



TESE DE DOUTORADO

Para a atribuição do título de
Doutor em

“Culture e Linguaggi”, XXVII ciclo

(Università degli Studi di Perugia)

em **co-tutela** com

Universidade Federal de São Carlos

Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social

Dalila INGRANDE

**Habitar o cotidiano, construir territórios:
uma etnografia das práticas de saúde mental comunitária
no município de São Carlos, Estado de São Paulo, Brasil**

Massimiliano MINELLI, Università degli Studi di Perugia

Orientador

Marina Denise CARDOSO, Universidade Federal de São Carlos

Co-orientadora

Edmundo Antonio PEGGION, Universidade Estadual Paulista "Julio de Mesquita Filho"

Examinador

Valeria RIBEIRO COROSSACZ, Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia

Examinadora

Donatella COZZI, Università degli Studi di Udine

Examinadora

A.A. 2014-2015

Ficha catalográfica elaborada pelo DePT da Biblioteca Comunitária UFSCar
Processamento Técnico
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

I549h Ingrande, Dalila
Habitare o cotidiano, construir territórios : uma etnografia das práticas de saúde mental comunitária no município de São Carlos, Estado de São Paulo, Brasil / Dalila Ingrande. -- São Carlos : UFSCar, 2016.
136 p.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal de São Carlos, 2016.

1. Saúde mental. 2. Cotidiano. 3. Objetos. 4. Habitar. 5. Família. I. Título.

Documento da Comissão Julgadora que conferiu o título de doutor em pesquisa

No dia 25 de fevereiro de 2016, reuniu-se junto ao Dipartimento di Filosofia, Scienze Sociali, Umane e della Formazione da Università degli Studi di Perugia a Comissão composta pelos docentes abaixo assinados. Na ocasião os membros da banca examinadora arguíram as candidatas ao título Laura Cremonte e Dalila Ingrande. As Teses defendidas foram os seguintes:

Laura Cremonte

Mulheres, depressão e vida cotidiana. Uma etnografia sobre os grupos de psicoterapia em um serviço de saúde mental em Araraquara (estado de São Paulo, Brasil)

Dalila Ingrande

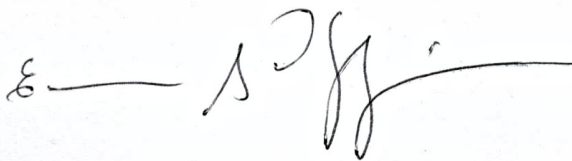
Habitar o cotidiano, construir territórios: uma etnografia das práticas de saúde mental comunitária no município de São Carlos, estado de São Paulo (Brasil).

As candidatas demonstraram amplo conhecimento sobre o tema e responderam de maneira satisfatória a todos os questionamentos colocados pelos examinadores. A documentação será devidamente encaminhada ao Dipartimento di Filosofia, Scienze Sociali, Umane e della Formazione da Università degli Studi di Perugia, Itália e para o Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal de São Carlos, São Paulo, Brasil.

Perugia (Italia), 25 de fevereiro de 2016

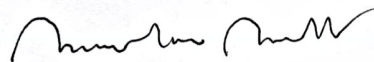
LA COMMISSIONE

PRESIDENTE Edmundo Antonio Peggion



MEMBRO Marina Denise Cardoso

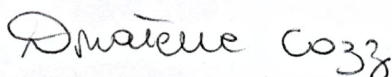
MEMBRO Massimiliano Minelli



MEMBRO Valeria Ribeiro Corossacz



SEGRETARIO Donatella Cozzi



Índice

Introdução: Antropologia e saúde mental comunitária	1
Transição da saúde, atenção básica, administração da população	4
Corpos, territórios, desinstitucionalização	24
Sujeitos, loucura, processos de subjetivação	34
Os argumentos	40
1. O campo e as escolhas de método	44
1.1 Pesquisar em equipe	45
1.2 Procurar casa	58
1.2.1 Morfologias da habitação	59
1.2.2 O mercado da segurança	68
1.3 Cruzar a cidade	75
1.3.1 Territórios domésticos	77
1.3.2 Residencialidade	83
1.4 Fazer família	86
1.4.1 Configurações de casas	90
1.4.2 Sexualidade, racismo, classe social	96
1.5 Habitar	104
1.5.1 Cultura material	105
2. Problematizar o Sistema Único de Saúde 1: Saúde da família e território	115
2.1 A USF Luiz Astolpho do Prado	116
2.1.1 O mapa e os bairros	120
2.1.2 Seu Rodolfo, a perna e a ficha de cadastro	127
2.2 Os manuais e as práticas dos Agentes Comunitários de Saúde	136

2.2.1	Uma família, uma casa	138
2.2.2	Comunidade, um conceito ambíguo	143
2.2.3	O SUS é para pobres?	149
3.	Problematizar o Sistema Único de Saúde 2: fazer saúde mental em uma área sub-metropolitana	156
3.1	Metamorfoses da cidade: um olhar sobre São Carlos	157
3.1.1	Políticas urbanas e desenvolvimento econômico	159
3.1.2	Programas habitacionais e o mito da casa própria	164
3.2	<i>“Nessa cidade a saúde mental é muito complicada”</i>	172
3.2.1	Políticas de internação compulsória	173
3.2.2	O policial, o balcão e o bebedor de água	178
3.2.3	O corredor da saúde mental	186
3.3	Experiências de participação comunitária no Jardim Gonzaga	194
3.3.1	O Banco Comunitário Nascente e a transformação do território	197
3.3.2	O Grupo Crack entre tráfico, mobilização social e violência	200
3.3.3	“Fazer” e “desfazer” a comunidade em área de vulnerabilidade social	205
4.	Etnografias do habitar: pessoas, espaços, objetos, relações	212
4.1	O fundo do quintal	213
4.1.1	<i>“Nós morávamos no Paraná, não somos daqui”</i>	213
4.1.2	Geander, o fundo e a fazenda	221
4.1.3	O rim e a rede	225
4.2	<i>“Tinha medo de ficar louca”</i>	229
4.2.1	Dos medos reais não tenho medo	231
4.3	<i>“Não gosto de sair de casa”</i>	236
4.3.1	A Igreja, o rádio, os remédios	239

4.4	“A família é um círculo fechado”	246
4.4.1	Dependência, prostituição, internação	247
4.4.2	Religião, direito, tratamento	253
4.5	A mulher do saco	261
4.5.1	“Ela quer o canto dela, quer morar sozinha”	263
	<i>Observações conclusivas: desterritorializar os corpos e as práticas de saúde mental comunitária</i>	270
	Referências bibliográficas	281
	Sitografia	299

Introdução:

Antropologia e saúde mental comunitária

A presente tese, fruto de uma pesquisa etnográfica no estado de São Paulo sobre a temática da saúde mental comunitária, analisa a relação entre saúde mental e saúde da família, a partir do processo de territorialização dos serviços e da desinstitucionalização das práticas de saúde mental, que teve início nos anos noventa e que hoje está ainda em processo de construção.

Trata-se de uma transição de um modelo de atenção à saúde baseado no hospital como espaço principal de tratamento e cura das doenças, para um outro, focado na importância da prevenção e promoção da saúde, promovidas através da difusão de vários serviços no território, da valorização da família como conjunto de relações nas quais a saúde se realiza concretamente, da participação comunitária e do progressivo fechamento dos hospitais psiquiátricos. Exatamente por causa da complexidade dessa transição, considerou-se necessário explicitar a heterogeneidade das práticas e das relações sociais encontradas, através de uma perspectiva que leva em conta as modalidades concretas nas quais os territórios se constroem partindo da interação entre sujeitos, espaços de vida, objetos cotidianos, habitações, bairros, cidades, e deixando emergir a importância da materialidade dentro dos processos de subjetivação.

Como ficará claro mais adiante, a saúde da família e a saúde mental, além de políticas, práticas e comportamentos, podem ser descritas por meio de uma abordagem microscópica a lugares e objetos (fichas, remédios, muros, balcões, calçadas, leitos, prescrições médicas) capaz de restituir a complexidade dos contextos e a dificuldade de “transitar” cotidianamente em uma proposta de saúde coletiva que seja desinstitucionalizada nas práticas das estruturas.

Por isso mesmo, a linha metodológica mais rica para levar em conta os macros e micros processos é a de explicitar, através da análise antropológica, as situações nas quais a saúde mental comunitária no território se apresenta em risco de institucionalização, seja dentro de um hospital psiquiátrico, seja nas experiências comunitárias, valorizando as práticas desinstitucionalizadoras em um sentido amplo.

