência. Indiferente à separação entre razão e desrazão, anterior a esta separação, a experiência trágica permite a Foucault liberar-se da linguagem científica para utilizar criticamente um tipo mais fundamental de linguagem: “uma linguagem do outro, que é voz, rumor, murmúrio, abafado mas não destruído, e se manifesta transgressivamente em criadores trágicos como Nietzsche” (Machado, 2000, p. 27). O que está em jogo é, primeiramente, uma reversão, pela linguagem,

do processo colonizador da razão e uma restituição à loucura de sua linguagem “originária”, a qual foi excluída, silenciada, sufocada pela razão. Mas é preciso não se deixar enganar pelos termos e Roberto Machado insiste sobre este ponto: a loucura fundamental, originária, deve ser encarada *não propriamente como uma realidade, coisa ou objeto, mas como um fenômeno de linguagem*<sup>49</sup>. Murmúrio ou rumor, cabe encontrar o ponto de expressão de uma loucura fundamental, fala que ignora a diferenciação entre verdade e falsidade, erro e acerto, bem e mal. É na linguagem, nos movimentos íntimos da linguagem, que uma experiência trágica da loucura se comunica. Na linguagem se disfarçam as comunicações íntimas que colocam a razão em conexão com os domínios turvos da loucura.

### 5.1.3 A inscrição da loucura no espaço literário

As pesquisas arqueológicas de Foucault são contemporâneas dos estudos que ele dedicou, nos anos 1960, à literatura. Sem considerá-los não se compreende o lugar que ocupa e a importância que adquire a noção de experiência trágica. Foucault interessou-se nessa época pela literatura e, particularmente, por autores que, como Georges Bataille e Maurice Blanchot, “introduziram na França não propriamente o comentário da obra de Nietzsche, mas, o que é muito mais importante, um estilo nietzschiano, não dialético, não fenomenológico, de pensamento” (Machado, 2000, p. 10). Estes autores encontravam no exercício da literatura uma espécie de experiência trágica da linguagem, marcada por suas tentativas de pôr à prova uma linguagem independentemente do sujeito que fala. Na pura exterioridade da linguagem, aquém e além das vivências pessoais, da intencionalidade do sujeito, a literatura revela um domínio caracterizado pelo extravasamento, pela transgressão, pelo ultrapassamento dos limites da racionalidade. No espaço literário, a literatura moderna encontra um lugar para a loucura que não o da sua exclusão. Ela valoriza e recupera a palavra louca, dá testemunho de uma experiência de linguagem que ultrapassa as fronteiras instituídas entre razão e loucura e que restabelece um diálogo rompido entre as duas, uma linguagem comum.

A literatura moderna tece com a loucura uma relação fundamental, uma atormentadora relação que coloca a obra literária em constante tensão, em contínuo desassossego, na permanente ameaça da loucura como limite para o qual tende aquele que

---

<sup>49</sup> Machado não discorda que haja uma ontologia em História da Loucura. Entretanto, pretende mostrar que esta ontologia é sobretudo uma ontologia da linguagem.

escreve: a impossibilidade de escrever, de realizar, de concluir a obra. É que a escrita estabelece contato com movimentos, por assim dizer, subterrâneos, descobre todo um murmúrio infindo das palavras, espécie de cadeia inquebrantável de enunciados que se continuam uns nos outros, uns pelos outros, e, na dispersão sem início nem fim que ela traça, impede todo começo ou relança cada tentativa de recomeço a este oceano em que ele se desfaz. O dizer, por sua vez, se depara com sua impotência, sua incapacidade de enunciar claramente, num fluxo linear e organizado de palavras. Ele desmorona após seus breves enunciados, cuja significação, atingida por uma espécie de debilidade inerente, já não se sustenta facilmente. Na escrita, o jogo da produção do sentido revela justamente este lado obscuro do não-sentido, o vazio em que caem as palavras, território da improdutividade que afronta a necessidade da fala útil, sonora e produtiva. A escrita literária atravessa terrenos negros, abismos em que a razão afunda, mas, se ela procura ativamente por isso, é porque a loucura se inscreve na obra literária pelo recorrente afrontamento desta com a ausência de obra.

Tomar a loucura como ausência de obra significa colocar de saída uma oposição entre loucura e obra, a qual serve para recusar qualquer explicação da obra pela loucura de seu autor: onde há loucura não pode haver obra, assim como onde a obra é possível, a loucura acha-se excluída. Por outro lado, é afirmando esta espécie de desvalorização da loucura como ausência de obra, desvalorização impingida pela razão, que a fala insensata, a fala sem utilidade e sem fim pode ser resgatada como fonte de valor. Não só a loucura remete a uma linguagem incapaz de fazer obra, como é a própria ausência de obra que exprime o ponto comum, aquém da separação entre razão e loucura, em que uma e outra restabelecem sua ligação. É que, apesar de não consumir uma obra, a loucura não deixa de ser linguagem e, enquanto tal, comunica-se com a obra literária, podendo ser reaproximada dela. A literatura moderna caracteriza-se justamente pelo esforço de instaurar no interior da obra de linguagem o limite que a arruína. A escrita literária retoma seu parentesco com a loucura, com a ausência de obra, na medida em que a obra de linguagem a que se propõe, obra clara e racional, é tensionada internamente pela transgressão desta mesma linguagem. Torna-se obra que “subverte, contesta, ameaça a obra, fazendo-a ir além dos limites estabelecidos” (Machado, 2000, p. 42). Entretanto, se a experiência literária restabelece seu parentesco com a loucura, nem por isso se identifica a ela. Pois a loucura é desmoronamento radical, ruptura absoluta, enquanto a linguagem literária é a construção desse desmoronamento. Onde a literatura nada, a loucura se afoga. A transgressão literária não é absoluta, ela é paulatinamente construída,

repetida, instituindo, a cada vez, um novo limite. De modo que, embora a obra literária não possa ter lugar no delírio, ela pode fazer uso de uma linguagem delirante e, mesmo, extrair daí sua relação com a razão. Torcendo a linguagem comum, confrontando o código linguístico no interior dele mesmo, fazendo-se ouvir, nos interstícios da língua, aquilo que escapa à comunicação, a literatura funda o sentido sobre o não-sentido, expõe o lugar vazio da ausência de obra, designando “a forma vazia de onde vem essa obra, quer dizer, o lugar de onde ela não cessa de estar ausente” (Foucault, 2006b, p. 218).

Se a literatura moderna buscou abrir caminho em direção à loucura, ela o fez aproximando ao máximo, na distância e na contradição que isso implica, a escrita e o delírio<sup>50</sup>. É aí que se vê mais de perto o tipo de transgressão específica que a literatura opera. Para expô-la, Foucault afirma que a loucura foi durante séculos a face visível de uma forma geral de transgressão, que esteve associada a certa organização dos interditos de linguagem. Ele argumenta que, embora este domínio de interdições fosse ainda mal conhecido, ao contrário do domínio de proibição de atos e gestos, seria preciso estudá-lo em sua autonomia. Ao menos três tipos de interdição poderiam ser facilmente reconhecidas neste domínio: a que concerne às leis do código linguístico, a que impede determinadas palavras ou expressões específicas e a que recai sobre o sentido de certos enunciados que, embora utilizem-se de palavras permitidas, tornam-se objeto de censura. Na história ocidental, a loucura deslocou-se de uma a outra zona desta escala. Foi no século XVII, durante o Grande Enclausuramento que, ainda que conservasse certo parentesco com a interdição de atos (interditos sexuais), a loucura foi incluída no universo dos interditos de linguagem<sup>51</sup>. Ela se torna então a linguagem excluída que, contra os códigos sociais instituídos, contra a língua, emite palavras sem sentido (como no caso dos “insensatos”, dos “imbecis”, dos “dementes”), palavras sacralizadas (os “violentos”, os “furiosos”) ou sentidos interditados (os “libertinos”, os “obstinados”). Mas é uma quarta forma de linguagem excluída que interessa a Foucault, a que expressa uma verdadeira modificação na relação ocidental com a experiência da loucura e que só se produziu na virada do século XX, a partir de Freud.

Foucault define assim esta última forma de linguagem transgressiva: “ela consiste em submeter uma palavra aparentemente conforme ao código reconhecido a um outro código cuja chave é dada nesta mesma palavra” (Foucault, 2006b, p. 214). Desdobra em seu interior,

<sup>50</sup> “[...] seremos aqueles que aproximaram ao máximo estas duas frases jamais realmente pronunciadas [...] e que designam as duas a mesma auto-referência vazia: ‘eu escrevo’ e ‘eu deliro’” (Foucault, 2006, p. 218).

<sup>51</sup> “[...] a intenação clássica enreda, com a loucura, a libertinagem de pensamento e de fala, a obstinação na impiedade ou na heterodoxia, a blasfêmia, a bruxaria, a alquimia – em suma, tudo o que caracteriza o mundo *falado* da desrazão” (Foucault, 2006, p. 215)

uma tal palavra instaura uma espécie de duplicação pela qual ela comunica e transgride ao mesmo tempo, pertencendo ao código reconhecido e, simultaneamente, acrescentando-lhe um “excedente mudo”, com o qual ela ultrapassa aquilo que ela diz. Não se trata de uma linguagem cifrada, uma vez que este outro código a que ela obedece silenciosamente não se acha em nenhum lugar além dela mesma, mas de uma linguagem esotérica, “estruturalmente esotérica”, que escava no interior do código estabelecido uma espécie de sulco, por onde escorrem as formas da língua, uma linha de fuga que arrasta e desestabiliza as significações estabelecidas em direção a uma zona obscura, “que nenhuma cultura pode aceitar imediatamente” (*Ibid.*, p. 215). Portanto, segundo Foucault, Freud realiza uma verdadeira modificação na experiência civilizatória da loucura, na medida em que ele reconhece e destaca uma linguagem esotérica que não pode mais ser identificada aos desvios anteriores, nem ser absolutamente tomada como um significante qualquer. A loucura surge então como uma experiência que aponta para esta região em que a fala/palavra e a língua à qual ela pertence se implicam uma na outra, formam-se uma a partir da outra, nesta região pálida da auto-implicação, em que a palavra remete a um código estrangeiro que ela porta sem revelar.

A linguagem esotérica não transgride porque apresenta uma palavra intolerável ou porque transmite um sentido interdito, mas porque, no jogo entre a língua e a fala que ela traça, ela revela uma operatividade da linguagem que não é senão o motor do delírio, na medida em que escava um vazio que retém e suspende o sentido da palavra e assim abre um espaço em branco, uma reserva lacunar sobre a qual tal sentido, ou um outro, ou ainda um terceiro, ao infinito, vem se alojar. Ela transgride porque seu jogo implica uma atividade que já não remete ao sujeito, mas que o ultrapassa em direção à língua e aos códigos sociais: ela descobre um processo incessante, ilimitado, em que a língua se desterritorializa e, com ela, o mundo objetivo que ela ajuda a sustentar. O delírio literário não consiste em transfigurar o mundo, mas em revelar o processo no qual o mundo se apresenta como incessante movimento de transfiguração de si mesmo.

#### 5.1.4 Narrar o narrar: afundamento e reemergência

Tomar a loucura como uma experiência de linguagem e a literatura como um fazer que valoriza e recupera a palavra louca em sua positividade pode nos auxiliar a dar dizibilidade para o que parecia estar em jogo em nosso procedimento narrativo. É verdade que

a princípio não podíamos prever o entrelaçamento destas duas dimensões – a loucura e a experiência literária – no manejo da narrativa e que isto só pôde se esclarecer ao longo do processo de pesquisa, na medida em que pudemos vivenciar os efeitos de nossa própria política de narratividade. À medida que os relatos iam sendo construídos, que descobríamos as dificuldades próprias ao uso do discurso indireto e, particularmente, ao uso do discurso indireto livre – que envolviam uma proliferação de passagens truncadas, a repetição tediosa de expressões como “disse que...”, mas também os múltiplos embaralhamentos entre as falas e a deslocalização do sujeito de enunciação, enfim – éramos atravessados por afetos contraditórios, que pareciam colocar continuamente em xeque todo o trabalho. Acreditávamos que era preciso produzir certos “efeitos de narratividade” que pudessem expressar os momentos de acesso à experiência coletiva, mas não sabíamos exatamente que efeitos eram estes, nem como eles deveriam se apresentar. Em nossa obstinação de produzir narrativas sob o uso do discurso indireto, oscilávamos entre o fascínio por pequenas construções sintáticas e o sentimento de inutilidade completa de nosso esforço. Como se o procedimento permanecesse improdutivo, sem razão, nem necessidade. Além disso, enquanto nos focávamos na forma de expressão, éramos levados a quase perder de vista os conteúdos, isto é, os temas, os assuntos discutidos no grupo. Habitávamos uma espécie de cisão entre expressão e conteúdo, estes permaneciam como que dilacerados, enquanto nós nos equilibrávamos sobre um abismo aberto entre a palavra e o afeto e, em última instância, entre nossas funções de manejo e narratividade.

Pode-se dizer que G. Deleuze corroborava a posição de Foucault, segundo a qual a literatura estabelece um parentesco com a loucura, ao inventar para si uma espécie de língua esotérica que se imiscui *na* e se transmite *pela* língua padrão. Em *Louis Wolfson, ou o procedimento*, Deleuze (1997) destaca certa dimensão do trabalho literário, a qual, seguindo uma postura clínica, ele aproxima mais diretamente à psicose: “A psicose é inseparável de um procedimento linguístico variável” (p. 19). Assim como o psicótico, o escritor é tomado de certa fixação à materialidade dos signos, ao corpo fônico ou gráfico das palavras, a certa necessidade de manusear a língua, tomando-a como uma espécie de matéria maleável, capaz de ser indefinidamente composta e decomposta. Entretanto, como vimos, literatura e loucura não se confundem, e, enquanto o psicótico se atém à matéria assignificante, o escritor extrai dela verdadeiras “visões” ou “audições”, sopros, imagens, sentidos, movimentos, acontecimentos. Para Deleuze, a literatura é inseparável da invenção de uma língua estrangeira, a ser escavada nos interstícios da própria língua, através da descoberta de novas

“potências gramaticais ou sintáticas” (p. 9) que arrastam a língua para fora de suas composições habituais e a levam a delirar. Precisamente, o delírio é aí construído, arquitetado, não tanto por forças sombrias incontroláveis, mas por força de lucidez. Neste sentido, o procedimento deve ser encarado como uma espécie de “protocolo de experimentação” (p. 17), que nos permite acessar na língua aquilo que suas articulações habituais mantêm escondido, com vistas a liberar novas enunciações. Contudo, as regras facultativas que o escritor se propõe ativamente nada adiantam se ele não é capaz de transformá-las em algo mais, incorporá-las e articulá-las como uma língua nova na qual ele se torna fluente e que nos leva a ver um outro mundo. O procedimento é aquilo que está na base da criação de um estilo, mas o estilo é já uma língua encarnada, tornada própria, que internalizou a operatividade do procedimento e o ultrapassou.