Seguindo tal perspectiva, tentou-se restituir a complexidade das histórias e das dinâmicas sociais apoiando-se sobre três pressupostos metodológicos profundamente implicados nos processos de saúde/doença/cuidado: 1) estudar os processos de descentralização da saúde necessita de uma adequada análise dos modos nos quais os espaços urbanos se estruturam, considerando a história local das cidades, as dinâmicas de migrações internas, as diretrizes nacionais e internacionais a respeito das formas do habitar; 2) a saúde mental comunitária se constrói primariamente através de relações e práticas dissipadoras dos sujeitos nas quais são manipulados micro-elementos materiais como: objetos pessoais, remédios, fichas de cadastro; lugares dentro da casa, corredores dos serviços e espaços na rua; relações familiares, laços de vizinhança, vínculos médicos; 3) a materialidade dos objetos e dos espaços na cotidianidade deve ser

privilegiada para analisar os níveis de subjetivação implicados nas práticas de saúde mental: tal escolha permite falar em corpo e loucura sem colocar no centro do discurso o sujeito, continuamente implicado nas disciplinas psi¹ e nas ciências humanas.

Assim, o percurso etnográfico e a análise antropológica são recursos fundamentais para se pensar o campo da saúde mental em contínua transformação e para redefinir os conceitos de “família”, “comunidade” e “território” à luz das desigualdades sociais e das formas de segregação urbana. Neste sentido, a etnografia é uma ferramenta importante, pois permite entender a microfísica dos contextos e das dinâmicas e suas relações com o nível macro-político e com as transformações sócio-econômicas; ao mesmo tempo é possível trabalhar nas contradições, nas tramas entre o visível e o invisível, construindo uma “geografia política” dos lugares e das pessoas. Além disso, é importante evidenciar que as características principais da etnografia, como o deslocamento e o movimento, utilizadas aqui como recursos metodológicos, tiveram um papel fundamental na ruptura de algumas configurações conceptuais como família-casa, comunidade-território-bairro, centro-periferia que estruturam as políticas de saúde e as práticas dos profissionais. Ao mesmo tempo, privilegiou-se uma postura reflexiva, situando as práticas da antropóloga dentro dos contextos específicos e valorizando as ações de disseminações mais do que a uniformidade, para problematizar constantemente o conhecimento produzido durante e depois a pesquisa de campo². Neste processo,

1 Com o termo “disciplinas psi” entendo todos os saberes acomunados da função psy, ou seja, “a função psiquiátrica, psicopatológica, psicocriminológica, etc., [...] nascida dentro da psiquiatria no começo do século XIX” (FOUCAULT, 2004, p. 90), que serviu para organizar todo o aparato disciplinar em torno do indivíduo, lá onde a soberania familiar ia se despotencializando, tornando-se a sua constante referência.

2 Veja-se o Capítulo 2 em seguida.

foram fundamentais as interpretações e os pensamentos dos interlocutores encontrados durante do campo, permitindo a experimentação de várias “comunidades de práticas” (WENGER, 1998), que foram aquelas construídas em torno da vontade de refletir sobre formas de saúde comunitária, trocando conhecimentos e aprendizagem junto com as pessoas diretamente envolvidas nos processos de saúde e doença. Uma pesquisa deste tipo, portanto, é fundamental na sua experimentalidade, pois foi uma tentativa constante de valorização dos saberes menores e dos detalhes microscópicos que emergiam no cotidiano das pessoas.

Transição da saúde, atenção básica, administração da população

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) entrou em vigor com a lei 8.080 do 1990, depois de um período de mudança veiculado sobretudo pelos movimentos sociais surgidos com o fim da ditadura militar, em vigor desde 1964. Os anos entre 1985 e 1988 – ano da Constituição Federal – caracterizam um momento de forte reflexão e atividade de parte da sociedade civil brasileira, a qual começa diferentes ações com o objetivo de ampliar e redefinir a cidadania democrática. Entre essas ações, aquela para o direito à saúde é formada através da agregação de vários grupos de profissionais da saúde, de gerentes sindicais, intelectuais, parlamentares e representantes de vários movimentos sociais – entre outros, o MOPS (Movimento Popular de Saúde), com a participação de organizações como a Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) e o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES). Igualmente, no final

dos anos 70, através de um fecundo diálogo com as experiências italianas de desinstitucionalização³, forma-se o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que, em 1987, organiza em Bauru o Segundo Congresso Nacional do MSMTM, com o slogan: “Para uma Sociedade Sem Manicômios”, dando início oficialmente ao movimento. No mesmo ano, é criado o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) em São Paulo (SP) e, em 1989, em Santos (SP), profissionais, administradores públicos e cidadãos abrem uma discussão pública sobre a presença do Hospital Psiquiátrico Anchieta⁴, denunciado muitas vezes por superlotação, maus-tratos e morte dos internados: começa a experiência de substituição do manicômio por uma rede de serviços territoriais (BASAGLIA, 2000). No mesmo ano é elaborada a primeira proposta de lei do deputado Delgado, dando início ao processo da Reforma da Assistência em Saúde Mental, concretizada somente no ano 2001, com a chamada “Lei Paulo Delgado”.

3 Os movimentos de contestação, através das reivindicações para uma nova política de saúde, expressavam a insatisfação popular contra o regime ditatorial. A presença de Franco Basaglia no Brasil nos anos 1978-1979 deve ser colocada justamente neste contexto de renovação e as suas conferências em São Paulo, Rio de Janeiro e Belo Horizonte foram fundamentais para dar início à Reforma Psiquiátrica, como recordam F. Nicácio, P. Amarante e D. Dia Barros (apud BASAGLIA, 2000, p. 233-256).

4 Além de Santos, muitos foram os manicômios denunciados e incriminados. O hospital psiquiátrico de Barbacena, Minas Gerais, emergiu na crônica jornalística por causa dos mais de sessenta mil mortos entre os internados, amontoados mais pelo fato de serem corpos incômodos, do que por terem um “concreto” diagnóstico de “doença mental”. Eram homossexuais, prostitutas, meninas grávidas pelos patrões, mulheres que haviam perdido a virgindade antes do casamento. O manicômio, como muitas vezes aconteceu na Europa, também se tornava um receptáculo de sujeitos, os quais era melhor afastar ou deixar morrer. Para uma reconstrução completa deste processo, veja-se Arbex (2013); sobre as formas contemporâneas de exclusão social através do internamento no Brasil, veja-se Biehl (2005).

2. Dentro desse processo de reestruturação, a principal inovação do SUS foi a introdução, depois de uma experiência na Região Nordeste, do “Programa de Saúde da Família” e do “Programa de Agentes Comunitários de Saúde”, em seguida transformados em “Estratégia da Saúde da Família”. Concretamente, esta mudança significou um progressivo abandono ou reutilização das precedentes Unidades Básicas de Saúde (UBS), focadas em uma abordagem ambulatorial, em prol da construção de Unidades de Saúde da Família (USF) em todo o território nacional. Esses serviços introduziram uma abordagem de prevenção e promoção da saúde, baseada na ideia que a saúde se constrói no cotidiano da casa e da família, com o suporte das USF, estruturas de base, nas quais normalmente trabalha pelo menos um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e o Agente Comunitário de Saúde (ACS). Tal figura inovadora, cuja origem se refere ao “Community Health Worker”, criado pela OMS nos anos 80 nos “países do Terceiro Mundo” (OMS, 1987), é chamada a ser o elo de ligação entre a “comunidade” e a Unidade, tendo como objetivo principal efetuar visitas domiciliares mensais para as famílias da sua área de abrangência. Durante as visitas, enquanto fornece informações sobre a construção da saúde nas relações entre espaços da casa e estilos de vida cotidianos, o agente coleta, em documentos específicos, dados sobre as condições sanitárias das famílias e das habitações, bem como outros elementos relevantes para a prevenção, a partir dos quais presume-se que poder-se-á construir estratégias de intervenção nas reuniões de equipe da unidade. Através do trabalho diário nas comunidades, o ACS contribui para um maior conhecimento das condições de saúde e doença dos sujeitos e das populações locais, tendo à disposição uma rede de segundo e

terceiro nível de complexidade, em relação à gravidade das situações. Ao mesmo tempo, a Estratégia de Saúde da Família visa envolver os indivíduos, as famílias e as comunidades no processo de prevenção e promoção da saúde, favorecendo a participação ativa no território. Nos últimos anos, a rede de atenção primária se fortaleceu através da integração com a saúde mental, seguindo a concepção de que a prevenção e a promoção da saúde devem ser desenvolvidas também em relação aos transtornos mentais. Graças aos NASF (Núcleos de Apoio à Saúde da Família) é realizado o chamado “apoio matricial”, ou seja, o aumento das competências da equipe da atenção básica relacionadas aos cuidados dos problemas de saúde mental, com ações conjuntas de cuidado junto com os profissionais especializados do NASF, para evitar que o tratamento seja realizado somente com a presença dos psicólogos ou psiquiatras na rede.

Em 2001, com a aprovação da chamada Lei Paulo Delgado no Brasil, começou oficialmente o processo de desinstitucionalização dos hospitais psiquiátricos com a criação, em todo o território nacional dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), serviços de referência para pessoas com problemas de saúde mental, psicoses, neuroses graves e

demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justificassem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida. O objetivo dos CAPS é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos

direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. É um serviço de atendimento à saúde mental criado para ser substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2004, p. 13).

Paralelamente à criação dos CAPS, a lei previu também o Programa de Volta para Casa, para favorecer a desinternação e diminuir as internações nos manicômios, tendo em vista seus progressivos fechamentos, o que, ainda hoje, não chegou totalmente a se concretizar. Isso contribuiu para o fortalecimento da rede dos serviços de saúde mental, que atualmente busca se consolidar através da criação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), uma rede de cuidado psicossocial voltada à integração dos recursos disponíveis nos territórios para assistir aos sujeitos com sofrimento psíquico e/ou dependência química, potencializando as ações comunitárias em conjunto tanto com o segundo, como com o terceiro nível de cuidado em saúde.

3. O SUS, embora seja considerado um dos mais avançados sistemas de saúde no mundo, todavia apresenta inúmeras contradições, evidenciadas na afirmação: “O SUS é lindo na teoria, mas na prática um pouco menos”, muitas vezes escutada ao longo da pesquisa, o que nos deixa entender as dificuldades encontradas por profissionais, pacientes e familiares para se deslocarem nesse campo de forças. Por isso mesmo, é metodologicamente relevante pensar o SUS como um grande campo de relações de sentido e de poder, socialmente construído, no qual se enfrentam diferentes

subjetividades para manter ou transformar as relações de força vigentes (BOURDIEU, 2003; MINELLI, 2011).

Analisando-o sob este ponto de vista emerge primariamente o “problema antropológico da transição” (SOLINAS, 2004, p.153), o processo que permite o transito de um “sistema mental para um outro”, ou seja, deixar um modelo centrado no espaço hospitalar e baseado na premissa segundo a qual os indivíduos adoecem e têm que ser curados em uma instituição biomédica, e deslocar-se para outro, focado no indivíduo e na família que cuidam da sua saúde com o suporte dos serviços no território. Ao longo da pesquisa, foi evidente o quanto a “transição” é problemática, sobretudo porque envolve não só os “sistemas de saúde mental” e as diferentes visões sobre as políticas de saúde, mas também as estratégias socioeconômicas que se enfrentam em nível estadual, nacional e internacional, para promover estilos de vida e fornecer respostas terapêuticas às populações. Estratégias nas quais estão em jogo os corpos dos sujeitos envolvidos nas ações de transformação das formas de vida cotidianas. Dentro desse processo, a construção da saúde mental comunitária parece muito problemática, pois não basta descentralizar os serviços para “fazer saúde primária”, assim como “desinstitucionalizar” não significa somente diminuir os leitos nos manicômios e abrir estruturas territoriais de média complexidade.

4. Em relação a tais problemáticas, a revista *Divulgação em Saúde para Debate* (2014), focada na atenção básica, fornece um importante elemento de reflexão: a reorganização

do sistema sanitário nacional para a saúde básica é uma consequência da “transição da saúde”, que, como afirmam Schramm et al. (2004), apoiando-se nas análises de Frenk et al. (1991), é composta por uma transição das condições de saúde (mudanças na frequência, magnitude e distribuição das condições de saúde) e uma transição da atenção sanitária, que seria a resposta social organizada a essas condições, representada pelos modelos de atenção saúde. Por “transição da saúde” – *health transition* – entende-se a mudança, nas populações dos países envolvidos em processos de modernização e numa transição econômica e produtiva, dos “determinantes culturais, sociais e comportamentais da saúde – ou seja, outros determinantes além da intervenção médica e do padrão material de vida” (CALDWELL, 1993, p.125)⁵.

Tal abordagem é considerada inovadora nos estudos demográficos, pois focaliza a atenção na saúde mais do que na mortalidade, e considera a transição como um modelo dinâmico no qual os standards de saúde e doença são transformados em resposta às grandes mudanças demográficas, socioeconômicas, tecnológicas, políticas, culturais e biológicas (CHEN et al., 1994).

O principal autor do modelo teórico da *health transition* foi o demógrafo John Caldwell, que, junto com outros importantes pesquisadores no campo da demografia, fundou entre os anos 80 e 90 a revista *Health Transition Review* e organizou várias conferências, coorganizadas ou patrocinadas por várias fundações notáveis como a Rockefeller Foundation (CHEN; KLEINMAN; WARE, 1994, p.vii-viii). Dentro de uma perspectiva

5 «The cultural, social and behavioural determinants of health, (i.e. those determinants other than medical intervention and the material standard of living)»

baseada na mudança social, o desenvolvimento econômico é considerado o principal responsável pelas chamadas “patologias comportamentais” (Ibidem, p.xi), na acepção do antropólogo e psiquiatra Artur Kleinman, como violência, transtorno mental, dependência química e tudo que perturba o ritmo diário de vida e os sistemas sociais de referência.

Os teóricos da *health transition* afirmam que, em termos técnicos, a transição da saúde envolve três elementos essenciais: uma diminuição da mortalidade, uma mudança na morbidade e um aumento das patologias comportamentais. Todas as sociedades que estão atravessando ou já atravessaram processos de modernização apresentam de fato uma substancial diminuição das doenças infecciosas e um aumento dessas “patologias”, ligadas ao consumo de álcool, drogas, tabaco, além de um aumento geral da difusão do HIV-AIDS. A importância da participação comunitária nas iniciativas para melhorar a saúde; a relação positiva entre a escolarização, sobretudo feminina, e a redução da mortalidade materno-infantil; o aumento das possibilidades de escolhas pelos indivíduos; o foco nos comportamentos sanitários da família: todas estas variáveis são consideradas importantes na transição da saúde e por isso mesmo são objetos de estudo nas análises econômicas e sociais há mais de vinte anos.

5. No molde da *health transition*, o processo de valorização do *household* como lugar do cuidado no Brasil (OLIVEIRA NETO; DIAS BORGES, 2004, p.59) envolveu um duplo movimento: por um lado, funcionou para a redução dos custos sanitários abreviando ou substituindo a internação hospitalar; por outro lado, ampliou o

conhecimento dos usuários (suas rotinas, suas famílias, suas culturas), empoderando-os e praticando um cuidado mais integrado. Para tal propósito, o artigo de Schramm et al. analisa a transição da saúde usando o modelo DALY (*Disability-adjusted life year*), um indicador formulado nos anos 90 pela Universidade de Harvard para o Banco Mundial, necessário para calcular o impacto da mortalidade e dos problemas de saúde nos anos da expectativa e na qualidade de vida dos indivíduos. Através desse indicador são comparados os anos de vida perdidos por causa de morte prematura ou incapacidade com o padrão ideal de expectativa de vida. Tal padrão foi construído seguindo o do Japão, país com o mais alto valor de expectativa de vida ao nascer (80 anos para os homens e 82,5 anos para as mulheres). Esse método foi particularmente inovador dentro dos estudos demográficos, pois conseguiu cruzar a taxa de mortalidade com a de morbidade, obtendo um quadro mais complexo da situação de saúde no contexto no qual o indicador é usado.

O problema de termos como “ expectativa de vida” e “incapacidade”, quando usados de modo acrítico e não historicizado, nem contextualizado, é evidente. Todavia, parece necessário evidenciar que, em muitos estudos sobre a transição da saúde, a relação entre saúde e doença é inteiramente inscrita num quadro explicativo e numa linguagem de tipo econômico: as duas funções que geralmente são usadas de forma comparativa para medir os efeitos de uma doença ao longo da linha do tempo são a YLL e a YLD, ou seja, os anos de vida perdidos e os anos vividos com incapacidade, que têm um valor segundo o grau de extromissão dos ciclos produtivos e econômicos. Os dados contidos no artigo de Schramm et al. (2004) são relativos a 1998, mas existe um outro estudo

datado de 2013, dos mesmos autores, que se apoiam nos dados nacionais disponíveis até 2008⁶.