Deleuze mostra, no entanto, como o procedimento literário pode fracassar, como ele pode manifestar tão somente o seu aspecto patológico. O personagem do romance *Le schizo et les langues*, de Wolfson, é um estudante de línguas esquizofrênico que passa o tempo a traduzir palavras de sua língua materna, o inglês, para outras línguas segundo determinadas regras. A língua materna é insuportável para o jovem estudante e deve ser purificada através de combinatórias e intercalações de letras, sílabas e fonemas extraídos de outras tantas línguas, resultando em uma língua monstruosa e idiossincrática: “Por exemplo, *Where?* será traduzido pelas palavras alemãs *Wo? Hier?*, ou melhor ainda por *Woher*. A árvore *Tree* poderá dar *Tere*, que foneticamente se converte em *Dere* e desemboca no russo *Derevo*” (Deleuze, 1997, p. 17). E assim por diante. Wolfson se atém tão somente à materialidade das palavras, de seus fonemas e de suas letras, ele é incapaz de gestar o sentido como um efeito que se eleva das composições linguísticas, incapaz de produzir o que Deleuze chama de “visões”: “acontecimentos que se agitam na linguagem e que extravasam tanto das condições de seu aparecimento quanto das circunstâncias de sua efetuação, assim como uma música excede a circunstância em que é tocada bem como a execução que dela se faz” (p. 20). Wolfson permanece preso ao vazio, seu procedimento nada mais é do que um protocolo quase mecânico, ele não engendra nenhum processo vital capaz de nos elevar a uma visão. Seu procedimento é seu próprio acontecimento e o único acontecimento que ele promove é este grande vazio que se anuncia tenebrosamente como “fim do mundo” (p. 21). O procedimento, portanto, não garante nada e pode fracassar. Como diz Deleuze (1997):

O procedimento impele a linguagem a um limite, mas nem por isso o transpõe. Ele devasta as designações, as significações, as traduções, mas para que a linguagem afrente enfim, do outro lado de seu limite, as figuras de uma vida desconhecida e de um saber esotérico. O procedimento é apenas uma condição, por mais indispensável que seja. Chega às novas figuras quem sabe transpor o limite. (p. 30)

Durante o processo de pesquisa-intervenção, nosso investimento na política de narratividade, exercitado intensamente nos registros da experiência de campo, foi pouco a pouco sendo contrabalanceado pela emergência de um grande vazio. As Memórias iam constituindo um material repudiante, ao qual não conseguíamos voltar a ler sem experimentar uma grande vertigem. Todo aquele atravessamento entre as falas parecia conduzir a um plano de total desapropriação de palavras e afetos, onde nada era de ninguém ou tudo podia se referir a qualquer um. Uma imensa confusão parecia pairar sobre as narrativas, como uma massa opaca, misturada, dispersa e sem apoio. Em parte, é possível que esta experiência pudesse estar associada à relativa desvinculação produzida entre expressão e conteúdo, como se o plano da expressão (relativo ao *como*), sendo trabalhado por um procedimento que lhe conferia certa autonomia em relação ao plano do conteúdo (relativo ao *quê*), resultasse em um campo de intervenção à parte, sem relação com o campo dos afetos, que deveriam preencher a cada vez os enunciados e as situações. Tudo se espalhava na dispersão, nada era passível de ganhar relevo, chamar atenção e demandar análise. Mergulhávamos em um campo de puro fluxo, de puro atravessamento, oceano de discursos encadeados, sem pausa, sem corte, sem nenhum silêncio. Experimentávamos o murmúrio infindo, o falatório interminável que impede a emergência de qualquer voz.

Por outro lado, é possível que em certa medida o vazio que passamos a experimentar tenha sido um efeito performativo<sup>52</sup> de nosso próprio procedimento, uma vez que este tinha como propósito evidenciar a implicação entre pesquisadores e participantes, dissolver o ponto de vista distanciado de terceira pessoa e, conseqüentemente, restabelecer uma comunicação *direta* com a palavra louca. O vazio, neste caso, aponta-nos para o compartilhamento subterrâneo de uma experiência, tornado possível pelo traçado de um canal intensivo que conectava as vozes de pesquisadores e sujeitos de pesquisa. Como se, ao utilizar o discurso indireto, acabássemos produzindo não apenas a inseparabilidade entre os enunciados de pesquisadores e participantes como certa experiência de indistinção entre os sujeitos, na qual

<sup>52</sup> A performatividade pode ser estendida ao poder da experiência de decretar para si as formas correlativas de sujeito e objeto (mundo). Cf. Passos e Eirado, 2009. Aqui, aproximamo-la da autoposição de uma realidade pela experiência com a regularidade do procedimento.

já não podíamos dizer se aquilo que se enunciava pertencia a um ou a outro sujeito em particular. Esta “deslocalização” do sujeito de enunciação era constatada em nossas reuniões de supervisão, quando o grupo de pesquisa analisava coletivamente as Memórias dos encontros. Transcrevendo as falas do grupo em uma espécie de agenciamento coletivo, éramos levados a experimentar certa dose de auto-implicação que elas nos transmitiam e que nós mesmos nos obstinávamos em reproduzir. Como se fôssemos atraídos pelo delírio ou, antes, pelo vazio característico da ausência de obra.

QUINTO ENCONTRO. Pedimos para que o grupo comentasse uma frase do guia que dizia: “Eu sou uma pessoa, não uma doença”. Era de deixar irritada uma companheira que sempre tinha que explicar aquilo tudo de novo, mas tudo bem. Acontece que a doença mental é, na verdade, transmitida por um piolho, que dá febre tifoide. É isso que é doença mental!, ela disse. Antes que pudéssemos fazer alguma intervenção, um outro calmamente entrou na conversa. Acrescentou que, quando a pessoa tá com um problema, ela tem também o problema de não ser doente também. E que o problema pode ser evitado, desde que se procure tratar o problema a tempo. Caso contrário, o problema vai se agravando, explicou. Confesso que fiquei desconcertado com aquela repetição atípica da palavra “problema”. Perguntei então de quem ele estava falando. O companheiro, porém, não se desconcertou nem um pouco: “Ué, da pessoa”.

Às vezes, é como se cada participante do grupo comportasse sua própria linguagem esotérica, efetuasse a seu próprio modo uma maneira de implicar-se na língua, de “estilizá-la”. Este trecho mostra bem a discrepância de três linguagens idiossincráticas, cujas relações dialógicas parecem estar ausentes, ao menos para um olhar desatento. Com isto, pode-se dizer que, no grupo, a experiência com a auto-implicação era multiplicada pelo número de participantes, o que fazia das Memórias o espaço do registro de uma polifonia de linguagens dissonantes e autorreferentes. Enquanto tais linguagens ocupavam o primeiro plano dos registros, sentíamos como se nossa própria linguagem afundasse ou se dissolvesse, para dar lugar a uma estranha e desconcertante sinfonia de vozes tresloucadas. Tal afundamento era acompanhado, entretanto, da expressão de toda uma riqueza intensiva, percebida e validada pelos companheiros de pesquisa. Mas parecia-nos que nunca tínhamos levado o procedimento

longe o bastante, que era preciso dissolver ainda mais as fronteiras entre os enunciados, reencontrar uma continuidade viva que falasse por si só. Por um longo tempo, enquanto não havíamos reencontrado os textos de Machado e Foucault, permanecíamos cegos para os efeitos intensivos que a narrativa possibilitava. Não experimentávamos nada além da pura vertigem ao retornar para nossas Memórias, impossibilitados de habitá-las adequadamente, de extrair delas outros sentidos, de recortá-las e relacioná-las de outros modos. Enquanto isso, a cada vez que procurávamos começar nosso texto, que ensaiávamos uma maneira de contar nossa história, víamos tudo desmoronar, obrigávamo-nos a abandonar e deixar para trás pilhas de papel, descartando todo novo começo como apenas mais um rascunho inútil.

Para Maurice Blanchot (1955), a experiência literária está ligada a uma espécie de fala “que não pode se interromper porque ela não fala, ela é” (p. 35). É uma fala que nada comunica nem significa, que não se direciona a algo, não fala *sobre*, mas simplesmente se apresenta como ser. Esta fala interminável não começa jamais, ela repete sempre o mesmo, não para de recomeçar. Segundo Blanchot, o escritor é aquele que pode ouvir esta fala, dominá-la, impor-lhe o silêncio e, então, servir-lhe de mediador. O que ele traça em sua obra faz ouvir esta experiência originária do discurso sem fim, “esta pura impotência do recomeço, esta prolixidade estéril, a superabundância disto que nada pode, disto que não é nunca obra, que arruína a obra e restaura o desobramento sem fim”<sup>53</sup> (p. 35). A fala ininterrupta é rio ou fonte (*source*), cujo curso deve ser interrompido para tornar-se recurso (*ressource*): é preciso fazer calar a fala. Aquele que escreve é aquele que pode ouvir o interminável e o incessante, que mergulha em sua compreensão, que é tomado em seus movimentos para dispor enfim de seus ensinamentos, mesmo que para isso tenha sido preciso se perder nele, para finalmente fazê-lo cessar, apreendê-lo e dar-lhe voz, circunscrevendo o seu movimento ilimitado em uma forma de expressão finita e limitada.

Não à toa só tenhamos podido começar a escrever realmente sob a forma de uma estranha narrativa, sombria, truncada, homogênea, sem apoio: nossa primeira visão do “circuito infernal”<sup>54</sup> emergiu em um texto atravessado de palavras e enunciados extraídos de momentos diversos do processo de pesquisa, que se mostravam ligados por meio de linhas ressonantes de uma teia inapreensível. Não citávamos falas, apreendíamos enunciados e os integrávamos a um único discurso englobante. Não diferenciávamos sujeitos de enunciação, apenas prosseguíamos em direção à máxima impessoalização do discurso que podíamos. É

---

<sup>53</sup> Tradução de nossa autoria.

<sup>54</sup> Cf. seção 4.6 deste trabalho.

com esta narrativa que acessamos uma escrita que nos portava finalmente a experiência do interminável. Ironicamente, esta figura parecia se duplicar em outra, referente a um processo também interminável, justamente aquele pronunciado por uma participante, na ocasião de nosso terceiro encontro: “Afim, a doença mental tem cura ou nós vamos passar o resto da vida tomando remédio?”. A expressão do interminável na escrita nos levou à inscrição do sentido do processo interminável de remediação. A partir de então, os signos da interrupção passaram a gritar mais alto, expressando a violência e o sofrimento de viver um tratamento sem fim, sem cura, que se impõe como a realidade de um terrível vazio de sentido. A escrita torna-se aí ela própria expressão do desespero. Ela nada vê além da escuridão na qual afunda, ela persevera apenas conjugando outras experiências da violência, procurando aqui e ali encontrar uma saída.

Nesta desterritorialização desenfreada, sentimos nossa escrita destacar cada vez mais o humor, o riso, a contestação, aproximando-nos de signos transbordantes e disruptivos. São estes que primeiro nos acenam para saídas possíveis para a narrativa interminável<sup>55</sup> da remediação. Porém, o contato com o circuito infernal nos apontava para um circuito mais vasto, o qual procuramos seguir. Através dele, alcançamos a linha histórica na qual o poder psiquiátrico se transmuta e se exerce agora como uma máquina mundial deslocalizada, internalizada pelas moléculas psicoativas que vem regular as conexões cerebrais. Arrastados por um delírio, passamos a aproximar as enunciações de nosso grupo a um processo maior e mais desterritorializado, processo ao mesmo tempo histórico e mundial, relativo à generalização do poder psiquiátrico no campo social, à emergência das megacorporações da indústria farmacêutica, à construção dos manuais diagnósticos, à descoberta de novas moléculas para o tratamento contínuo. A visão catastrófica de um poder imanente e deslocalizado parece esgotar todas as possibilidades de expressão de novos enunciados. Como se não houvesse saída, nada além da resignação.

Aos poucos, voltamos a reencontrar as vozes, ouvi-las em sua singularidade, destacá-las nas situações específicas em que apareciam. Era preciso resgatar a dimensão afetiva, as temáticas, as motivações e ancoragens que nos agenciavam em cada momento. Cada voz parecia nos ensinar uma loucura diferente: havia a voz disruptiva da contestação, mas também a voz do delírio, a voz do esquecimento, a voz confinada em si etc. Cada tonalidade afetiva nos expressava uma maneira de ser, de sentir e de pensar sua própria condição. Passamos

---

<sup>55</sup> É preciso dizer que esta primeira narrativa, apesar de toda sua intensidade, não passou de algumas páginas, o que demonstrava sua baixa potência de persistir em um processo verdadeiramente interminável.

então a habitar uma zona de *inter-esse*, entre seres, um coletivo heterogêneo e polifônico. Nosso aprendizado com as inscrições do não sentido nos permitia agora positivar experiências antes tidas por negativas, encontrar nelas a chave clínica do cuidado, aquilo que, tendo sido possível de compartilhar com outros, aproximava-nos deles, tornava-nos companheiros de uma mesma viagem. Descobríamos que o desfazimento da separação entre os sujeitos significava também o restabelecimento de uma comunicação com a loucura e suas múltiplas linguagens transgressivas. Ultrapassávamos o limite de nossa racionalidade para encontrar este ponto de enunciação em que sentíamos desafiar ou confrontar a linguagem da razão. Sentíamos ir aos poucos nos aproximando de outras sintaxes, de outras articulações da linguagem, que faziam desta uma experiência compartilhada. Quanto a isso, certa vez fomos surpreendidos por uma fala da terapeuta ocupacional que participou de nosso Grupo de Intervenção. A princípio, ela havia expressado certo receio em participar da pesquisa, considerando que não tinha conhecimento acerca das medicações e que teria pouco a contribuir. Aos poucos, passou a ver que a questão da medicação não se reduzia apenas ao manejo com os medicamentos e que envolvia todos os trabalhadores do serviço. Em certo momento, ela vem nos dizer que percebia sentido no discurso de uma usuária que, à época da intervenção, andava bastante delirante. Esta usuária construía desvios longuíssimos, repletos de elementos heterogêneos e aparentemente desconexos. Mas era possível entendê-la! Compartilhávamos com esta trabalhadora a experiência de descobrir outros modos de escutar o não sentido. No caso da última narrativa aqui apresentada, por exemplo, em que a repetição da palavra “problema” causava grande estranhamento, pudemos depreender certo sentido da fala do companheiro, que possivelmente indicava uma questão comumente vivida por usuários de saúde mental, quando estes buscam receber benefícios do governo e lhes é exigido uma avaliação psiquiátrica que ateste o seu “problema”. Se a pessoa vai mal, mas não consegue um diagnóstico adequado, portanto, ela encara a dificuldade de ser e não ser doente, de ter e não ter um problema. Desestabilizando nossa própria linguagem, experimentando os efeitos desta desestabilização enquanto um vazio crescente, tornávamo-nos capazes de ouvir outras sintaxes e retornar paulatinamente à esfera do sentido.