Os principais resultados da estimativa mostram que as mortes prematuras totais significaram a perda de 18,3 milhões de dias de trabalho para toda a população, enquanto os dias de perda por incapacidade foram de 18,7 milhões. No total, trata-se de 195 dias para cada mil brasileiros. Considerando esses valores do ponto de vista do gênero, isso significa que a carga de doença é maior entre os homens, que apresentam uma taxa de morte prematura maior que as mulheres, enquanto que, avaliando a incidência da doença, aumentam os anos perdidos pelas mulheres em condição de incapacidade. Os dados, porém, confirmam algumas características do impacto social da doença e da incapacidade que surgem nos estudos específicos bem como no sentido comum, ou seja, a incidência do abuso e dependência de álcool combinada com acidentes de trânsito para a parte masculina da população, enquanto que, para a parte feminina, seria maior a prevalência da depressão e do diabete mellitus. Isso se adiciona ao dado geral – que confirma um indicador mundial – que os três quartos das causas de morte e incapacidade são devidos a doenças não transmissíveis como as patologias cardiovasculares, o câncer e os transtornos psiquiátricos.

Schramm et al. (2004, p. 907) afirmam que:

As doenças cardiovasculares e seus fatores de risco, as neoplasias, as doenças respiratórias crônicas, as doenças ósteo-músculo-articulares, os acidentes automobilísticos e do trabalho e as consequências da violência social têm

6 <http://cienciahoje.uol.com.br/noticias/2014/06/a-carga-de-doenca-no-brasil>

um papel decisivo nos dispêndios da saúde, da previdência e nos gastos, além de influenciarem na qualidade de vida das pessoas acometidas e de seus familiares. Se somarmos a perda de mão-de-obra qualificada e de difícil reposição, os anos de vida produtiva e horas de trabalho perdidos, os gastos com aposentadorias precoces por doenças e com a utilização crescente e acrítica ou até abusiva de procedimentos diagnósticos e terapêuticos de alta tecnologia, observaremos que a não adoção de mecanismos adequados de prevenção das enfermidades não transmissíveis comprometerá o desenvolvimento do País. Quando implementadas com novos modelos de intervenção que considerem o contexto social e o meio ambiente no qual se vive, as estratégias de promoção e prevenção à saúde podem reduzir significativamente a morbi-mortalidade pelas enfermidades não-transmissíveis.

Este texto contém inúmeros pontos problemáticos. O que mais se destaca é a necessidade dos autores de começar uma efetiva mudança nas políticas de saúde para não comprometer o desenvolvimento do país, e não porque cada sujeito tem o direito de viver uma existência digna e de realizar os seus desejos da melhor forma possível. Por isso, eles consideram necessário evitar o adoecimento ou a morte prematura dos brasileiros por doenças cardiovasculares, acidentes, dependência de álcool, transtornos mentais, intervindo, em particular, no meio em que as pessoas vivem. A saúde, de fato, no nível macro, continua a ser vista como um capital que pode ser acrescido com vários investimentos, ou gastado inexoravelmente pela carga de doença ou de morte. Seria, portanto, papel do Estado fornecer aos sujeitos e às famílias instrumentos adequados para compreender esse processo, sendo ao mesmo tempo eles mesmos responsáveis pela gestão da sua saúde⁷.

7 Sobre a relação entre “capital social” e saúde, que entra nesse paradigma de interpretação,

Agora, a importância da saúde básica se encontra exatamente nesse ponto: no momento em que, na literatura internacional, os determinantes de saúde foram ampliados muito mais do que se pensava antes, descobrindo também variáveis não mensuráveis como desejos, interesses e escolhas dos sujeitos, é claro que para promover uma mudança nos estilos de vida, é fundamental descentralizar os serviços de saúde, envolver o espaço doméstico e construir uma rede de assistência de primeiro e segundo níveis de cuidado. Neste sentido, fica evidente que o foco da reflexão e das políticas públicas torna-se o campo da gestão da população e da sua produtividade. Um campo no qual o nível de análise é totalmente baseado em parâmetros normativos de vida e de morte. É emblemático de fato que, segundo o DALY, uma porcentagem de anos vividos em condição de doença seja definida como incapacidade e considerada uma perda de produtividade. O que nesta perspectiva aparece uma anomalia, se comparada ao padrão do indivíduo saudável e capaz de trabalhar, teria um outro sentido se fosse considerado um processo social e histórico, analisando as formas como os sujeitos vivem (com) a doença, a dependência e os transtornos psiquiátricos.

6. Adotando uma ótica retrospectiva, a questão interessante, e ao mesmo tempo problemática, é que nos anos 90 a formulação do DALY foi usada pelo Movimento Global de Saúde Mental para demonstrar a existência e a carga dos transtornos psiquiátricos no mundo. Tratou-se, como aponta Saraceno (2014, p.21), da abertura de uma caixa de Pandora, que deixou entrar no campo de visibilidade dos organismos veja-se Minelli (2012).

mundiais de saúde doenças e transtornos antes desconhecidos e ausentes das estratégias de promoção da saúde da população. De fato, já desde o começo, o movimento de saúde mental esteve repleto de contradições, que provocaram um duplo processo: de um lado, criou-se a possibilidade de tornar evidentes várias patologias ligadas a saúde mental que jamais foram levadas seriamente em consideração, começando a promover políticas internacionais, fomentar redes de ativistas, campanhas de promoção da saúde; do outro lado, foi difícil se desprender de análises da saúde global que, apesar de serem críticas e inovadoras, mantinham uma abordagem conceitual problemática: ao fazer uma genealogia emergiria uma dívida com algumas abordagens econômicas neoliberais, para quais a saúde seria um capital que se joga nos processos relativos à transição da saúde (*health transition*) e dentro do paradigma da *household production of health* (INGRANDE, 2011).

A problemática do SUS brasileiro pode ser colocada dentro desse duplo movimento. De fato, mesmo sendo o Brasil um dos Estados Nacionais a ter promovido uma reforma inovadora do sistema sanitário, que contém reais possibilidades de praticar formas de saúde comunitária, é também um país no qual estão em jogo múltiplos interesses em diferentes níveis de escala, que precisam ser analisados nos seus efeitos microscópicos e locais, para entender concretamente o peso real do que está acontecendo.

Marina Cardoso, já nos anos precedentes à Reforma Psiquiátrica tinha especificado várias idiosincrasias no trânsito entre a assistência psiquiátrica ambulatorial e a abordagem da comunidade, observando um processo muito comum, sobretudo nas

realidades periféricas dos serviços de saúde: as prescrições médicas para gerenciar o sofrimento da vida cotidiana transformavam frequentemente em tratamentos biofarmacológicos um complexo conjunto de elementos constitutivos da pessoa e das suas capacidades morais e físicas (CARDOSO, 1999). Esse tipo de processo é ainda vigente, mesmo depois do fortalecimento do sistema primário de saúde ter sido disseminado por todo o país e a integração com o segundo e o terceiro nível de complexidade ter sido fortalecida.

Como se mostrará adiante, são diferentes os fatores a serem considerados para analisar os contextos ordinários e a vida cotidiana dos sujeitos, envolvendo também a dimensão do habitar, frequentemente ausente nas avaliações dos serviços e nas práticas dos profissionais. Normalmente, quando se trata de transtornos mentais, tende-se a abordar a relação entre saúde mental e habitação em realidades sociais nas quais a doença mental já está presente com elevados níveis de criticidade e nas quais os sujeitos já estão dentro de um percurso de tratamento institucionalizado. Geralmente, as práticas habitacionais são discutidas referindo-se à vida dentro do hospital psiquiátrico ou dentro das residências terapêuticas com diferentes graus de autonomia, ou, mais ainda, envolvendo o problema da “volta para casa”.