Incluir a loucura que se apresenta em nosso dispositivo de pesquisa dependia de nossa capacidade de alterar nossa própria forma de relatar, tornando-a afetada ou interferida pelas forças da loucura. Pretendíamos assim traçar um agenciamento coletivo de enunciação, um discurso que não se faz *sobre*, mas *com* a loucura, escritura traçada no limite da racionalidade. Aventuramo-nos a levar nossa pena até este limite, até o ponto de descobrir que

aí arriscaríamos afrontar o informe, o vazio, a ausência de obra. É pois pela linguagem e pela escrita, por uma afeição ao espaço literário, que podemos acessar e incluir os efeitos de desestabilização que em nosso campo se relacionam à natureza da loucura.

Por outro lado, o contato com a loucura parece estar relacionado aos nossos principais momentos de parada de processo, momentos de impossibilidade da escrita, de improdutividade e inércia. Esta experiência nos faz repensar nossa própria metodologia empregada até aqui. No que diz respeito à pesquisa-intervenção, acreditamos que não é possível nos contentarmos com o simples mergulho no plano implicacional, isto é, tomar o mergulho como única diretriz do processo de pesquisa-intervenção. O mergulho precisa ser complementado com um outro movimento, que o contra-efetua e nos impede de afundar na dissolução. É preciso reemergir, voltar à superfície, mesmo que abalados pelas vivências intensas do processo. A pesquisa-intervenção exige que façamos da implicação um método, mas este método só se completa na análise de implicações, ali onde podemos redobrar a experiência vivida e internalizá-la de outro modo.

## **5.2 Os desarranjos do dispositivo de pesquisa**

### **5.2.1 A experiência do fracasso**

Os efeitos do processo de intervenção se propagam por todos os lados e se fazem sentir não apenas sobre os sujeitos, como também sobre o próprio dispositivo de pesquisa. Queremos dizer que é a própria organização teórico-metodológica que a pesquisa concebe para si que é posta à prova durante a intervenção. O dispositivo é um arranjo, um conjunto de funções e instrumentos que traçam as condições da experiência de pesquisa, mas que, enquanto tal, pode sempre ser desarranjado, desestabilizado, isto é, extravasado por efeitos que ele promove e que, paradoxalmente, vão além de suas próprias expectativas. Um dispositivo é montado com vistas a produzir determinados efeitos, por exemplo: acesso e compartilhamento da experiência, aumento do coeficiente comunicacional, cogestão e autonomia. Mas os descaminhos deste processo só serão conhecidos em seu próprio desenrolar: nele, toda sorte de acontecimentos imprevisíveis pode vir interpelar nossas

ferramentas metodológicas e exigir novos arranjos ou outros posicionamentos diante do mesmo dispositivo.

Os efeitos imprevisíveis surgem de todos os lados. O grupo é constantemente invadido por uma usuária, que interrompe a continuidade da discussão para pautar questões que se passam com ela; ou então, participantes inesperados surgem desavisadamente, circulam pelo espaço do grupo, interferem, desviando o trabalho ou exigindo sempre um novo esforço de inclusão. Estes são movimentos que não se separam do dispositivo ou da função que este passa a desempenhar no interior do serviço. Além disso, há efeitos disruptivos promovidos pelo próprio dispositivo e que não para de desarranjá-lo: o acesso e compartilhamento da experiência, em se tratando de um grupo com usuários de saúde mental, não raro leva o grupo a um estado de intensa agitação, delírios coletivos, atravessamentos diversos, que igualmente dificultam ou impossibilitam a execução da tarefa “ler e discutir o guia”. A própria metodologia da pesquisa, neste caso, interessada na ampliação do coeficiente comunicacional entre os participantes, parece provocar os momentos em que a loucura vem caotizar o funcionamento grupal, pois que foi ela mesma caotizada por ele.

Por outro lado, efeitos não previstos se produzem também no interior do *grupo de pesquisa*<sup>56</sup> e interferem na execução do processo de intervenção. Às vezes, pode ser necessário colocar em análise os desarranjos do dispositivo originados no interior do próprio grupo proponente, fazendo da análise de implicações um meio de produzir conhecimento a partir da experiência efetiva de pesquisa. Com efeito, esta problemática do desarranjo surge para nós em relação a certo sentimento compartilhado em nosso grupo ao fim do processo de pesquisa e que foi designado como experiência de seu fracasso<sup>57</sup>. Teríamos, portanto, fracassado. A questão se coloca retrospectivamente, a partir do momento em que passamos a nos perguntar: afinal, o que se passou?

Essa questão não pôde ser completamente digerida no grupo. Por mais que tentássemos, era como se uma nuvem opaca se interpusesse diante de nosso olhar, turvando nosso campo de visão e nossa escuta, impossibilitando, enfim, qualquer elaboração

---

<sup>56</sup> Aqui nos referimos estritamente ao grupo de pesquisadores, composto pela equipe de pesquisa, que realiza o trabalho de campo, e demais colaboradores. O grupo de pesquisa reunia-se semanalmente em um espaço dedicado à supervisão do trabalho de campo.

<sup>57</sup> A ideia que apresentamos de desarranjo pode ser aproximada daquela de “mal entendido promissor”, utilizada por Márcia Moraes (2010), na medida em que ele é fonte de uma proposição que, na maneira em que se propõe, demarca a possibilidade de criação de uma outra versão do acontecimento. Moraes demonstra como o mal entendido promissor se situa sempre em um arranjo heterogêneo que envolve coisas e pessoas; e que é composto de ditos que demarcam certa distribuição de pontos de vista. O mal entendido promissor expressa a discordância dos pontos de vista acerca do mundo, que subsiste em situações que via de regra a escondem sob a forma de uma concordância aparente ou pressuposta.

satisfatória. O grupo procurou digerir este afeto durante certo tempo, até decidir finalmente por abandoná-lo, como um resto não compartilhado. Talvez agora, no entanto, tenhamos algum sucesso em analisá-lo.

Nosso plano de pesquisa previa ao todo 25 encontros. Cada encontro semanal era seguido de uma reunião de pesquisa, dedicada à supervisão do trabalho de campo. Muitas coisas se passavam nas supervisões. Nelas, o processo de pesquisa de campo era acompanhado intensivamente, em um dispositivo que não deixava de ter também suas implicações clínicas. Pesquisar se tornava inseparável da colocação em análise de experiências às vezes bastante difíceis de serem compartilhadas. A análise de implicações, que à época não se apresentava para nós senão como uma noção vaga, era sentida muitas vezes como um processo doloroso, onde experimentávamos o desconforto de compartilhar com o grupo de pesquisa nossas dificuldades de manejar com as situações do campo e as soluções que encontrávamos para cada problema. As dificuldades de lidar com o tempo e o foco da pesquisa, por exemplo: parecia praticamente impossível compatibilizar a duração prevista da pesquisa, definida em relação a seus recursos financeiros, e a temporalidade própria aos processos disparados no grupo. Não daríamos conta de todo o conteúdo do guia se seguissemos simplesmente o tempo do grupo. Esta dificuldade levou a equipe de pesquisa a traçar algumas estratégias que foram pouco compartilhadas nas supervisões de campo: optamos por saltar determinadas partes do guia, que nos pareciam repetitivas. A equipe assumia no campo uma autonomia relativa em relação ao espaço de supervisão do grupo de pesquisa, o que tinha como efeito a fragmentação das decisões. Esta fragmentação, por sua vez, fazia-se sentir no grupo de pesquisa, sob a forma do “descumprimento do combinado”. Havia um sentimento de contrariedade no grupo, provocado pela dificuldade de compartilhar entre nós mesmos nossas próprias dificuldades... Este sentimento nos parece hoje ter sido resultado de um longo processo de más sintonizações e tentativas frustradas de compartilhamento, desembocando ao fim do processo em certa frustração com o término da pesquisa que, apesar de ter sido efetivamente combinado coletivamente, foi sentido como uma espécie de descumprimento, aborto precoce do processo de intervenção.

De fato, este sentimento de fracasso não parece ter sido mais do que isto: certa expressão dos afetos coletivos compartilhados no grupo de pesquisa. Nossos dados apontavam para um processo bastante turbulento, por vezes caótico, difícil de analisar, mas nada parecia atestar qualquer opinião acerca de um fracasso. Apesar disso, por um longo período este sentimento se impôs sobre alguns pesquisadores como uma espécie de narrativa

hegemônica do processo de pesquisa. Associada ao conjunto das experiências negativas com as quais entrávamos em contato no Grupo de Intervenção com usuários – experiências de compartilhamento dos restos não compartilhados – ela parecia ganhar força e anunciar-se como espécie de realidade irremediável. Era como se fracassássemos em nossa própria proposta de acesso e compartilhamento da experiência, colocando em xeque o funcionamento de nosso próprio dispositivo. Todavia, era justamente isto que estávamos incapacitados de perceber, isto é, que aquela experiência interpelava a organização de nosso dispositivo, colocava-o à prova e exigia de nós um esforço no sentido de promover um rearranjo das condições da experiência de pesquisa.

### 5.2.2 A montagem do dispositivo

Em 2009, à época da implantação do projeto GAM no Brasil, nosso grupo de pesquisa dedicava-se a um outro projeto, relacionado à utilização de metodologias de primeira e terceira pessoa no campo de estudos da cognição<sup>58</sup>. Este projeto constituiu a base dos principais operadores conceituais utilizados na pesquisa com a GAM. Fizemos largamente uso de tais operadores até aqui: acesso à experiência, compartilhamento, manejo, dispositivo, posição de fala, plano coletivo, todos estes conceitos tiveram aplicação anterior nas experimentações da Pesquisa Memória em torno de uma determinada técnica de entrevista, utilizada como metodologia de acesso à experiência dos sujeitos de pesquisa<sup>59</sup>. A técnica utilizada foi concebida por Pierre Vermersch (1994) como meio de auxiliar a explicitação de determinados processos experienciais que guardam consigo um saber pré-refletido (por exemplo, certas condutas de trabalhadores em situações de prescrição de medicamentos ou dos próprios usuários, em situações de consumo). A técnica da *Entrevista de Explicitação* nos interessava sobretudo por seu foco sobre o *como* da ação, sobre o *modo de fazer* que

---

<sup>58</sup> O projeto de pesquisa “O paradigma reconstrutivista da memória: um estudo comparativo das metodologias de primeira e terceira pessoa no domínio da Psicologia da Cognição” aconteceu de 2004 a 2009. Será chamado daqui em diante de *Pesquisa Memória*.

<sup>59</sup> A Pesquisa Memória funcionava da seguinte forma: primeiro, os sujeitos eram convidados a realizar um protocolo experimental, aos moldes das metodologias de terceira pessoa. Eles tinham acesso a um conjunto de imagens, que retratavam uma situação de entretenimento de um grupo de jovens, e depois, respondiam a um questionário, construído de modo a avaliar, com base em critérios preestabelecidos de acerto e erro, o desempenho da memória dos sujeitos (Renault; Passos; Eirado, *no prelo*). Após uma semana, era então realizada uma entrevista com os sujeitos, na qual se procurava explorar a maneira destes expressarem a experiência de passar pelo protocolo e de responder a suas questões. Estas entrevistas funcionavam de modo a captar o ponto de vista do sujeito acerca da pesquisa da qual ele participava.

acompanha toda atividade. Como você prescreve? Quer dizer, que atos realiza, o que vê, o que escuta, o que considera e como considera? Como você usa o medicamento? Que efeitos experimenta, o que você faz diante do que acontece?

A Entrevista de Explicitação compreende um conjunto de operadores conceituais aplicáveis à situação de entrevista, como forma de auxiliar aos entrevistadores a se orientarem em relação aos processos que se atualizam imediatamente na situação e que permitem guiar o entrevistado a explorar os seus próprios processos experienciais. Trata-se portanto de uma tecnologia relacional para a observação da experiência e para o cultivo de uma disposição de abertura para aquilo que ela nos revela. No contexto da Pesquisa Memória, contudo, esta tecnologia nos parecia indicar algo mais do que uma simples metodologia de investigação dos processos cognitivos. O acesso à experiência promovia por vezes certa desestabilização dos sujeitos de pesquisa, que se surpreendiam no contato com fenômenos com os quais não estavam habituados<sup>60</sup> e acabavam por demandar uma atitude de cuidado por parte dos entrevistadores. A técnica da entrevista passava assim a se situar em uma fronteira entre a pesquisa e a clínica, quer dizer, a Pesquisa Memória passava a enfocar, para além da mera explicitação de saberes pré-refletidos, os processos de subjetivação que tinham lugar na imediaticidade da situação e que proporcionavam um valor existencial aos processos desencadeados pelo acesso à experiência.

A importância conferida ao acesso à experiência exigia dos entrevistadores certo know-how, certa familiaridade com aquilo que Depraz, Varela e Vermersch (2006) chamaram de “devir-consciente” (p. 77). Estes autores articulam diversas metodologias que consideram afeitas à exploração da experiência, como a *epochè* fenomenológica, a prática terapêutica e a meditação budista. Segundo os autores, em todas estas práticas é possível entrar em contato com as “diferentes etapas do processo pelo qual advém à minha consciência clara alguma coisa de mim mesmo que me habitava de modo confuso e opaco, afetivo, imanente, logo, pré-refletido” (p. 77). A possibilidade de conduzir um sujeito “destreinado” a observar as flutuações de sua própria experiência, colocando entre parênteses a fixidez do mundo exterior, está intrinsecamente relacionada à capacidade do entrevistador de operar ele próprio esta suspensão do mundo, de reconduzir sua atenção aos processos que se passam nele e de acompanhar o estado de presença do outro em termos de índices expressivos e intensivos que

---

<sup>60</sup> Alguns entrevistados narravam, sob certo tom de estranheza, acontecimentos subjetivos que se situavam à margem da consciência, dos quais podemos citar: lembranças de peças de roupa que podiam assumir cores diversas, ou mesmo, tornarem-se multicolores, lembranças de silhuetas em preto e branco, vazios de memória que se apresentavam como um buraco atormentador, surpresas com certas imagens meramente ordinárias.

ele manifesta. A entrevista depende estreitamente da habilidade do entrevistador para guiar o entrevistado em direção à observação da camada pré-refletida da experiência.

Nosso grupo de pesquisa recebe o convite para participar da pesquisa GAM em 2009 e considera a oportunidade de estender o campo de aplicação de sua tecnologia, colocando-a em relação com os campos da saúde pública e da saúde mental. É neste momento em que passamos a conceber pouco a pouco a montagem de um novo dispositivo de pesquisa, integrando e ajustando os operadores da Pesquisa Memória ao contexto dos Grupos de Intervenção. O dispositivo passou a ser definido em relação com seus diferentes componentes: um grupo heterogêneo, composto de usuários, trabalhadores e pesquisadores; um instrumento (o Guia GAM); mas também certa *operação*, identificada à função de condução do grupo, responsável em pôr o dispositivo para funcionar. Neste momento, a importância da condução do dispositivo na promoção do acesso à experiência é destacada e desdobrada em uma nova noção, chamada de *manejo cogestivo*. Com esta categoria, procurava-se articular o acesso à experiência à promoção das condições coletivas da cogestão. Quer dizer, exigindo certo know-how, a condução do grupo ou o manejo cogestivo era pensado como uma função inicialmente localizada na equipe de pesquisadores, mas que deveria ser progressivamente distribuída entre os participantes: a dinâmica cogestiva, era neste sentido, aproximada da possibilidade do grupo tornar-se manejador de si mesmo. Em outras palavras, o manejo cogestivo foi concebido estrategicamente para funcionar como um centro difusor da abordagem GAM, devendo promover a sua própria descentralização e, conseqüentemente, as condições de uma gestão compartilhada do dispositivo grupal.

### 5.2.3 O centro e o fora

Chegamos a criar uma fórmula – “o manejo cogestivo é localizado e descentralizante”, a qual não parávamos de repetir, como que para nos lembrar da difícil posição que ocupávamos enquanto condutores de um dispositivo que pretendia promover cogestão. Posição difícil, uma vez que, enquanto proponentes, entrávamos no serviço como quem oferta algo e, logo, que se ocupa daquilo que oferta. Era difícil evitarmos de ser identificados a uma posição central no grupo, ou mesmo de exercermos esta função. A relação estabelecida com pesquisadores passa sempre de algum modo por aquilo que os sujeitos de pesquisa entendem que os pesquisadores querem, por certa colaboração estabelecida em

função dos interesses de pesquisa. Canalizar esta relação para outra forma de estar com, de se relacionar, levar os sujeitos a se perceberem como protagonistas deste encontro, não era tarefa fácil. Exercer um manejo ao mesmo tempo indispensável e descentralizante era uma espécie de paradoxo, embora extremamente instigante, que reativava continuamente as questões de pesquisa. O que não esperávamos é que esta fórmula pudesse, ela mesma, ser associada aos desarranjos de nosso dispositivo, ou que ela indicasse o próprio ponto de desarranjo, relacionado à produção de efeitos contrários àqueles que nos propúnhamos.

Em 2011, ano em que se inicia a segunda fase da pesquisa GAM, os operadores tecnológicos parecem constituir um dispositivo consistente. Contudo, outras experimentações são feitas. Decidimos em determinado momento distribuir funções específicas para cada integrante da equipe. Fazendo isto, o manejo deixava de ser remetido à equipe de pesquisa para ser “localizado” em um pesquisador específico. Ao lado do manejo, eram propostas mais duas funções, relacionadas ao registro dos encontros: a função de observação e a de anotação. Enquanto a observação se ocupava de tomar notas de eventos associáveis ao eixo de nossas categorias prévias (“acesso à experiência”, “contração de grupalidade” etc.), a anotação ocupava-se de ressaltar eventos ainda não categorizados ou, como dizíamos na época, tudo aquilo que pudesse ser categorizado como o “fora-eixo”.

Como mostra Rodrigues (2014b), a categoria do “fora-eixo” se inspirava no conceito de *fora-texto*, proposto por René Lourau (2004) ao discutir a escrita de textos para fins de publicação científica: “Uma preocupação de Lourau é que, na redação dos textos para divulgação de resultados de pesquisas, não se deixe de abordar coisas em geral 'deixadas à sombra', coisas 'faladas apenas em corredores, cafés, ou na intimidade do casal'” (p. 85). Dito de outro modo, o *fora-texto* designa o conjunto dos escritos deixados de fora, banidos ou impedidos de serem publicados, porque denunciam as muitas implicações dos pesquisadores com o objeto de pesquisa, inaceitáveis do ponto de vista da neutralidade e objetividade da ciência<sup>61</sup>.

É possível vislumbrar o risco desta fragmentação das funções: por um lado, o manejo era inadvertidamente separado de qualquer relação com o “fora”, quer dizer, com aquilo que excede às expectativas, ao foco, ao funcionamento previsto do dispositivo; por outro, o fora era destituído de sua importância “central”, como abertura para a experiência, fazendo com que aquilo que escapasse ao esperado fosse sendo relegado a um lugar de menor prestígio,

---

<sup>61</sup> Remetemos o leitor às análises acerca da criação desta categoria do “fora-eixo” com base no conceito de *fora-texto* de Lourau, bem como dos efeitos dela sobre a função de anotação, encontradas no artigo “Experiências psicotrópicas proscritas: o fora-eixo” (Rodrigues, 2014b).

pronto para ser deixado de lado. Ao longo do processo de pesquisa, a maior parte dos desarranjos experimentados em nossas supervisões, sob a forma de combinações frustradas, desentendimentos, estavam associadas a esta distribuição “especialista” das funções. Localizando o manejo em um pesquisador e o fora-eixo em outro, era como se opuséssemos o centro ao acêntrico, ou o foco à dispersão, tomando-os como mutuamente excludentes, o que nos fazia ter de optar por um ou outro em nossas análises. A centralidade que o manejo ocupava, como procuramos mostrar, fazia com que este fosse priorizado, levando a análise das anotações do fora-eixo a cair na marginalidade. Sendo assim, pode-se presumir que o próprio arranjo de nosso dispositivo passava a operar desarranjos no grupo de pesquisa, fragmentando as categorias de análise e opondo funções complementares.

O grupo experimentava à essa época a dificuldade de lidar com um problema que parecia impossível de ser formulado, incapaz de colocar em questão o dispositivo que havia criado para si mesmo. O dispositivo parecia fora de questão, fora de foco, salvaguardado de nossas análises, a produzir seus desarranjos tanto mais livremente. Sem conseguir colocar efetivamente os afetos coletivos em análise e desmontar o funcionamento do dispositivo, as questões da anotação tomavam um aspecto excessivamente pessoal, localizado, logo, incapaz de ser partilhado e responsabilizado. Um estranho efeito se operava: o pesquisador anotador sentia-se empurrado para fora do grupo ou conduzia-se a si mesmo nesta direção. Como ele mesmo o diz:

Fui a campo com a função de registrar o fora-eixo, no entanto, não consegui circunscrever bem esse lugar do “fora” e algumas crises tomaram o processo de escrita, fazendo minhas anotações repetirem diversas sensações ruins de conflitos, perdas familiares e crises diversas, vividas durante o processo de pesquisa. [...] Havia, para mim, uma enorme preocupação com o estatuto desse “fora” como algo de não previsto na pesquisa. [...] Com essa grande preocupação com as experiências mais difíceis de serem ditas e ouvidas no campo, as dificuldades acabaram se repetindo no próprio processo de pesquisa, por vezes na forma de silêncio, ausência, dificuldades com a escrita da tese. Queixas também eram uma constante de minha parte. [...] Creio que as fortes sensações de perda entraram em série com a proposta de eu cuidar do “fora”, de tal modo que eu tenha vivido afetivamente tal proposta como um convite para *ficar de fora, cair fora, como ser posto pra fora*, ou, em outros termos, banido, afastado, desterrado como um mísero proscrito. (Rodrigues, 2014b)

A análise dos efeitos desta localização do fora sobre a escrita do pesquisador (Rodrigues, 2014b) expressa uma experiência de afundamento análoga àquela que a experiência do

registro das Memórias nos proporcionou. Entretanto, ela tem um efeito simétrico: ao invés do aprofundamento se dar na dissolução de si, ele se expressa sob um forte vetor de pessoalização. Como se o registro das Memórias, realizado do ponto de vista de um manejo excessivamente centralizado, buscasse a qualquer custo dissolver este centro, enquanto que o registro da anotação, situado na pura dispersão do fora, tentasse recuperá-lo a qualquer custo. De um lado e de outro os vetores da escrita apontavam já para a necessidade de um reequilíbrio das funções e dos lugares, sinalizando o ponto de desarranjo do dispositivo. Entretanto, permanecendo nas sombras, o dispositivo continuou a operar seus efeitos e a desarranjar o grupo de pesquisa.

A fragmentação das funções parece ter proporcionado este duplo efeito sobre o dispositivo de pesquisa, sentido efetivamente como a centralização sobre o manejador e a exclusão do anotador. Este processo foi paulatino e culminou no término da pesquisa, quando foi canalizado em direção ao sentimento de fracasso. Ora, o sentimento de fracasso estava certamente associado à condição limite a que foi levada a montagem do dispositivo, quando este entrava em contradição consigo mesmo. Pois o dispositivo montado para produzir a descentralização do manejo acabava por conjurá-la de saída, sob a forma de uma excessiva localização desta função sobre a pessoa do pesquisador-manejador. E a função proposta para produzir a inclusão de novos índices, acabava sabotando tal inclusão pela posição marginal a que foi relegada. O fracasso que experimentamos pessoalmente ao fim do processo não dizia mais do que a inoperância da organização artificial do dispositivo que nos concedíamos como instrumento de pesquisa.

Embora seja certo que este sentimento tenha se abatido durante algum tempo sobre o grupo de pesquisa, o fato de hoje podermos mergulhar novamente na experiência e encontrá-lo sobre outra luz nos faz pensar além de sua suposta inevitabilidade<sup>62</sup>. Ele não é sequer inequívoco, uma vez que tantos outros pontos de vista, situados no grupo de pesquisa ou além dele, no Grupo de Intervenção e em grupos mais amplos dos quais participamos, podem destacar tantos outros sucessos do processo de pesquisa. Acreditamos que se ele se impõe, é porque tomamos muito a sério a fórmula que criamos para nós mesmos, como se esta significasse algum tipo de promessa teleológica: se o manejo é localizado e descentralizante, o grupo deve seguir em direção à máxima descentralização do manejo, chegando ao momento em que o grupo pode se cogerir. Este plano teleológico e linear nada tem a ver com a dinâmica intensiva

---

<sup>62</sup> Esta é certamente outra consequência da diretriz de dissolução do ponto de vista: não tomar os pontos de vista que emergem e se encarnam nos sujeitos como inevitáveis, mas retornar à fonte de sua emergência como modo de ensejar outros pontos de vista (Passos;Eirado, 2009). O que significa aumentar o grau de nossa liberdade frente aos pontos de vista que encarnamos.

do grupo, com seus movimentos cinéticos, suas forças coletivas e afetivas, suas mudanças súbitas de posicionamento. Como mostram Deleuze e Guattari (1997), é possível conceber diferenças entre um plano do tipo “teleológico”, que os autores chamam “plano de organização-desenvolvimento”, e um “plano de consistência”. O primeiro concerne ao desenvolvimento de formas e à formação de sujeitos, enquanto o segundo acha-se relacionado apenas a movimentos cinéticos, puras velocidades e lentidões. Há diferença de natureza entre os planos, mesmo que estes só possam ser separados abstratamente. Significa que o que se passa em um não corresponde ao que se passa em outro, de modo que aquilo que sobre o plano de organização só pode ser visto como erro, falha ou fracasso, sobre o plano de consistência é possível que repercuta movimentações moleculares insensíveis, operando comunicações por contágio e proliferações. Sobre o plano de consistência, os autores dizem: “É forçoso que o Plano [...] fracasse sempre, mas que os fracassos façam parte integrante do plano”. E também: “é próprio do plano que o plano fracasse. Justamente porque não há organização, desenvolvimento ou formação, mas transmutação não voluntária” (p. 59). Não se trata de chegar a algum estado de coisas mais desenvolvido e organizado, em que supostamente as coisas se governariam melhor. E é por isso que não houve fracasso, pois pudemos lidar justamente com estes movimentos e forças, com suas alterações imprevistas, positivá-las e restituí-las como experiências dignas e relevantes.

### **5.3 A narrativa à prova da experiência**

#### **5.3.1 Uma metodologia participativa para o pesquisar *com***

Um das principais consequências da perspectiva de produção de conhecimento adotada pela pesquisa-intervenção é não podermos mais separar os efeitos que ela gera – sobre o objeto em questão, sobre os sujeitos e dispositivos de pesquisa – dos dados que ela produz. Se pesquisar é intervir, o conhecimento se acha em relação com determinados efeitos que nossas práticas são capazes de produzir. O problema a ser colocado é: o que produzimos com tais práticas? Ora, não podemos responder sozinhos a esta questão, visto que ela toca diretamente àqueles com quem compartilhamos um processo de pesquisa. Sendo assim, é preciso radicalizar o fato de que pesquisadores e sujeitos de pesquisa nos tornamos

corresponsáveis pelo conhecimento produzido: este já não assume o caráter autoritário de um falar *sobre*, mas procura acessar e expressar a alteridade intrínseca de um falar *com*. A expressão “intervenção” não deve nos enganar sobre este ponto: é preciso evitar tomar o outro como “alvo” (Moraes, 2010, p. 29) de nossas intervenções e passar a tomá-lo como legítimo outro, capaz também de fazer de nós um alvo das suas interpelações e de colocar em questão nossos pressupostos teóricos e metodológicos. A intervenção se propaga por todos os lados e, portanto, envolve a todos como co-participantes de um mesmo processo. Neste sentido, para produzir conhecimento faz-se preciso agenciar-se ao outro, avizinhar-se dele, colocar-se ao lado. A pesquisa-intervenção é um pesquisar *com* (*Ibid.*).

Tomar o ato de pesquisar *com* nos leva a considerar o lugar da participação na pesquisa. Sobre isto, é preciso retornar ao processo de constituição da aliança que possibilitou a pesquisa GAM, de modo a podermos situar a diretriz da promoção da participação em relação ao processo de produção de conhecimento.

Fruto de uma parceria constituída sob a chancela da *Alliance Internationale de Recherche Universités-Communautés* (ARUCI), a pesquisa GAM compartilha de princípios e métodos empregados amplamente pela Aliança. A ARUCI está voltada à criação de alianças entre organizações comunitárias e instituições de ensino superior, fundadas nos princípios da colaboração e da aprendizagem mútua, à promoção de inovação tecnológica, à formação e à produção de conhecimento em domínios de relevância para o desenvolvimento social, cultural e econômico das comunidades do Canadá e de países parceiros.

A metodologia colaborativa da ARUCI ampara-se em um modelo participativo já consolidado no Canadá, empregado invariavelmente nas diversas iniciativas fomentadas pelas Alianças atuantes naquele país<sup>63</sup>. Em 2009, é lançado um edital direcionado à área de saúde mental, a ARUCI – Saúde Mental e Cidadania (ARUCI-SMC), e o projeto da aliança formada entre Université de Montréal, Unicamp, UFRGS, UFF e UFRJ é contemplado. Seguindo a metodologia da ARUCI, o projeto previa a participação de pessoas diagnosticadas com transtornos mentais graves, principal público visado por ele, em todas suas instâncias de decisão, incluindo o planejamento, a execução e a avaliação de seus processos. Esta é uma aposta metodológica que se orienta em direção ao aumento do coeficiente comunicacional entre pesquisadores e sujeitos de pesquisa, assumindo o comprometimento da produção de

---

<sup>63</sup> Existem diversas ARUC, cada uma voltada a um campo específico, como trabalho, cultura, comunidades autóctones etc.

conhecimento com a realidade pesquisada e restituindo aos sujeitos afetados pelas ações de pesquisa o poder de interferir em seus processos e na qualidade do conhecimento gerado.