Na perspectiva aqui utilizada, ao contrário, a “casa” é analisada focando os diferentes significados trocados pelos atores sociais em relação à esta noção e nas formas como esta é inserida em vários regimes de discurso e de práticas. Assim, tentou-se evitar a associação mecânica entre “espaço doméstico” privado e “mundo feminino”: “casa”,

além de ser um termo usado para designar um grupo de pessoas que moram juntas, ligadas por vários laços, indica um conjunto de espaços que a subdividem, de objetos que a compõem, bem como de relações destes objetos e espaços com as pessoas; “casa” é também designativo para as dinâmicas de poder que se jogam no seio deste lugar e que o atravessam, investindo sujeitos e objetos em relação ao gênero, à classe social, às classificações raciais e étnicas, às desigualdades sociais, aos desejos, à sexualidade. Ao mesmo tempo, “casa” é também um espaço transicional no qual existem relações dinâmicas e plurais entre a habitação e a rua, a vizinhança, o bairro e a cidade⁸. Neste sentido, nas práticas concretas dos participantes da pesquisa, o termo “casa” refere-se às cosmologias, aos projetos de vida e às formas de subjetivação que se desenvolvem na dimensão do habitar. Deve ser lembrado, porém, que em relação às políticas sociais e de saúde, “casa” é o foco do programa da Estratégia de Saúde da Família, mas também o objetivo do “Programa de Volta pra Casa”, formulado para diminuir a internação nos hospitais psiquiátricos brasileiros. Nos programas habitacionais, inclusive, o mito da casa própria, veiculado pelo programa para famílias de baixa renda “Minha Casa, Minha Vida”, interage com o imaginário ligado à intimidade, ao descanso, ao acolhimento. Seja um barraco na esquina de uma rua, algumas calçadas da cidade ou uma estrutura de tijolos com reboco, móveis e enfeites, a “casa” é também o lugar onde muitas vezes a doença mental é confinada, quando se sai fora dos manicômios. Igualmente, a “casa” foi um dos principais focos de interesse do saber médico psiquiátrico no século XIX, quando surgiu a nova moral da família nuclear, baseada na higienização rigorosa de

8 Para uma bibliografia sobre a casa, veja-se o Capítulo 1 em seguida.

loais e corpos, na subdivisão certa dos espaços - para evitar a promiscuidade entre pais e filhos – e no controle da sexualidade (COROSSACZ RIBEIRO, 2004; FOUCAULT, 2004, 2007; FREIRE COSTA, 2004). O conjunto de experiências, práticas e discursos ligados à dimensão do habitar situa-se, por isso mesmo, entre as ações dos sujeitos e as políticas urbanas de tipo governamental (FOUCAULT, 2005a), mobilizando ambientes, alimentos, objetos que entram e saem do circuito econômico através dos processos de subjetivação⁹. Esta abordagem permite alocar os conceitos-chaves das políticas de saúde como “família”, “comunidade”, “território” dentro de situações etnográficas específicas, mostrando a multiplicidade e a riqueza dos contextos, que não podem permanecer presos dentro das classificações territoriais e dos parâmetros dos serviços de saúde mental.

Nesta perspectiva, a saúde é construída através de micro-práticas cotidianas e através da interação com agentes humanos e não humanos (objetos, animais, espaços, remédios, fichas de cadastro, entre outros) determinando uma modalidade específica e rizomática¹⁰

9 “O Estado é um lugar de encontro entre governamentalidades múltiplas, que se combinam e se enfrentam, as quais são essas mesmas matrizes de subjetivação, com a mediação, entre outras, da cultura material” (WARNIER, 2005, p. 121, tradução minha). Em outras palavras, o “governo de si e dos outros” passa através da materialidade do cotidiano, que expressa uma tensão contínua entre diferentes modalidades de conduzir a si mesmo: agindo, entra-se dentro das redes de relações nas quais se exercita uma ação também sobre as ações dos outros, tais são as governamentalidades historicamente constituídas. Nesse campo de forças criado pelos sujeitos por meio da ação sobre si mesmos e sobre/com os outros, estas tensões são veiculadas pelos elementos materiais do cotidiano.

10 O rizoma é um tronco horizontal modificado, parecido com uma raiz, do qual se estendem raízes, gemas e folhas. Deleuze e Guattari (2014) opõem o rizoma à árvore para explicar a diferença entre multiplicidade e unidade: “os sistemas arborescentes são sistemas hierárquicos que comportam centros de significação e subjetivação, autômatos centrais similares a memórias organizadas” (Ibidem, p. 61, tradução minha). O sistema radicular, ao contrário, é diferente: “a raiz principal abortou, ou se destruiu em sua extremidade, vem se enxertar nela uma multiplicidade imediata e qualquer das raízes secundárias que deflagram

de se relacionar com a doença. Portanto, antes de discutir cronicidade e gerenciamento da crise, é preciso transformar os contextos, pensando no bem-estar coletivo, para não chegar no ponto de crise e/ou para enfrentá-lo segundo uma modalidade mais próxima ao cotidiano das pessoas.

7. A etnografia que está sendo apresentada aqui, portanto, é sustentada por uma abordagem política com o objetivo de eviscerar a complexa relação entre saúde, medicina e economia política com a finalidade ética de se poder pensar em modalidades diferentes de cuidar de si e dos outros.

Durante o meu percurso de pesquisa, depois de um primeiro trabalho sobre a genealogia dos processos de construção dos modernos sistemas de Welfare e a relação com a gestão da saúde da população (INGRANDE, 2009), no mestrado estudei o Sistema Único de Saúde brasileiro, focando atenção na emergência do Agente Comunitário de Saúde (INGRANDE, 2011). Meu interesse deslocou-se progressivamente para a análise e a avaliação da descentralização dos serviços de saúde primária, procurando entender como, através da institucionalização de um modelo que coloca a família e o espaço doméstico como lócus primários de “produção da saúde”, difundiu-se uma forma de cuidado baseada na participação ativa dos indivíduos e das famílias no processo de prevenção, promoção e cura.

um grande desenvolvimento” (Ibidem, p. 51, tradução minha). Rizomático é algo caótico, não estruturado, um ponto de vista sempre aberto à multiplicidade do real, contra o ponto de vista dominante da unidade, da hierarquia, da linha, do decalque.

Emergiu deste estudo a constatação de uma forte influência das análises sobre o capital humano, reelaboradas dentro do modelo dos “determinantes próximos de saúde” através do conceito de *household production of health*, evidenciando, mais uma vez, a penetração dos modelos microeconômicos da Escola de Chicago dentro da demografia e das ciências humanas¹¹. Por essa via, a figura do Agente Comunitário de Saúde e, em consequência, as políticas de Saúde da Família mostravam uma notável ambiguidade, pois estavam inscritas exatamente dentro de um modelo mecânico de prevenção e promoção da saúde, que evidenciava a dívida com os estudos de demografia e economia, citados anteriormente. A análise deste modelo necessita de uma reflexão sobre a relação entre o sujeito, a verdade e o cuidado de si, dentro de um regime médico, político e econômico que transformou profundamente o sentido do conceito de saúde. Se se aceita a reconstrução de Georges Canguilhem (2007) sobre o nascimento da medicina científica, até o final do século XIX não poderia existir – e de fato não existia – um conhecimento sobre a saúde, quanto mais como objeto de uma verdade científica, pois a saúde era considerada como a verdade do corpo – em latim, *verus* significa “correto”, ou “real, regular” e *sanus*, que vem do grego *σαος*, refere-se contemporaneamente a algo de intato e de infalível, de certo. Daí a expressão “são e salvo” enquanto a “saúde” seria equivalente à «retitude, confiabilidade, completude» (CANGUILHEM, 2007, p. 26)¹². A saúde, como verdade do corpo, é, então, a relação que um sujeito tem consigo mesmo, com seu modo de vida e com as regras de conduta

11 Para aprofundar este discurso, permito-me mencionar meu trabalho, Ingrande (2011), em particular o capítulo 3.

12 Veja-se também Fassin (1996, p. 3-49).

que segue; portanto, nesse caso, o termo “saúde pública” seria bastante impróprio, pois sendo uma questão de gestão da população, dever-se-ia falar, ao contrário, de “salubridade”. A saúde, enfim, não poderia ser nem quantificável, nem mensurável, menos ainda poderia ser um direito – não obstante hoje se fale em saúde usando termos jurídicos, econômicos e médicos.