O projeto ARUCI-SMC promoveu a articulação de mais de 40 subprojetos, dos quais 17 foram realizados no Brasil<sup>64</sup> (Passos; Palombini; Onocko Campos, 2013) A gestão destes projetos era realizada em reuniões multicêntricas que incluíam a participação de pesquisadores, pós-graduandos e bolsistas de iniciação científica, gestores e trabalhadores de serviços públicos de saúde mental, assim como de usuários e familiares, representantes dos lugares onde foram realizados os projetos. A governança da ARUCI-SMC comportava também, além das reuniões multicêntricas, outras instâncias de decisão, como o *Comitê Cidadão*, formado por usuários e familiares, e o *Comitê Gestor*, formado pelos pesquisadores coordenadores do projeto em cada universidade brasileira e por representantes dos segmentos de trabalhadores, usuários e familiares.

A radicalização da participação de sujeitos de pesquisa no processo de produção de conhecimento empregada no modelo de governança da ARUCI encontra ressonância em diversas correntes metodológicas de pesquisa, como a Pesquisa-ação, a Pesquisa-intervenção e a Pesquisa Avaliativa Participativa (Rocha; Aguiar, 2007; Furtado; Onocko Campos, 2008; Passos; Palombini; Onocko Campos, 2013), as quais levam em consideração o engajamento dos sujeitos de pesquisa na transformação das práticas sociais. Tais correntes têm em comum o questionamento da neutralidade do conhecimento e a opção por metodologias capazes de promover processos de construção coletiva. A participação dos sujeitos em instâncias de gestão dos processos de pesquisa, contudo, altera significativamente a organização dos processos de investigação, caracterizados pela separação e hierarquização das posições de pesquisadores e pesquisados. A radicalização da participação não se dissocia dos processos de reposicionamento pelos quais sujeitos de pesquisa *tornam-se* pesquisadores, conferindo uma outra “distribuição da *expertise*” (Moraes, 2010, p. 29), isto é, do saber e do poder, da capacidade de agir e de gerir a pesquisa. Sem suprimir a diferença dos desiguais, esta nova distribuição põe em jogo negociações, acordos, dissensos, questionamentos, enfim, toda sorte de processos relacionados à construção coletiva do saber. Sob a perspectiva da cogestão e da co-produção do conhecimento, a “pesquisa-intervenção participativa” (Sade; Renault; Melo; Passos, 2013) visa a superar a assimetria entre pesquisadores e pesquisados através da promoção de uma atitude ético-política, pela qual a relação dos sujeitos de pesquisa é

---

<sup>64</sup> Os subprojetos são ações propostas por usuários e trabalhadores e não têm necessariamente caráter de pesquisa.

redimensionada e a autoridade do saber do pesquisador dá lugar a um plano de *co-autoria* do conhecimento.

Trata-se, portanto, de uma política de pesquisa que não se resume a “dar voz” aos sujeitos, mas que busca acompanhar os efeitos de compartilhamento e propagação do que se pode chamar de uma atitude investigativa. No caso da pesquisa GAM, os sujeitos experimentam esta atitude de diversas formas: na posição de observadores da própria experiência, na posição de co-gestores da pesquisa e na de co-autores do conhecimento. De maneira análoga ao que se passara no Québec, quando a criação do RRASMQ e o estabelecimento da “aliança histórica” entre interventores e usuários fez aparecer uma nova categoria, chamada de “usuários-interventores”, também nós experimentamos a emergência de expressões que tentavam dar conta da experiência de “pesquisadores não-universitários”: usuários, familiares e trabalhadores reconheciam-se pesquisadores à medida em que partilhavam a experiência do pesquisar e se tornavam “pesquisadores-usuários”, “pesquisadores-trabalhadores”, “pesquisadores-familiares”.

No que diz respeito àquilo que aqui nos interessa, o dispositivo de pesquisa, buscaremos nos deter adiante sobre o delineamento de um dispositivo diferenciado, chamado de Grupo Narrativo, o qual foi aplicado no processo de pesquisa com a GAM, tendo sido incorporado como uma instância promotora de participação na produção do conhecimento. Mas não poderíamos deixar de mencionar ainda uma outra experiência: a produção de um artigo que reuniu usuários, trabalhadores e pesquisadores dos diferentes campos de pesquisa como dispositivo de coletivização da autoria. Este ensaio investigativo, publicado em um veículo voltado principalmente a trabalhadores da saúde<sup>65</sup>, inscreve no campo de saberes e práticas de saúde mental uma outra distribuição da autoria e nos interessa particularmente pelo fato de aí também se colocar o problema da política de narratividade.

A ideia da produção de um artigo pelos usuários surge durante o processo de pesquisa com a GAM a partir do interesse acerca dos efeitos da participação dos usuários nas diversas instâncias de produção de conhecimento. Propunha-se a construção de um relato acerca do que estava significando participar de uma pesquisa naqueles moldes. A consecução desta proposta colocava, entretanto, a dificuldade de adequação da linguagem dos usuários à linguagem técnica e acadêmica veiculada em revistas e periódicos. A proposta inicial, defendida pelos usuários, era ter pesquisadores pós-graduandos como meros apoiadores: estes

---

<sup>65</sup> Cf. o artigo “A experiência de produção de saber no encontro entre pesquisadores e usuários de serviços públicos de saúde mental: a construção do Guia GAM Brasileiro” (Flores *et al.*, 2015).

colocariam o seu saber técnico e sua linguagem acadêmica a serviço da expressão dos temas de interesse dos usuários. Acordado desta forma, um coletivo de autores e apoiadores passa a ter tempo de reunião reservado durante os encontros multicêntricos para se dedicar ao trabalho. Mas logo se constata a impossibilidade de manter o arranjo proposto: percebia-se que o processo de explicitação, enunciação e decisão dos temas de interesse era um trabalho complexo, do qual os pesquisadores passavam a participar ativamente. A expressão das experiências não era nunca um processo direto, conciso e unívoco, mas passava por uma série de ensaios, de tentativas e fracassos, de testagem contínua de expressões, de construção e desconstrução de passagens, de reconhecimento e de estranhamento permanente da escrita. Admitindo esta realidade do trabalho, o grupo é levado a um reposicionamento. Era preciso encarar a natureza heterogênea daquela produção conjunta. A partir daí, um efeito interessante se opera: percebe-se uma mudança na política de narratividade utilizada no texto, sob uma forma sutil, intensiva, de fazer soar o “*nós*”.

Este reposicionamento resultou de um longo processo. De início, percebíamos certa reivindicação pela correspondência literal com aquilo que diziam e queriam os usuários. Era preciso que o texto descrevesse fidedignamente suas experiências e entoasse suficientemente a sua voz. Perceber que as revisões dos pesquisadores podiam alterar aquilo que diziam chegava a ser revoltante e provocar muitas queixas. Ao longo do processo da escrita, contudo, passamos a perceber que na verdade não estávamos reproduzindo falas, mas compartilhando uma experiência de autoria. A pergunta acerca da inclusão da voz dos pesquisadores começa a se colocar. Esta não deveria mais ser assumida como centro de enunciação ou ponto de vista privilegiado, mas encontrar um lugar diferenciado, como que de um “ponto de vista de segunda pessoa”, um *tu* dialógico e compreensivo, que auxilia no acesso e expressão de uma experiência. A solução narrativa para este problema não é óbvia: o texto é escrito na primeira pessoa do plural e expressa em sua maior parte o ponto de vista dos usuários, mas ele não deixa de soar implicitamente outros pontos de vista, fazendo o “*nós*” enunciator ora se remeter à totalidade do coletivo formado por usuários, trabalhadores e pesquisadores, ora apenas aos usuários, ora a parte destes. Em todas estas segmentaridades, “ouve-se” a presença dos pesquisadores, a marca de seus ensaios estilísticos, suas tentativas de dar conta de uma experiência de escrita coletiva e heterogênea. O *nós* já não demarca apenas o coletivo de pessoas, mas os entrelaçamentos de uma rede de relações.

A escrita conjunta de um artigo com usuários permitiu-nos experimentar um agenciamento coletivo de enunciação, pelo qual as experiências dos usuários ganhavam corpo

e forma em uma relação estabelecida com pesquisadores. A forma de expressão que estas assumiam trazia consigo a marca dos pesquisadores, os quais adentravam uma experiência de tradução da fala do outro e de estilização *com* o outro, sob um certo esforço de narrar o narrar. Neste processo, pesquisadores nos colocamos à serviço da amplificação das vozes dos usuários, sem deixar com isso de inscrever aí também a nossa própria voz. O resultado disto é uma narrativa peculiar, polifônica, que expressa o esforço de fazer ouvir, sob a mesma marca gráfica do “*nós*” muitas vozes diferentes, soando ora como a totalidade, ora como um ou outro segmento do grupo, pondo em estado de variação contínua os traçados da separação e da união na separação de que nos fala Pagès.

### 5.3.2 O Grupo Narrativo

Entre 2006 e 2007, o grupo de pesquisa *Saúde Mental e Saúde Coletiva: Interfaces*, ligado ao Departamento de Medicina Social e Preventiva da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), desenvolveu uma pesquisa avaliativa e participativa nos Centros de Atenção Psicossocial do município<sup>66</sup>, na qual a técnica dos Grupos Focais exercia um importante papel. Segundo Miranda et al. (2008), “A técnica de Grupos Focais tem sido amplamente utilizada em investigações nas áreas educacionais em saúde e em ciências sociais, com a finalidade de acompanhar e avaliar experiências, programas e serviços, a partir do ponto de vista dos grupos neles envolvidos” (p. 247). O Grupo Focal é uma técnica de coleta de dados aplicada em situações coletivas, das quais participam pessoas que compartilham traços comuns. Ele está associado à coleta de informações acerca de conhecimentos, opiniões, representações, atitudes e valores dos participantes sobre uma questão específica, considerando-se que a dinâmica grupal otimiza a emergência destas informações, na medida em que possibilita um espaço de diálogo, onde os comentários de uns produzem respostas em outros. A técnica permite verificar como os contrassensos vêm à tona e quais são os diferentes graus de consenso e dissenso envolvidos em dada temática.

A aplicação desta técnica pela Pesquisa Avaliativa levava em consideração os preceitos da literatura especializada, mas sua utilização no contexto de uma pesquisa avaliativa e participativa acabou por levá-la a um conjunto de modulações. A proposta

---

<sup>66</sup> “Pesquisa avaliativa de um rede de centros de atenção psicossocial (CAPS): entre a saúde coletiva e a saúde mental” Cf. Onocko Campos *et. al.*, 2009. Doravante, *Pesquisa Avaliativa*.

metodológica deste projeto de pesquisa tomava posição em favor de arranjos participativos, quer dizer, ela tinha por objetivo incluir o ponto de vista dos diferentes sujeitos envolvidos com o objeto avaliado – no caso, os serviços de saúde mental do município – mas também proporcionar condições para a protagonização destes sujeitos em relação ao processo de avaliação, via de regra encarado como a imposição de um olhar externo. O arranjo metodológico da pesquisa avaliativa e participativa procura diminuir a distância entre “o que avalia” e “o que é avaliado” e, como tal, é elaborado segundo estratégias metodológicas que visam a “superar a lacuna existente entre o processo de produção de conhecimento e a incorporação deste processo e dos produtos resultantes pelos atores envolvidos” (Passos; Souza; Aquino; Barros, 2008, p. 376). É em torno deste problema metodológico que vemos surgir uma outra conformação da técnica do Grupo Focal.

Dos pontos que nos interessam na revisão da literatura especializada realizada pelo grupo Interfaces, destacamos as reflexões acerca da condução do grupo e de sua composição. Com efeito, o Grupo Focal é conduzido por um moderador, cujo papel é tido como fundamental na condução da discussão. Por um lado, o moderador tem por função criar uma atmosfera acolhedora e respeitosa com as diferentes posições assumidas pelos sujeitos e, por outro, é sua função manter a discussão focalizada no tema de interesse da pesquisa, o qual é predefinido pelos pesquisadores e estruturado sob a forma de um roteiro. Além disso, o moderador deve promover e auxiliar a participação dos sujeitos, resolver conflitos e solicitar maiores informações sempre que preciso. Ele se ocupa de sintetizar e devolver a discussão periodicamente, encadeando os assuntos tratados e delineando as linhas de discussão. O moderador não deve se posicionar nem fechar as discussões, mas permitir que esta flua por todos os participantes. Outra função importante do moderador diz respeito ao seu papel ativo no esclarecimento de argumentos discordantes e na formação de ideias comuns, fruto de consensos do grupo. Por todas estas atribuições, a literatura postula a neutralidade do pesquisador, sugerindo que este seja escolhido pela ausência de implicações em relação à temática envolvida (Miranda et al., 2008, p. 251).

Outro ponto importante acerca da técnica diz respeito à composição dos grupos. Como o Grupo Focal é utilizado para levantar determinadas informações de grupos específicos, indica-se que estes sejam formados segundo um critério de homogeneidade. Serão grupos de usuários *ou* de trabalhadores *ou* de familiares etc. Afirma-se que grupos homogêneos permitem obter resultados mais ricos e aprofundados sobre o tema, uma vez que abarcam o ponto de vista de uma única categoria. Grupos heterogêneos, por sua vez, são

vistos como tendendo a manter posições fechadas e posturas mais rígidas. Indica-se que a escolha dos participantes evite reunir sujeitos que já possuam laços sociais, uma vez que estes tendem a reproduzir acordos tácitos sobre o que dizer ou não na situação do grupo focal.

Interessada em produzir maiores graus de participação dos sujeitos envolvidos, a Pesquisa Avaliativa acabou por flexibilizar os contornos da técnica, seja em relação aos critérios de composição, seja em relação aos modos da condução. Recusando a neutralidade dos moderadores em relação ao tema de pesquisa e aos laços com os sujeitos, os grupos formados envolviam pesquisadores e participantes articulados a um Comitê de Gestão da Pesquisa. Estes participantes eram responsáveis por levar a proposta de pesquisa para seus serviços e servir como ponte entre estes e a universidade. Além disso, a realização dos Grupos Focais não se sustentou na centralização da condução sobre um único moderador, mas promoveu o rodízio de pesquisadores nesta função. Esta variação do ponto de vista do moderador foi acompanhada de uma atitude de maior flexibilidade em relação ao foco de interesse: uma vez que o aquecimento da discussão nos grupos produzia determinados desvios e distanciamentos em relação ao foco, tendia-se a acompanhar o rumo destas discussões, permitindo com isto a inclusão do chamado “fora de foco” (Miranda et al., 2008, p. 266) e também a ativação de processos de contração de grupalidade não centrados na função da moderação. Por último, apesar de adotar um critério de homogeneidade na composição dos grupos, este não remetia a uma categoria homogênea, mais à unidade do serviço, tendo sido escolhidos ao todo seis serviços. Sendo assim, os grupos de trabalhadores, ao menos, eram constituídos pelas diferentes categorias do serviço, entre médicos psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionais, enfermeiros e técnicos de enfermagem, produzindo efeitos importantes em relação ao processo avaliativo, na medida em que envolvia a equipe em uma experiência de avaliação coletiva do serviço.