As reflexões de Canguilhem são importantes também neste trabalho, pois no seu centro está a questão ética e política de como elaborar coletivamente um conhecimento necessário para desenvolver uma saúde comunitária próxima às práticas concretas dos sujeitos, ampliando o campo de análise à saúde mental e à sua relação com o nível de atenção básica em saúde. Tal extensão de perspectiva foi possível graças à interação com a equipe de pesquisa que trabalhou, de 2011 a 2014, no programa *Políticas, cidadania e redes de saúde mental comunitária: um projeto de pesquisa entre Itália e Brasil*¹³, da qual participei junto com Massimiliano Minelli, responsável científico, Laura Cremonte e Michelangelo Giampaoli. A finalidade desta colaboração internacional foi também de natureza ético-política: usar a etnografia para promover a participação social, com o objetivo de ir além da lógica da internação psiquiátrica de forma definitiva e produzir novas formas de conhecimento, pensando conjuntamente em novas possibilidades de políticas públicas em saúde mental. Este tipo de perspectiva, possibilitou-me integrar as reflexões prévias sobre a saúde básica e a figura do Agente

13 O programa foi realizado entre o Departamento Uomo e Territorio da Universidade de Perugia, Região da Umbria e os municípios de São Carlos e Araraquara (estado de São Paulo, Brasil) e financiado pela Região Umbria, por meio de uma cooperação em saúde pública.

Comunitário de Saúde na análise sobre a saúde mental comunitária, permitindo-me construir um percurso ao mesmo tempo individual e coletivo na etnografia realizada pela equipe.

No quadro de uma pesquisa trienal com diferentes focos etnográficos, meu campo teve a duração de nove meses, divididos em dois períodos de pesquisa, de setembro de 2012 à fevereiro de 2013 e de agosto à dezembro de 2013, durante os quais a etnografia foi conduzida em diferentes níveis. Foram pesquisados alguns serviços sanitários ativos nos municípios de Araraquara e São Carlos, como: serviços especializados em saúde mental (CAPS II, CAPS-AD, CRASMA), serviços de saúde da família (USF), centros de assistência social (CRAS), nos quais foram observadas diferentes atividades de cuidado, estabelecendo vínculos e diálogos constantes com as equipes multidisciplinares do CRASMA, CAPS II, CAPS AD. Isso favoreceu uma reflexão para os profissionais e as suas práticas cotidianas nos serviços, utilizando a observação etnográfica como instrumento crítico para problematizar os processos de desinstitucionalização iniciados naqueles territórios. Ao mesmo tempo, foi possível pesquisar o hospital psiquiátrico Cairbar Schutel de Araraquara, para entender melhor a sua posição nas dinâmicas de construção de uma saúde mental comunitária, analisando as múltiplas funções que o caracterizam como uma instituição total “excêntrica” (MINELLI, 2014).

Paralelamente à observação etnográfica nos serviços, tentamos entender os recursos não institucionais que os sujeitos usam para cuidar da própria saúde, cartografando o território segundo diferentes pistas de pesquisa: participamos semanalmente de um culto

em um terreiro de Umbanda, interagimos com alguns centros espíritas, bem como com as religiões evangélicas e pentecostais; porém, como será visto adiante, foram valorizados os momentos e as trocas aparentemente distantes dos objetivos da pesquisa, dando relevância às micro-práticas cotidianas dos pesquisadores(as) e dos sujeitos envolvidos.

Dentro da pesquisa geral, minha pesquisa foi focalizada na cidade de São Carlos para aprofundar a relação entre a saúde básica e a saúde mental. Segundo a especificidade do meu projeto, escolhi observar a cidade sob vários pontos de vista, mapeando as múltiplas relações (parentais, sociais, econômicas, sanitárias) que os sujeitos ativam relativamente à saúde e à doença. Neste sentido, foi muito importante participar de várias atividades e experiências de saúde comunitária, dentro e fora dos serviços, para entender o que significa falar na construção da “saúde mental comunitária” em um território multiforme e em perpétua transformação. Paralelamente, durante toda a permanência no campo, aprofundei a relação entre a Unidade de Saúde da Família Luiz Astolpho do Prado e os bairros aferentes, através da observação participante dentro e fora da unidade e o contato prolongado com algumas famílias, assim como, nos últimos três meses, frequentei um grupo semanal organizado no CAPS-AD, pelos mesmos profissionais do centro, para refletir sobre as suas capacitações nas substâncias psicotrópicas e sobre as modalidades de acolhimento e cuidado dos usuários, experimentando formas de desinstitucionalização dentro do serviço.

Durante toda a pesquisa, coletamos 103 gravações em áudio dos nossos diários de campo, que chamamos “diários falados”, 15 gravações dos encontros com as equipes dos serviços e 89 entrevistas; além disso, cada um de nós escreveu as suas próprias notas de campo.

A perspectiva ética do projeto é vinculada também às relações com as pessoas que, nos três anos de pesquisa, colocaram-se à disposição, com os seus tempos, espaços de vida e de trabalho, suas reflexões e problemas, em suma, com as suas intimidades, decidindo compartilhá-las com a nossa equipe, respeitando os interesses e validando as finalidades do projeto. Portanto, ao trabalhar constantemente com questões problemáticas e delicadas das suas vidas, adotamos formas de respeito, entre as quais a utilização do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, aprovado pelo Comitê de Ética da UNESP de Araraquara. Cada uma das pessoas com as quais trocamos saberes e práticas foi sempre informada sobre todas as etapas da pesquisa e sobre as nossas metodologias de trabalho, sabendo que, em qualquer momento, poderia decidir interromper o processo de compartilhamento. Juntamos, portanto, as “exigências” do campo com os tempos, modos e formas de troca de todas as pessoas que participaram do projeto, em relação a qualquer necessidade, tentando modular o caráter potencialmente intrusivo do etnógrafo com um uso atento e parcimonioso dos nossos corpos e dos nossos suportes materiais e físicos (gravadores, cadernos, videocâmaras, câmeras de fotografia, bem como olhares, proximidades corporais, trocas vocais¹⁴).

14 Em razão disso, algumas conversações contidas neste trabalho não têm nenhuma referência numérica, pois não foram gravadas; inclusive, os nomes das pessoas que compõem a trama dos discursos aqui apresentados são todos fictícios para manter o sigilo sobre quem são, mas

Corpos, territórios, desinstitucionalização

Apontam Eduardo Henrique Torre Guimarães e Paulo Amarante (2001, p.83) que:

Um dos riscos que se corre, se não houver clareza da desinstitucionalização como desconstrução do dispositivo e do paradigma psiquiátricos, é o de sair do manicômio e continuar reproduzindo os mecanismos do dispositivo psiquiátrico, operação que Castel (1978) chama de “aggiornamento”, algo como um cosmético da psiquiatria, uma reforma superficial, que mantém a função da psiquiatria como saber-poder. Para Guattari “pode-se criar equipamentos psiquiátricos ágeis no seio do tecido urbano sem por isso trabalhar no campo social. Simplesmente miniaturizaram as antigas estruturas segregativas e, apesar disso, interiorizaram-nas” (Guattari, 1992). Entende-se desconstrução como um processo social complexo, de desmontagem do dispositivo psiquiátrico, que não tem fim, ou não pretende constituir um modelo ideal, mas sim dar novo significado às relações e colocar questões imanentes às situações-problema. Nesse sentido, é um processo que precisa, por definição, ser reinventado incessantemente, e questionar também o conjunto dos segmentos sociais que deveria ser (...) objeto de uma verdadeira “revolução molecular”, quer dizer, de uma re-invenção permanente (Guattari, 1992).

É, portanto, na construção do “território” (analogamente à “comunidade” e à “família”) que se jogam as sortes da saúde mental comunitária. À primeira vista, nas formulações mais avançadas dos últimos anos, os territórios do SUS são definidos “vivos” e “existenciais”, como se pode ler, por exemplo, no documento do Ministério da Saúde

também porque através deles fala-se das dinâmicas complexas que não precisam de uma individuação e identificação das pessoas que as viveram, mas, pelo contrário, exigem ser evisceradas nas suas diferentes implicações.

(BRASIL, 2013, p.34), sobretudo quando são usados dois importantes autores, respectivamente o geógrafo brasileiro Milton Santos (2001) e o filósofo francês Félix Guattari (1990). A noção de “território vivo” de Milton Santos considera as relações sociais e as dinâmicas de poder que configuram os territórios como lugares que assumem também uma conotação subjetiva, enquanto que, na formulação de Guattari (1990), os territórios existenciais “representam espaços e processos de circulação das subjetividades” que se configuram/reconfiguram, salientando a “agentividade” das relações estabelecidas entre pessoas e grupos. O filósofo francês, de acordo com a perspectiva delineada com Gilles Deleuze (2014), não entende, porém, o termo “existencial” como uma modalidade que pressupõe o sujeito como já constituído, tal como aparece nos documentos do Ministério da Saúde, mas, ao contrário, utiliza a expressão para pensar formas múltiplas de agregação, “vetores de subjetivação” (GUATTARI, 1990), os quais não necessariamente “passam pelo indivíduo, que na realidade se encontra em posição de “terminal” em relação aos processos que implicam grupos humanos, conjuntos socioeconômicos, máquinas informacionais etc.”¹⁵.