Afora estas nuances, a principal modificação inserida neste período diz respeito à utilização de narrativas como recurso de intensificação do processo avaliativo e participativo. O método traçado previa a realização de dois encontros para cada grupo. No primeiro encontro, a discussão era norteada pelo roteiro previamente construído pelos pesquisadores. As falas dos participantes eram gravadas e transcritas e a partir delas os pesquisadores construía(m) narrativas escritas, compostas a partir da identificação de “núcleos argumentais” (Onocko Campos, 2008, p. 289). É preciso dizer que a escrita das narrativas supõe a análise das falas dos participantes, mas também a construção de uma forma de expressão que aproxime “compreensão e explicação”, isto é, intersubjetividade e objetividade. As narrativas

construídas inserem nas falas dos sujeitos a marca da escuta do pesquisador e servem, ao mesmo tempo, como um recurso de explicitação de argumentos comuns e de aproximação entre a linguagem de pesquisadores e participantes. Desta forma, no segundo encontro de cada Grupo Focal, as narrativas eram postas à prova da experiência, sendo dada a oportunidade para os participantes valorá-las, contestá-las, modificá-las, enfim, validá-las ou refutá-las. Mas, para além disso, o principal efeito da leitura e discussão coletiva das narrativas era a provocação de novas discussões no grupo, a partir das reflexões que ele mesmo produzira.

Com isto, o caráter do Grupo Focal era alterado significativamente. Interessando-se por incluir o “fora de foco”, flexibilizando os moldes da técnica, assumindo as implicações entre pesquisadores e participantes, compondo grupos mais heterogêneos e dando condições para a contração de grupalidade, o Grupo Focal assumia uma outra atitude com a produção de dados. Compartilhando o conhecimento produzido sob a forma de narrativas e convidando os sujeitos a co-produzirem o conhecimento, a técnica do Grupo Focal era extrapolada para dar lugar a uma nova conformação, então chamada de Grupo Narrativo<sup>67</sup>.

Foi esta nova conformação que foi aplicada na primeira fase da pesquisa GAM, quando do processo de adaptação do instrumento quebequense para o contexto brasileiro. Porém, o que encontramos neste momento do processo é ainda certa limitação do novo dispositivo aos moldes de uma “técnica de coleta de dados”. É que a pesquisa GAM se inicia mais como uma pesquisa avaliativa e participativa do que como pesquisa-intervenção participativa, de modo que seus espaços de avaliação coletiva com os diferentes sujeitos envolvidos requer um dispositivo distinto e separado do processo de experimentação da GAM nos Grupos de Intervenção. Parece-nos que, não contando ainda com uma “abordagem” clínico-política bem definida, a pesquisa de adaptação procura avaliar os efeitos da utilização do instrumento Guia, independentemente do dispositivo no qual ele é aplicado e que supõe um modo de fazer, um know-how. Neste momento, portanto, a coleta de dados se realiza em três encontros: antes do processo de intervenção (T0), ao meio (T1) e ao fim (T2). São constituídos Grupos Focais com trabalhadores, com usuários, com familiares e com gestores separadamente, respeitando o critério de homogeneidade. Estes grupos iniciam o trabalho em T0, discutindo questões previamente definidas pelo grupo de pesquisa. Em T1 e T2, aplica-se a metodologia dos Grupos Narrativos, seguindo ainda as questões de interesse levantadas no

---

<sup>67</sup> Optamos por não seguir as duas distinções propostas pelo grupo Interfaces, de “Grupo Focal Narrativo” e de “Grupo Hermenêutico”, uma vez que foi a expressão “Grupo Narrativo” que se firmou no coletivo multicêntrico. A ideia de Grupo Narrativo que temos em mente corresponde ao que Miranda et al. (2008) chamam de Grupo Hermenêutico.

roteiro. Neste formato, a utilização das narrativas permanece em continuidade com uma técnica de “coleta de dados”, aplicada independentemente do processo de intervenção. Pode-se dizer que, durante a primeira fase da pesquisa GAM, há aproximação, mas também separação, entre o dispositivo de intervenção e o dispositivo de produção de dados.

É apenas em 2011, com a fase de validação do Guia GAM, que o grupo de pesquisa da UFF passa a experimentar uma outra utilização do Grupo Narrativo, sem fazer deste um evento dissociado do dispositivo de intervenção. A pesquisa de validação coloca novos objetivos: a validação do instrumento neste momento não pode mais ser dissociado da validação do dispositivo de intervenção, quer dizer, é preciso avaliar também os efeitos da abordagem clínico-política que se constituía, em torno de operadores conceituais como acesso e compartilhamento da experiência, contração de grupalidade, manejo cogestivo. O Grupo Narrativo então passa a estar em relação direta com o Grupo de Intervenção, não sendo mais do que uma espécie de modulação interna deste. O Grupo Narrativo não se dissocia do Grupo de Intervenção, ele é apenas um momento diferenciado deste, de modo que a produção de dados é posta em função da produção de efeitos. Ele acontece periodicamente, a cada sete encontros, mais ou menos. Mas ele se volta basicamente para questões levantadas pelo próprio processo de deriva do grupo, relacionadas aos temas do Guia, que se conjugam à função clínico-política do dispositivo e que não se dissociam de uma atividade de cuidado. A produção de dados é agora indissociável da produção de efeitos e os efeitos que interessam à pesquisa são os efeitos de produção de cuidado.

### 5.3.3 Validar o dispositivo

Resta-nos fazer alguns apontamentos sobre a utilização do dispositivo Grupo Narrativo em nossa pesquisa-intervenção, buscando extrair daí algumas consequências para a concepção da participação. Integrando o Grupo Narrativo ao dispositivo de intervenção, a pesquisa GAM traça uma continuidade entre produção de dados e produção de efeitos, de modo que as narrativas passam a valer menos por sua capacidade de corresponder ou representar fidedignamente a perspectiva dos sujeitos do que pela oportunidade que elas abrem para ressaltar temas relevantes para o grupo e recolocar estes temas na Roda. Quanto a isto, é preciso distinguir duas dimensões do dispositivo. É certo que o Grupo Narrativo instaura uma outra ambiência no grupo, que ele produz uma atitude diferenciada de atenção à

leitura daquilo que é entendido como produção do grupo. Ele propicia uma atitude de *reflexão* do processo, uma vez que se trata menos de expressar experiências ou de refletir sobre temas variados, do que de refletir sobre aquilo que dissemos destes temas e destas experiências. Por outro lado, esta atitude reflexiva não se separa da produção imediata de efeitos, que nos remetem ao processo contínuo do grupo. Queremos dizer que, apesar do Grupo Narrativo permitir a emergência de uma atitude reflexiva com o processo de pesquisa, esta não deixa de se alternar com a *expressão* de experiências pré-refletidas, mobilizadas pelo processo de intervenção, e que continuam a exigir um manejo clínico com o grupo. Nosso processo de construção coletiva de um dispositivo cogestivo não é suspenso no encontro do Grupo Narrativo, ao contrário, ele é intensificado, adensado, aquecido pela introdução de um elemento até certo momento estranho ao processo grupal, justamente o elemento da narrativa, que, segundo o método empregado, apresenta-se sob a forma de uma enunciação coletiva e em discurso indireto<sup>68</sup>.

Neste sentido, a restituição da narrativa não deve ser considerada apenas a partir da discussão temática que ela pode provocar, uma vez que seus efeitos não se expressam apenas na linguagem, mas também nos gestos, nos silêncios, nos movimentos intensivos do grupo. Quer dizer, não se trata de considerar apenas a elaboração racional dos participantes sobre a vivência do processo de pesquisa, como também a expressão imediata de afetos e condutas que se manifestam em correlação com a leitura coletiva da narrativa. *Ao lado* da dimensão lógico-racional do encadeamento dos conteúdos, é preciso considerar a dimensão afetivo-emotiva da expressão, a qual traça uma outra camada analítica para a avaliação dos efeitos do dispositivo, diretamente associada ao desencadeamento de processos. Quando atentamos para a dimensão expressiva da experiência, torna-se insuficiente avaliar os efeitos do dispositivo sem considerar os fenômenos de compartilhamento, de propagação de signos e afetos, os quais se articulam aos conteúdos como uma espécie de informação excedente e sem forma específica. É preciso considerar os efeitos do dispositivo também em função dos contágios que afetam o grupo e tendem a extravasá-lo em direção a circuitos sempre mais amplos e heterogêneos. Eis a chave da política de narratividade que intentamos: considerar a forma de expressão da experiência não em termos de representação ou correspondência, mas em termos

---

<sup>68</sup> As narrativas restituídas aos participantes foram elaboradas coletivamente no grupo de pesquisa. Elas foram escritas na primeira pessoa do plural, tendo o cuidado de não generalizar os enunciados. Como tal, o recurso a expressões como “alguns de nós” e “outros de nós” foi utilizado com certa frequência. Procurou-se com isso não homogeneizar os pontos de vista singulares. Fora isto, procurou-se utilizar o discurso indireto livre sempre que possível, possibilitando um efeito de enunciação direta, embora deslocalizada.

da produção de efeitos que se propagam, que contagiam e proliferam (Passos; Benevides, 2009b; Deleuze; Guattari, 1977).

Sendo assim, não podemos desprezar os atravessamentos que a experiência da loucura – não a doença mental, mas esta experiência com o vazio e o não sentido que, em alguma medida, a todos atravessa – opera no grupo. Escritas em uma voz coletiva pela qual se busca deslocalizar o sujeito da enunciação, as narrativas têm o poder de produzir efeitos de deslocalização também sobre os temas da discussão e, assim, afetar o grupo de maneiras peculiares. Por vezes, algum participante reage à leitura dizendo “fui eu que disse”. Outros, retomam das narrativas os enunciados pronunciados por eles mesmos em outro momento do grupo, como que mobilizados inconscientemente por palavras que ali já não pertencem a ninguém. Este jogo de identificações parece servir para preencher uma função recognitiva que associa imediatamente cada enunciado a um autor, a um “quem disse”. Porém, outros efeitos notáveis se manifestam, em função da propagação de signos e afetos, e que nos indicam a natureza específica da dimensão expressiva da experiência. A deslocalização do sujeito de enunciação é vivida por vezes como um efeito disruptivo, desterritorializante, que se inscreve no grupo como um vetor de caotização de sua dinâmica, como se tivéssemos, com a leitura da narrativa, uma experiência desestabilizadora da identidade.

Nossa primeira experiência com o Grupo Narrativo é marcada intensamente por este efeito. O Grupo Narrativo parece caotizar e ser caotizado pela experiência da loucura. Encontramo-nos sob certa intensificação dos efeitos do dispositivo, assim como diante das mesmas questões que ele não para de nos colocar: a de como vivermos juntos. Uma participante reage a uma narrativa dizendo que “há pessoas que são agressivas e que tem que doutrinar”. Ela explica que esta “doutrinação” não deve “falar apenas pela consciência”. No vocabulário desta participante, o signo da “doutrinação” parecia estar em continuidade com a grande relevância que ela concedia à educação, afirmando ter sido professora e gostar muito de ensinar. Mas naquele momento, o tom delirante que ele encarna expressa uma força de transmissão inconsciente, cujos efeitos logo se vê. Seu discurso é interrompido por um corte rápido e certo de outra participante: “Vou falar uma coisa aqui: é comigo que ela tá falando isso!”. A participante se ergue ameaçadoramente, enquanto o grupo, surpreso, expressa nos rostos sua incompreensão. As tentativas de acalmar a situação não surtem efeito e as duas começam um bate-boca. A usuária que se ofendera ameaça sair do grupo, em meio a um amontoado de vozes pouco compreensíveis. Dizemos para que fique, afirmando a importância de lidar com aquela situação no grupo. O manejo procura desfazer o mal-entendido,

certificando-se de que não se tratava de nada pessoal. Aos poucos a situação se acalma e a usuária explica que estava sem seus remédios e que por isso ficava um pouco... agressiva. Outros participantes também intervêm para acalmar a situação. Pedem compreensão e tranquilidade por parte de todos, inclusive dos técnicos. O momento pede cuidado e coloca-nos a questão de como estamos podendo cuidar uns dos outros. Todos reconhecemos a dificuldade de proporcionar cuidado, porém, por um momento, alguns usuários parecem querer afirmar que técnicos e pesquisadores não têm essa mesma dificuldade, visto que eles não têm “problema”. A participante envolvida na confusão levanta-se novamente e começa a enunciar o nome de cada um destes seres privilegiados, apontando para eles, como que para atestar sua afirmação. Diante do último de nós, contudo, ela arregala os olhos e detém seu dedo no ar. Ela esquece o nome dele, quebrando com isto a cadeia de movimentos que sustentava suas certezas. Abre-se um pequeno vazio, preenchido imediatamente pela gargalhada do grupo, que parece ver desmanchar a certeza da exclusividade da loucura.

Talvez o mais interessante desta situação seja o que se passa na sequência. Retomamos o trabalho com as narrativas, que falam agora da participação, do consentimento e da dificuldade de entender a proposta de pesquisa em seus encontros iniciais. Nos primeiros encontros do grupo, ouvimos um participante perguntar se a pesquisa serviria para descobrir o diagnóstico de cada um e tratá-los melhor. Ao ouvir o relato deste episódio no Grupo Narrativo, o mesmo participante toma a palavra e afirma, com um tom que expressa mais uma descoberta sensível do que uma ideia abstrata, que tinha algo “mais importante do que tomar remédios”: no grupo, eles também “tomavam ideias”, dizia ele. Além disso, podiam falar à vontade, e ele sentia que isso já ajudava, “mesmo que só um pouco”. Pode-se acompanhar reverberações desta intervenção ao longo do encontro, num traçado da linha de compartilhamento de um sentimento de aprovação. Mesmo com toda a tensão que experimentávamos no grupo, os participantes não deixavam de reconhecer os efeitos de cuidado que ele propiciava, efeitos indissociáveis, talvez, de todos os esforços coletivos de inclusão e acolhimento *da diferença na diferença*.