Por meio deste trabalho, queria, portanto, sugerir uma pista de análise da saúde mental colocando-a numa perspectiva não ontológica, que descentraliza o sujeito, multiplica-o, privilegiando a perspectiva das coisas, dos espaços e das relações no processo de construção das pessoas. Na minha opinião, esta seria a única abordagem que, de um lado, permite juntar a multiplicidade, a transformação, a complexidade das existências

15 <http://claudioulpiano.org.br.s87743.gridserver.com/wpcontent/uploads/2012/04/guattari-astres-ecologias3.pdf>

nos seus aspectos moleculares; do outro lado, consente em não cristalizar as histórias e as pessoas encontradas ao longo da pesquisa, criando pontos de fuga, para não as inscrever em outros dispositivos de assujeitamento.

1. A questão do sujeito é, por isso, importante para definir metodologicamente o que se está falando aqui: pensar “fora”, através de muitos platôs. Conseguir concretamente praticar um “corpo sem órgãos”, seguindo Deleuze e Guattari, significa deixar de lado a política do decalque, do segmento, da unidade a partir do corpo, para chegar às relações sociais, às habitações, aos territórios. Significa, assim, manter um ponto de vista nômade, que permita articular linhas de fuga, desterritorializar continuamente os processos de unificação, de fixação da realidade a partir do corpo mesmo.

Escrevem os dois filósofos (DELEUZE; GUATTARI, 2014, p. 214):

O organismo não é o corpo, o CsO, mas um estrato sobre o CsO, quer dizer um fenômeno de acumulação, de coagulação, de sedimentação que lhe impõe formas, funções, ligações, organizações dominantes e hierarquizadas, transcendências organizadas para extrair um trabalho útil.

No âmbito de uma etnografia da saúde mental, esse “ponto de vista” sobre o corpo e o organismo representa uma abertura para se pensar concretamente a multiplicidade da realidade, que começa do corpo mesmo. Um corpo que recusa a unidade com a pessoa que o habita, que não pressupõe a priori a sua unicidade em uma rígida ideia de sujeito.

Com respeito a isso, é muito útil o diálogo entre Marilyn Strathern e Donna Haraway sobre o corpo *cyborg* que representa uma modalidade concreta de quebrar o binômio corpo organismo:

O ciborgue é uma imagem condensada tanto na imaginação quanto na realidade material: esses dois centros, conjugados, estruturam qualquer possibilidade de transformação histórica. Nas tradições da ciência e da política ocidentais (a tradição do capitalismo racista, dominado pelos homens; a tradição do progresso; a tradição da apropriação da natureza como matéria para a produção da cultura; a tradição da reprodução do eu a partir dos reflexos do outro), a relação entre organismo e máquina tem sido uma guerra de fronteiras. As coisas que estão em jogo nessa guerra de fronteiras são os territórios da produção, da reprodução e da imaginação. [...] O ciborgue é uma criatura de um mundo pós gênero: ele não tem qualquer compromisso com a bissexualidade, com a simbiose pré-edípica, com o trabalho não alienado. O ciborgue não tem qualquer fascínio por uma totalidade orgânica que pudesse ser obtida por meio da apropriação última de todos os poderes das respectivas partes, as quais se combinariam, então, em uma unidade maior (HARAWAY, 1987, p. 2-3).

Isso significa que são questionadas as totalidades e as relações de dominação e hierarquia veiculadas pelos dualismos como o “eu” e os outros, o público e o privado, o corpo e a mente. Segundo Strathern, tais reflexões são importantes para imaginar como conduzir as relações sociais partindo das redes de comunicação entre pessoas que não são ligadas por uma única origem ou unidade, mas, ao contrário, são conexas enquanto entidades diferentes e externas umas às outras. Como se verá, isto é um ponto de vista interessante para analisar como as pessoas entram em relação, evitando associar

mecanicamente comunidade e origem comum/natureza, ou comunidade e bairro – por exemplo em âmbito urbano-metropolitano. Do outro lado, a noção de máquina ligada a um organismo, da mesma forma como o instrumento é uma extensão do corpo,

sugere uma conexão entre identidades baseadas no fato que cada uma realiza uma capacidade para as outras: cada uma faz o outro “trabalhar”. Assim, pode-se imaginar a relação entre uma pessoa e seus pensamentos, ou entre os pensamentos de alguém e como ele conversa com outros. [...] Haraway fala dos ciborgues como seres capazes de regeneração e não de reprodução. Uma componente é de ordem diferente da outra, e não é criada por aquilo que cria a outra¹⁶ (STRATHERN, 2004, p. 35).

Através do corpo ciborgue, que se regenera e não se reproduz, são quebrados todos os axiomas fundamentais por meio dos quais funciona a *episteme*¹⁷ “ocidental” e que estão na base dos processos de subjetivação. Tal perspectiva é mais evidente ainda nas reflexões e práticas queer¹⁸, por exemplo tal como expõe Beatriz Preciado (2011, p.16):

Os corpos da multidão queer são também as re-apropriações e os desvios dos discursos da medicina

16 «*suggests a connection between entities based on the fact that each realizes capacities for the other: each makes the other 'work'. Thus may one imagine the relationship between a person and his or her thoughts, or of one's thoughts and how one converses with others [...] Haraway talks of cyborgs as capable of regeneration but not reproduction. The one component is of different order from the other, and is not created by what creates that other*».

17 Para uma definição de *episteme*, veja-se Foucault (2006a).

18 A palavra *queer* normalmente designa um insulto para estigmatizar as práticas sexuais consideradas desviantes em relação àquelas dos heterossexuais e seu uso emerge de forma reivindicativa nos anos 90 por um conjunto de sujeitos excluídos dos debates feministas e homossexuais americanos em torno da questão da identidade. Para referências sobre teorias acadêmicas, posições do movimento e filosofias queer, veja-se Bernini (2013); Pietrangeli (2012); Di Stefano (2010); De Lauretis (1990); Bacchetta, Fantone (2015).

anatômica e da pornografia, entre outros, que construíram o corpo straight e o corpo desviante moderno. A multidão queer não tem relação com um "terceiro sexo" ou com um "além dos gêneros". Ela se faz na apropriação das disciplinas de saber/poder sobre os sexos, na rearticulação e no desvio das tecnologias sexopolíticas específicas de produção dos corpos "normais" e "desviantes". Por oposição às políticas "feministas" ou "homossexuais", a política da multidão queer não repousa sobre uma identidade natural (homem/mulher) nem sobre uma definição pelas práticas (heterossexual/homossexual), mas sobre uma multiplicidade de corpos que se levantam contra os regimes que os constroem como "normais" ou "anormais": são os drag kings, as gouines garous, as mulheres de barba, os transbichas sem paus, os deficientes ciborgues... O que está em jogo é como resistir ou como desviar das formas de subjetivação sexopolíticas.

Articulando a relação entre sexualidade, corpos e política, os corpos queer resistem à normalização através dos processos de “desterritorialização da heterossexualidade” que interessa ao espaço urbano, bem como ao corpo. Um corpo que não tem uma identidade única e específica e que é “desidentificado” constantemente, mas que pode reivindicar estrategicamente uma identidade de gênero como prática de resistência as políticas de universalização.

2. O corpo sem órgãos, o corpo ciborgue e o corpo queer são todas modalidades epistemológicas que, em forma diferente, falam em corpos, doença e subjetivação, sem pressupor a relação entre um corpo e as “suas” percepções, deslocando os limites do que

é normal ou patológico e problematizando a questão da doença como suspensão temporária das percepções do próprio corpo¹⁹.