Prevíamos a realização de três Grupos Narrativos ao longo do processo de pesquisa, acontecendo a cada sete encontros. Contudo, em função da necessidade de avançar nos temas do Guia, de modo a cumprir o cronograma, realizamos apenas dois destes encontros. No segundo Grupo Narrativo, realizado por ocasião do penúltimo encontro de pesquisa, encontramos o grupo muito mais equilibrado. A situação de leitura das narrativas já não colocava nenhuma surpresa e, ao contrário, tornava-se uma atividade lúdica e interessante. É

um momento bem mais reflexivo, de elaboração do processo. Sentíamos que toda aquela deriva disruptiva do grupo permitia agora fazer caber novas experiências, das quais podíamos nos aproximar de outra forma. O delírio, por exemplo, só comparece neste momento sob a forma de uma elaboração acolhedora da experiência: “Lembra quando eu dizia que estava grávida de sete filhos? Eu sei que não estava bem”, conta-nos uma participante. O principal efeito neste momento, parece-nos, encontra-se em um enunciado repetido algumas vezes ao longo do processo e reafirmado durante o segundo Grupo Narrativo: com os olhos cristalinos e confiantes, uma participante diz: “Vocês respeitam a gente”. Acreditamos que é a expressão desta experiência de profundo reconhecimento do outro que parece estar na base da experiência com a GAM e que valida, em última instância, nosso dispositivo de pesquisa. Através dela, a experiência de estar com o outro torna-se o remédio para o isolamento e o convite para a invenção de uma nova grupalidade, na qual podemos fazer parte e tomar parte.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Situamos nosso percurso no cruzamento de um conjunto de problemas metodológicos que nos guiam em direção a práticas de pesquisa comprometidas com a superação do paradigma da representação. Admitimos que toda pesquisa é intervenção e que, portanto, a produção do conhecimento não pode se dar separadamente da produção de efeitos sobre a realidade pesquisada. Para a pesquisa-intervenção, produção de dados e produção de efeitos são indissociáveis, o que faz com que o trabalho de pesquisa seja o de acompanhar os efeitos desencadeados pela intervenção. Desta forma, nossos dados de pesquisa devem ser avaliados em função dos efeitos produzidos pelos dispositivos de que lançamos mão, tomando em consideração as implicações que estabelecemos com o campo e os sujeitos de pesquisa. Que efeitos produzimos com nossos dispositivos? Que mundo ajudamos a criar?

A pesquisa com a Gestão Autônoma da Medicação nos situa em um campo específico que coloca para a prática de pesquisa a necessidade de manejar com as vicissitudes do cuidado em saúde mental. O dispositivo de pesquisa se constitui em função de uma tecnologia de cuidado que ele busca implementar, devendo ser avaliado em relação a efeitos esperados como: acesso e compartilhamento da experiência, contração de grupalidade e promoção de autonomia cogestiva. O contato com a experiência da loucura, no entanto, demonstra que os efeitos do dispositivo excedem sua formatação, bem como suas expectativas. A construção das condições de funcionamento de um dispositivo cogestivo passa, neste sentido, pela experimentação de uma deriva com o grupo, de seus momentos de caotização, de desterritorialização, assim como pelo manejo destas situações. Para a pesquisa GAM, é impossível separar a teoria da prática, de modo que a teoria se apresenta, antes, como uma caixa de ferramentas, conjunto de operadores teórico-tecnológicos, pelos quais procuramos desenvolver uma tecnologia relacional em articulação com um saber flexível.

Entre os obstáculos que o modelo representacional nos coloca, é preciso situar a própria concepção dos dados de pesquisa. Propomos definir o dado em termos de sua natureza narrativa, procurando mostrar que, seja na pesquisa, seja na clínica, lidamos sempre com narrativas. Trabalhar com narrativas significa recusar a ideia de que apenas coletamos dados para admitir que efetivamente os produzimos. Nas narrativas, os pesquisadores inserem a sua marca. Daí nosso esforço em encontrar um procedimento de escrita que expresse a implicação de nossas narrativas com os enunciados narrados, sob a forma de um discurso indireto. É preciso dizer que não supomos que o conhecimento deva ser encarado como uma descrição da reali-

dade exterior, como se procurasse estabelecer com ela uma relação de representação ou, como dissemos, de correspondência. O dado não preexiste ao seu conhecimento, nem independe das descrições que dele fazemos. Nossas descrições não estão em relação com estados de coisas (o *dado*), mas em relação com processos, com o que está em mudança, em transformação (o *se dando*). Tais processos são para nós realidades afetivas e semióticas compartilhadas e, assim sendo, suas descrições devem nos remeter a uma relação de *corresponsabilidade* entre sujeitos cognoscentes: sujeitos que respondem uns aos outros, uns pelos outros, e assim, forjam pontos de vista sobre o mundo sempre em relação com o ponto de vista de outros. Trata-se de produzir descrições, ou melhor, narrativas, que expressem a realidade do plano implicacional como um agenciamento coletivo de enunciação.

Este contraste entre correspondência e corresponsabilidade deve servir para distinguir dois tipos de política cognitiva e situar a pesquisa-intervenção em relação a uma atitude (*ethos*) ética e política. A relação de correspondência dos enunciados de pesquisa a uma realidade exterior dada pode ser associada a uma política cognitiva realista (Kastrup, 2009; Moraes, 2010), segundo a qual a realidade é independente das descrições que dela fazemos; pode ser definida e delimitada precisamente; e se apresenta como realidade única, universal, apesar da pluralidade de pontos de vista que sobre ela se impõem. Diferentemente, se nossos enunciados estão em relação de corresponsabilidade com os enunciados de outros sujeitos, adentramos uma política cognitiva construtivista (Kastrup, 2009) ou ontológica (Moraes, 2010), que ressalta a implicação daquilo que somos capazes de ver, ouvir, sentir e pensar com os tantos outros modos de realizar estas ações. A realidade não pode mais ser separada de nossas descrições, uma vez que cada descrição da realidade afeta um conjunto de outras descrições. Nossas descrições performatizam as realidades em que podemos coabitar, assim como as linhas de demarcação em relação àquilo e àqueles que evitamos entrar em contato. Não dizem de uma realidade única, dada de uma vez por todas, mas de uma realidade movente, cujos traçados e fronteiras não param de variar, agregando e desagregando sujeitos e coisas diversos. A corresponsabilidade afere isonomia entre os pontos de vista (Bakhtin, 2010), destituindo os direitos daqueles que se propõem a tão somente representar o mundo, ao desconsiderarem a legitimidade de pontos de vista alheios. Ela é acompanhada da multiplicação dos mundos possíveis, relativos não apenas a cada ponto de vista singular, mas à unidade dos encontros entre pontos de vista.

Por último, se é verdade que nos situamos em um terreno híbrido, entre a pesquisa e a clínica, não podemos deixar de considerar esta outra fronteira, desta vez em relação à estética,

uma vez que a produção de dados requer para nós a transmissão de experiências compartilhadas e que, para tanto, a escrita se realiza sob a forma de uma experiência com a linguagem e com o sentido. O manejo da narrativa confere à pesquisa a extensão dos efeitos da intervenção também sobre a própria atividade da escrita, colocando a pesquisa em conexão com algo que é próprio à literatura.

## 7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, P. C. A fenomenologia e as abordagens sistêmicas nos estudos sócio-antropológicos-da doença: breve revisão crítica. *Cad. Saúde Pública* (Rio de Janeiro), v. 22, n. 8, p. 1547-1554, ago, 2006.

ALBUQUERQUE, P. G. *O devir-minoritário e a crítica da democracia: literatura e política em Deleuze*. 2008. 230 f. Tese (Doutorado) – Departamento de Sociologia, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2008.

AMARANTE, P. (org.). *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

\_\_\_\_\_. *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

ANDERS, G. *Kafka: pró&contra*. São Paulo: Cosac Naify, 2007.

BAKHTIN, M. M. *Marxismo e filosofia da linguagem*. São Paulo: Hucitec, 2006.

\_\_\_\_\_. *Problemas da poética de Dostoiévski*. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010.

BENEVIDES, R. *Grupo: a afirmação de um simulacro*. 2. ed. Porto Alegre: Sulina, 2009.

BEZERRA, B. Desafios da reforma psiquiátrica no Brasil. *PHYSIS: Revista Saúde Coletiva* (Rio de Janeiro), v. 17, n. 2, p. 243-250, 2007.

BLANCHOT, M. *A parte do fogo*. Rio de Janeiro: Rocco, 1997.

\_\_\_\_\_. *La folie du jour*. Paris: Gallimard, 2002.

\_\_\_\_\_. *A conversa infinita 2: a experiência limite*. São Paulo: Escuta, 2007.

\_\_\_\_\_. *L'espace littéraire*. Saint-Amand: Gallimard, 1955.

BORCH-JACOBSON, M. *Big Pharma: une industrie toute-puissante qui joue avec notre santé*. Paris: Éditions des Arènes, 2013.

BRASIL. Constituição Federal (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

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, novembro de 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados – 11. Ano VII, Nº 11. Informativo eletrônico. Brasília: outubro de 2012. Disponível em: [www.saude.gov.br/bvs/saudemental](http://www.saude.gov.br/bvs/saudemental). Acesso em: 26 mai 2015.

BRUM, E. O doping das crianças. Fev. 2013. Disponível em: <http://revistaepoca.globo.com/Sociedade/eliane-brum/noticia/2013/02/o-doping-das-criancas.html>. Acessado em: 12 de 2015.

CAMPOS, G. W. *Um método para análise e co-gestão de coletivos*. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2000.

\_\_\_\_\_. A gestão enquanto componente estratégico para implantação de um sistema público de saúde. In: *Cadernos da Nona*. Brasília, v.2, p. 109-118, 1992.

\_\_\_\_\_. *A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada*. Campinas: DMPS/UNICAMP, 1997.

\_\_\_\_\_. *Saúde Paidéia*. São Paulo: Hucitec, 2003.

CAMPOS, G.; ONOCKO CAMPOS, R. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: CAMPOS, G. et al. *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec, 2006.

CANADÁ. Cadre de référence en matière d'action communautaire. Gouvernement du Québec, 2004. Disponível em: [www.messf.gouv.qc.ca](http://www.messf.gouv.qc.ca). Acessado em: 25 mai 2015.

COSTA, N. R.; SIQUEIRA, S. V.; UHR, D.; SILVA, P. F.; MOLINARO, A. Reforma Psiquiátrica, federalismo e descentralização da saúde pública do Brasil. *Ciênc. Saúde Coletiva* (Rio de Janeiro), v. 16, n. 12, p. 4603-4614, Dec. 2011.

DELEUZE, G. *Lógica do sentido*. 2. ed. São Paulo: Perspectiva, 1988.

\_\_\_\_\_. Post-scriptum sobre as sociedades de controle. In: DELEUZE, G. *Conversações*. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1992.

\_\_\_\_\_. *Crítica e clínica*. São Paulo: Ed. 34, 1997.

\_\_\_\_\_. Qu'est-ce qu'un dispositif. In: DELEUZE, G. *Deux régimes de fous*. Paris: Les Éditions de Minuit, 2003.

\_\_\_\_\_. *Diferença e repetição*. Rio de Janeiro: Graal, 2006a.

\_\_\_\_\_. Instintos e instituições. In: DELEUZE, G. *A ilha deserta e outros textos*. São Paulo: Iluminuras, 2006b.

\_\_\_\_\_. Três problemas de grupo. In: DELEUZE, G. *A ilha deserta e outros textos*. São Paulo: Iluminuras, 2006c.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. *Kafka: pour une littérature mineure*. Paris: Les Éditions de Minuit, 1975.

- \_\_\_\_\_. *Kafka: por uma literatura menor*. Rio de Janeiro: Imago, 1977.
- \_\_\_\_\_. *O que é a filosofia?* Rio de Janeiro: Ed. 34, 1992.
- \_\_\_\_\_. *Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia, vol 1*. São Paulo: Ed. 34, 1995a.
- \_\_\_\_\_. *Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia, vol 2*. São Paulo: Ed. 34, 1995b.
- \_\_\_\_\_. *Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia, vol 4*. São Paulo: Ed. 34, 1997.
- \_\_\_\_\_. 1227 – Tratado de nomadologia. In: *Mil Platôs Vol 5*. 2. ed. São Paulo: Ed. 34, 2012.
- DELEUZE, G; PARNET, C. *Diálogos*. São Paulo: Escuta, 1998.
- DEPRAZ, N.; VARELA, F. & VERMERSCH, P. A redução à prova da experiência. *Arquivos Brasileiros de Psicologia* (Rio de Janeiro), v. 58, n. 1, p. 75-86, 2006.
- DERRIDA, J. Cogito et histoire de la folie. In: *L'écriture et la différence*. Paris:Seuil, 1967.
- DORÉ, M. La désinstitutionnalisation au Québec. *Santé Mentale au Québec*, v. 12, n. 2, p. 144-157, 1987.
- DOSTOIEVSKI, F. *Crime e castigo*. 5. ed. São Paulo: Ed. 34, 2007.
- \_\_\_\_\_. *Gente pobre*. São Paulo: Ed. 34, 2009.
- \_\_\_\_\_. *O duplo*. São Paulo: Ed. 34, 2011.
- \_\_\_\_\_. *Bobók*. São Paulo: Ed. 34, 2013.
- \_\_\_\_\_. *Duas narrativas fantásticas*. 3. ed. São Paulo: Ed. 34, 2011.
- DUARTE, S.L; GARCIA, M.L.T. Reforma psiquiátrica: trajetória de redução dos leitos psiquiátricos no Brasil. *Emancipação* (Ponta Grossa), v. 13, n. 1, p 39-54, 2013.
- DUPUY, J-P.; KARSENTY, S. *A invasão farmacêutica*. Rio de Janeiro: Graal, 1980.
- ESCÓSSIA, L.; TEDESCO, S. O coletivo de forças como plano de experiência cartográfica. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V; ESCÓSSIA, L. *Pistas do método da cartografia*. Porto Alegre: Sulina, 2009.
- EUGENIO, F.; FIADEIRO, J. Jogo das perguntas: o modo operativo "AND" e o viver juntos sem ideias. *Fractal Rev. Psicol.* (Niterói), v. 25, n. 2, p. 221-246, 2013.
- FAVRET-SAADA, J. "Ser afetado". In: *Cadernos de Campo – revista dos alunos de pós-graduação em antropologia social da USP*. Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Departamento de Antropologia da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo. 2005.

FERRAZZA, D. A; ROCHA, L. C; LUZIO, C. A; SANCHES, R. A banalização da prescrição de psicofármacos em um ambulatório de saúde mental. *Paidéia* (Ribeirão Preto), v. 20, n. 47, p. 381-390, 2010.

FERRAZZA, D. A; ROCHA, L. C; LUZIO, C. A. Medicalização em um serviço público de saúde mental. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia* (Juiz de Fora), v. 6, n. 2, p. 255-265, 2013.

FOUCAULT, M. *Doença mental e psicologia*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975.

\_\_\_\_\_. A governamentalidade. In: FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. 4. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

\_\_\_\_\_. *Dits et écrits I. 1954-1975*. Paris: Gallimard, 2001.

\_\_\_\_\_. *História da loucura na idade clássica*. São Paulo: Perspectiva, 2002.

\_\_\_\_\_. *Le pouvoir psychiatrique*. Paris: Gallimard, 2003.

\_\_\_\_\_. O que são as luzes? (1984). In: FOUCAULT, M. *Ditos e Escritos II: Arqueologia das ciências e história dos sistemas de pensamento*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005.

\_\_\_\_\_. *O poder psiquiátrico: curso dado no Collège de France (1973-1974)*. São Paulo: Martins Fontes, 2006a.

\_\_\_\_\_. A loucura, a ausência da Obra (1964). In: FOUCAULT, M. *Ditos e Escritos I: Problematização do sujeito: psicologia, psiquiatria e psicanálise*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006b.

\_\_\_\_\_. Prefácio (1961). In: FOUCAULT, M. *Ditos e Escritos I: Problematização do sujeito: psicologia, psiquiatria e psicanálise*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006c.

FLORES, A. et al. A experiência de produção de saber no encontro entre pesquisadores e usuários de serviços públicos de saúde mental: a construção do Guia GAM Brasileiro. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde Mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Cadernos HumanizaSUS*. Vol 5 – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

GAGNEBIN, J-M. *Lembrar escrever esquecer*. São Paulo: Ed. 34, 2006.

\_\_\_\_\_. Limiar: entre a vida e a morte. In: GAGNEBIN, Jeanne-Marie. *Limiar, aura e rememoração: ensaios sobre Walter Benjamin*. São Paulo: Editora 34, 2014.

GALLI, T.; NASCIMENTO, M. L.; MARASCHIN, C. *Pesquisar na diferença: um abecedário*. Porto Alegre: Sulina, 2012.

GUATTARI, F. *Psicanálise e transversalidade*. Aparecida: Ideias&Letras, 2004.

\_\_\_\_\_. *Lignes de fuite*. La Tour d'Aigues: L'Aube, 2011.

\_\_\_\_\_. *Caosmose*. 2. ed. São Paulo: Ed. 34, 2012.

HEALEY, D. *Les médicaments psychiatriques démythifiés*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier, 2009.

JERUSALINSKI, J. A era da palmatória química – responsabilidade social e medicalização da infância. Ago. 2014. Disponível em: <http://vida-estilo.estadao.com.br/blogs/crianca-em-desenvolvimento/a-era-da-palmatoria-quimica-responsabilidade-social-e-medicalizacao-da-infancia/>. Acessado em: 10 fev 2015.

KAFKA, F. *Journal*. S.l. Éditions Bernard Gasset, 1954.

\_\_\_\_\_. *O processo*. São Paulo: Companhia das Letras, 1997.

\_\_\_\_\_. *Um artista da fome e a construção*. São Paulo: Companhia das Letras, 1998.

\_\_\_\_\_. *Na colônia penal*. São Paulo: Companhia das Letras, 1998.

\_\_\_\_\_. *Essencial Franz Kafka*. São Paulo: Companhia das Letras, 2011.

KASTRUP, V. *A invenção de si e do mundo – uma introdução do tempo e do coletivo no estudo da cognição*. Belo Horizonte: Autêntica, 2007.

\_\_\_\_\_. O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V; ESCÓSSIA, L. *Pistas do método da cartografia*. Porto Alegre: Sulina, 2009.

KINOSHITA, R. T. *O outro da reforma: contribuições da teoria da autopoiese para a problemática da cronicidade no contexto das reformas psiquiátricas*. 2001. 240f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2001.

LAKOFF, A. *La raison pharmaceutique*. Paris: Seuil, 2008.

LEVY, T. S. *A experiência do fora: Blanchot, Foucault e Deleuze*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2011.

LOURAU, R. *Analista institucional em tempo integral*. São Paulo: Hucitec, 2004.

MACERATA, I. “... como bruxos maneando ferozes”: relações de cuidado e de controle no fio da navalha. Experiência “psi” em dispositivo da política de assistência social para crianças e adolescentes em situação de rua. 2010. 198 f. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Psicologia, Instituto de Ciências Humanas e Filosofia da Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2010.

MACHADO, R. *Foucault, a filosofia e a literatura*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2000.

MACHADO, V; SANTOS, M.A. O tratamento extra-hospitalar em saúde mental na perspectiva do paciente reinternado. *Psicol. estud.* Maringá, v. 18, n. 4, p. 701-712, 2013.

MATURANA, H; VARELA, F. *A árvore do conhecimento: as bases da compreensão humana*. Campinas: Editorial Psy, 1995.

MELO, J.J.; SCHAEPPPI, P.B.; SOARES, G.; PASSOS, E. Acesso e compartilhamento da experiência na Gestão Autônoma da Medicação – o manejo cogestivo. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde Mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Cadernos HumanizaSUS*. Vol 5 – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

MERHY, E. E. “Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde”. Em: MERHY, E. E.; ONOCKO CAMPOS, R. (orgs.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997.

MERHY, E. E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo em ato*. São Paulo: Hucitec, 2007.

MERLEAU-PONTY, M. *La prose du monde*. Paris: Gallimard, 1969.

MINARD, M. *Le DSM-Roi*. Toulouse: Érès, 2013.

MIRANDA, L.; ONOCKO CAMPOS, R. Narrativa de pacientes psicóticos: notas para um suporte metodológico de pesquisa. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.* (São Paulo), v. 13, n. 3, p. 441-456, set. 2010.

MIRANDA, L.; FIGUEIREDO, M. D.; FERRER, A. L.; ONOCKO CAMPOS, R. Dos grupos focais aos grupos focais narrativos: uma descoberta no caminho da pesquisa. In: ONOCKO CAMPOS, R.; FURTADO, J.; PASSOS, E.; BENEVIDES, R. *Pesquisa Avaliativa em Saúde Mental: desenho participativo e efeitos da narratividade*. São Paulo: Editora Hucitec, 2008.

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

MUÑOZ, N. M.; SERPA JR, O. D.; LEAL, E. M.; DAHL, C. M.; OLIVEIRA, I. C. Pesquisa-clínica em saúde mental: o ponto de vista dos usuários sobre a experiência de ouvir vozes. *Esudos de Psicologia* (Natal), v. 16, n. 1, p. 83-89, janeiro-abril 2011.

NIEZSCHE, F. *O nascimento da tragédia ou Helenismo e pessimismo*. São Paulo: Companhia das Letras, 1992.

ONOCKO CAMPOS, R. O exercício interpretativo. In: ONOCKO CAMPOS, R.; FURTADO, J.; PASSOS, E.; BENEVIDES, R. *Pesquisa Avaliativa em Saúde Mental: desenho participativo e efeitos da narratividade*. São Paulo: Editora Hucitec, 2008.

ONOCKO CAMPOS, R.; FURTADO, J.; PASSOS, E.; BENEVIDES, R. *Pesquisa Avaliativa em Saúde Mental: desenho participativo e efeitos da narratividade*. São Paulo: Editora Hucitec, 2008.

ONOCKO CAMPOS, R.; PASSOS, E.; SERPA JÚNIOR, O.; TÓFOLI, L. *Pesquisa Avaliativa em Saúde Mental: instrumentos para a qualificação da utilização de psicofármacos e formação de recursos humanos*. Projeto de Pesquisa. CNPq, 2009.

ONOCKO CAMPOS, R. et al. Avaliação da rede de centros de atenção psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 43, supl. 1, p. 16-22, Ago. 2009.

PAGÈS, M. *A vida afetiva dos grupos*. Petrópolis: Vozes, 1976.

PASSOS, E.; BENEVIDES, R. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 561-571, Set. 2005.

\_\_\_\_\_. A cartografia como método de pesquisa-intervenção. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. *Pistas do método da cartografia*. Porto Alegre: Sulina, 2009a.

\_\_\_\_\_. Por uma política de narratividade. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. *Pistas do método da cartografia*. Porto Alegre: Sulina, 2009b.

PASSOS, E.; SOUZA, T. P.; AQUINO, P. R.; BARROS, R. A. Processo coletivo de construção de instrumentos de avaliação: aspectos teóricos e metodológicos sobre dispositivos e indicadores profissionais. In: ONOCKO CAMPOS, R.; FURTADO, J.; PASSOS, E.; BENEVIDES, R. *Pesquisa Avaliativa em Saúde Mental: desenho participativo e efeitos da narratividade*. São Paulo: Editora Hucitec, 2008.

PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. *Pistas do método da cartografia*. Porto Alegre: Sulina, 2009.

PASSOS, E.; EIRADO, A. Cartografia como dissolução do ponto de vista do observador. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. *Pistas do método da cartografia*. Porto Alegre: Sulina, 2009.

\_\_\_\_\_. A noção de autonomia e a dimensão do virtual. *Psicologia em Estudo* (Maringá), v. 9, n. 1, p. 77-85, 2004.

PASSOS, E.; KASTRUP, V. Sobre a validação da pesquisa cartográfica: acesso à experiência, consistência e produção de efeitos. *Fractal Rev Psicol.* (Niterói), v. 25, n. 2, p. 391-414, Mai/Ago 2013.

PASSOS, E.; PALOMBINI, A.; ONOCKO CAMPOS, R. Estratégia cogestiva na pesquisa e na clínica em saúde mental. *Estudos Contemporâneos da Subjetividade* (Campos dos Goytacazes), v. 3, n. 1, 2013.

PASSOS, I. C. F. *Reforma psiquiátrica: as experiências francesa e italiana*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

POZZANA, L.; KASTRUP, V. Cartografar é acompanhar processos. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. *Pistas do método da cartografia*. Porto Alegre: Sulina, 2009.

RANCIÈRE, J. *Políticas da escrita*. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1995.

RENAULT, L.; PASSOS, E.; EIRADO, A. Da entrevista de explicitação à entrevista cartográfica. In: GALLI, T.; AMADOR, F.; BARROS DE BARROS, M. E. *Clínicas do trabalho e paradigma estético*. Porto Alegre: UFRGS. No prelo.

RIBEIRO, S. L. A criação do Centro de Atenção Psicossocial Espaço Vivo. *Psicologia Ciência e Profissão* (Brasília), v. 24, n. 3, p. 92-99, 2004.

ROCHA, M. L.; AGUIAR, K. F. Micropolítica e o exercício da pesquisa-intervenção: referenciais e dispositivos de análise. *Psicologia Ciência e Profissão* (Brasília), v. 27, n. 4, p. 648-663, 2007.

RODRIGUEZ DEL BAIRRO, L.; POIREL, M-L. *L'émergence des espaces de parole et d'action autour de l'utilisation des psychotropes: la gestion autonome des médicaments de l'âme*. *Nouvelles pratiques sociales*, v. 19, n. 2, p. 111-127, 2007.

RODRIGUES, S. *Modulações de sentido na experiência psicotrópica*. 2014. 253 f. Tese (Doutorado) – Departamento de Psicologia, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2014a.

\_\_\_\_\_. Experiências psicotrópicas proscritas: o fora-eixo. In: LOPES, L. E.; MALAGUTI, V. *Atendendo na guerra: dilemas médicos e jurídicos sobre o crack*. Rio de Janeiro: Revan, 2014b.

RRASMQ. *L'Alternative en Santé Mentale: ailleurs et autrement*. 2009a. Disponível em: [http://www.rrasmq.com/publications/Promotion\\_Alternative.pdf](http://www.rrasmq.com/publications/Promotion_Alternative.pdf). Acessado em: 12 ago 2015.

\_\_\_\_\_. *Le Manifeste du regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec*. 2009b. Disponível: [http://www.rrasmq.com/publications/Manifeste\\_reedition2009.pdf](http://www.rrasmq.com/publications/Manifeste_reedition2009.pdf). Acessado em: 12 ago 2015.

\_\_\_\_\_. *20 ans d'histoire... à poursuivre!* 2003. Disponível em: <http://www.rrasmq.com/publications/20ans.pdf>. Acessado em: 24 mai 2015.

\_\_\_\_\_. *Ailleurs et autrement. 30 ans de luttes, de pratiques et de créativité*. Journal du 30e anniversaire de fondation du Regroupements des Ressources Alternatives en Santé Mentale du Quebec. 2013.

RRASMQ et AGIDD-SMQ, en collaboration avec ÉRASME. *Gestion autonome de la médication de l'âme. Mon guide personnel*. Québec: RRASMQ/AGIDD-SMQ, 2002.

RRASMQ-ÉRASME. *Repères pour une Gestion autonome de la médication en santé mentale. Guide d'accompagnement*. Montréal: RRASMQ-ÉRASME, 2006.

SADE, C.; RENAULT, L. M.; MELO, J. J. M.; PASSOS, E. O uso da entrevista na pesquisa-intervenção participativa em saúde mental: o dispositivo GAM como entrevista coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva* (Rio de Janeiro), v. 18, n. 10, p. 2813-2824, Oct. 2013.

SCARCELLI, I. R. *O movimento antimanicomial e a rede substitutiva em saúde mental: a experiência do município de São Paulo 1989 – 1992*. 1998. 149 f. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Psicologia Social e do Trabalho, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998.

SERPA JUNIOR, O. D. et al. *A inclusão da subjetividade no ensino da Psicopatologia*. *Interface* (Botucatu), v. 11, n. 22, Ago. 2007.

SIBERTÍN-BLANC, G. *Clinique et Politique chez Deleuze*. 2006. 988 f. Tese (Doutorado) – Département de Philosophie, Université Charles de Gaulle, Lille, 2006.

SILVA, A. E.; PASSOS, E.; FERNANDES, C. V. A.; RODRIGUES, F. G.; LIMA, F. R.; CARVALHO, J.; RENAULT, L.; SADE, C. Estratégias de pesquisa no estudo da cognição: o caso das falsas lembranças. *Psicologia&Sociedade* (Belo Horizonte), v. 22, n. 1, p. 84-94, 2010.

SIMONDON, G. *L'individuation psychique et collective: a la lumière des notions de Forme, Information, Potentiel et Métaestabilité*. Tradução de Luis Eduardo Aragon. Paris: Aubier, 1989.

STERN, D. *O mundo interpessoal do bebê: uma visão a partir da psicanálise e da psicologia do desenvolvimento*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos* (Rio de Janeiro), v. 9, n. 1, p. 25-59, jan-abr. 2002.

TRIPP, D. Pesquisa-ação: uma introdução metodológica. *Educação e Pesquisa* (São Paulo), v. 31, n. 3, p. 443-466, set./dez. 2005.

VARELA, F.; SHEAR, J. First-person Methodologies: What, Why, How? *Journal of Consciousness Studies*, v. 6, n. 2-3, p.1-14, 1999.

VARELA, F. *Conhecer: as ciências cognitivas tendências e perspectivas*. Lisboa: Instituto Piaget, 1994.

VERMERSCH, P. *L'entretien d'explicitation*. Issy-les-moulineaux: ESF Éditeur, 1994.

VIGOTSKI, L. S. *Teoria e método em psicologia*. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

WAKEFIELD, J. C. Psychiatriser la détresse normale: la <<DSM-Pharma Connection>>. In: BORCH-JACOBSON, M. *Big Pharma: une industrie toute-puissante qui joue avec notre santé*. Paris: Éditions des Arènes, 2013.

WHITAKER, R. *Drogas psiquiátricas: um assalto à condição humana*. 2009. Disponível em: <http://www.umaoutravisao.com.br/secoes/Mental/drogaspsic.htm>. Acessado em: 12 ago 2015.