Apesar do aparente hermetismo, tais perspectivas são essenciais para individuar o problema principal da nossa *episteme* contemporânea: os processos históricos, políticos, econômicos, sociais dos últimos quatro séculos, articulados em forma de práticas concretas, fizeram com que o corpo fosse pensado como um organismo, ou seja, um conjunto de órgãos que funcionam segundo uma norma: uma série de parâmetros otimizados de vida se impuseram como “verdadeiros” e estruturaram todo o nosso pensamento. Tal é a modalidade do discurso da biomedicina, quando analisa a doença em termos de mal funcionamento dos órgãos (FOUCAULT, 1998), ou como a postula a psiquiatria com o binômio “normalidade/patologia” (CANGUILHEM, 2007; FOUCAULT, 1997), ou ainda a tipologia de análise propostas pelos economistas, demógrafos, cientistas sociais, a partir de Gary Becker, até às análises mais inovadoras da *health transition* sobre os comportamentos otimizados que as famílias deveriam adotar para “produzir saúde” e acrescentar o capital “humano” (INGRANDE, 2011). Esta mesma modalidade de argumentos emergiu muitas vezes também nos discursos dos vários profissionais de saúde quando refletiam sobre as “famílias não estruturadas”

19 Parece-me que essas modalidades de pensar o corpo problematizam, posteriormente, a reflexão iniciada por Margareth Lock e Nancy Scheper-Hughes (1987) sobre o *mindful body* e a tripartição em *individual, social e político*. Em particular, entra em jogo a questão do sujeito na sua relação com a verdade – cfr. Infra – e a possibilidade de se pensar em formas múltiplas de corpos dentro da nossa *episteme*, elementos que as duas autoras não chegam a teorizar. Sobre a questão da incorporação e a fenomenologia cultural, veja-se também Mascia-Lees (2011). Na antropologia brasileira, sobre a relação entre corpo e sujeito, veja-se em particular, Maluf (2001).

ou sobre a população “não participativa”, tendo em mente uma tipologia específica de família e comunidade. Em nossa pesquisa entramos em contato com situações de profundo mal-estar social e sofrimento²⁰, mesmo porque os problemas de saúde mental no Brasil (analogamente ao que acontece na Itália, não obstante a lei 180 de 1978) são objetos de forte estigma. A presença dos hospitais psiquiátricos evidencia de forma dramática a dificuldade de falar em saúde mental como saúde coletiva, pois, faltando outras possibilidades, ou justamente para reduzir os percursos terapêuticos dos serviços, a internação é ainda hoje a solução mais usada. Ao mesmo tempo, na saúde básica, muitos profissionais não possuem uma capacitação em saúde mental. Não obstante as suas presenças nos NASF e nas ações de matriciamento, muitos enfermeiros, médicos e agentes de saúde pensam que só os psicólogos, as terapeutas ocupacionais e os psiquiatras podem se ocupar deste âmbito. Isso muitas vezes se traduz em simples subministração farmacológica, sobretudo ansiolíticos e antidepressivos, transformando as USF em distribuidoras de fármacos e enfraquecendo as potencialidades contidas nas ações de saúde comunitária. Ainda mais problemática é a questão da dependência química, na qual estão implicadas as clínicas privadas, muitas vezes com vocação religiosa, nas quais os sujeitos internados são disciplinados segundo os princípios do trabalho e percursos religiosos, com resultados terapêuticos mínimos e uma alta porcentagem de recaídas. Neste campo, não obstante existam muitas situações de emergência e contínuos “estados de exceção”, nos quais o mal-estar social é extremo e

20 Sobre o sofrimento social em contextos de exclusão e mal-estar, veja-se Biehl, Good, Kleinman (2013); Das et al. (2001); Kleinman, Das, Lock (1997); ; Quaranta (2006).

as relações de força estão distribuídas de formas diferentes, parece fundamental entender o que acontece nos interstícios da “normalidade” e no cotidiano das subjetividades “comuns”. Em outras palavras, o que dizer da relação entre doença mental e noção de pessoa em contextos como aqueles que conhecemos na pesquisa? Escolheu-se por privilegiar uma abordagem baseada na positividade dos processos, partindo do pressuposto que o SUS brasileiro é um dos sistemas sanitários mais avançados do mundo, sobretudo na área da saúde coletiva (SARACENO, 2014). Porém, devemos lembrar que trabalhamos em uma das mais ricas áreas do Brasil, onde o custo da vida é muito alto e onde existe uma homogeneidade maior na distribuição das riquezas. Estamos falando, pois, sobre um contexto que não é assimilável às “zonas de abandono social” descritas por João Biehl (2005). Também o hospital psiquiátrico que visitamos, o Cairbar Schutel de Araraquara, não obstante seja uma instituição total, é altamente produtor de subjetividades, apesar dos seus internos serem continuamente explorados. Neste hospital, de fato, são desenvolvidas muitas atividades, que vão da gestão de uma horta comunitária de ervas terapêuticas ao empacotamento de meias de uma fábrica local e ao trabalho realizado para uma parte de uma cadeia produtiva de uma fábrica multinacional alemã, além de outras atividades, das quais muitas são pouco ou nada remuneradas (MINELLI, 2014).

Trata-se, portanto, de um campo muito problemático que tem efeitos específicos sobre os corpos e a produção de subjetividades, e são analisados justamente para entender o que acontece em relação à saúde mental nas vidas comuns, bem como imaginar práticas

de saúde coletiva desinstitucionalizadas. Com certeza é mais evidente ver os efeitos de uma instituição total sobre os corpos dos internados do que entender como um conjunto de serviços de saúde básica e mental, descentralizados e comunitários, produzam cotidianamente sujeitos patologizados nas dobras da normalidade.

Tentou-se problematizar, assim, a positividade implícita na abordagem ativa à saúde e à cidadania. Se, neste caso, a dimensão biológica é central quando se fala em direito à saúde como direito de cidadania, a questão em jogo não é gerenciar sujeitos reduzidos à pura existência biológica, mas indivíduos inseridos nos seus ambientes domésticos, que constroem relações biológicas e sociais com os outros membros da casa e com o território circunstante²¹. São então considerados como sujeitos ativos, com capacidade autônoma de escolha e de seleção das condutas cotidianas para cuidar da própria saúde. As situações de risco social e violência são levadas em conta dentro do sistema sanitário e, em geral, são objetos de intervenção do Estado através de vários programas sociais.

Neste caso, é preciso considerar a problemática de um Estado que se importa com a saúde da população, solicitando às famílias a cuidar constantemente e cotidianamente dos corpos e dos ambientes nos quais elas vivem. A cidadania, aqui, mesmo tornando-se uma das tecnologias de subdivisão racial, de gênero e de status social (HOLSTON, 2007), é veiculada como participação ativa à vida política e social da comunidade, em vista de uma melhoria do estilo de vida individual e da qualidade da vida coletiva.

21 Sobre a relação entre sofrimento social e bio-soberania na África, veja-se Fassin (2006), Pellecchia; Zanotelli (2010, p. 102), Quaranta (2006). Em relação ao conceito de “cidadania biológica”, veja-se Petrina (2003), Rose (2007).

É esta a abordagem usada neste trabalho para mostrar os problemas de um modelo que aparentemente “funciona” e, ao mesmo tempo, com a ajuda da etnografia, para esclarecer que quando se fala em corpos, doença, subjetividade, estão envolvidos muitos elementos – além dos diagnósticos e dos fármacos, objetos, espaços, relações familiares, atravessamentos urbanos, práticas religiosas – que tornam a vida das pessoas extremamente complexas e interessantes. Elementos que são necessários para pensar no bem-estar coletivo de cada um de nós.

3. Já há algum tempo, no Brasil existe um debate em relação à necessidade de inserir a multiplicidade e a transformação dentro da relação de cuidado, sobretudo nos serviços de saúde. Neste sentido, são essenciais as reflexões de Emerson Merhy e Tullio Franco, médicos da área da saúde coletiva da Universidade Federal Fluminense que propõem utilizar a categoria operativa de “trabalho vivo” (no mesmo sentido dos “territórios vivos” sobre os quais falei antes), ou seja, um processo no qual os sujeitos desenvolvem as suas liberdades e criatividade no encontro com os usuários, realizando uma forma de acolhimento e cuidado baseada na satisfação, na autonomia e no vínculo de confiança. Merhy e Franco, sustentando-se nas reflexões de Deleuze e Guattari, apontam que a construção do mundo se dá por subjetividades desejantes, que operam em fluxos e conexões de varia intensidades, e

dão formação a novos mundos que vão se constituindo no processo. A força motriz de construção da sociedade é o

desejo²², [...] que no plano social torna os sujeitos os protagonistas por excelência de processos de mudança. Estes mesmos sujeitos operam na construção e desconstrução de mundos, (e) os territórios existenciais se modificam neste processo²³.

Segundo esta lógica, os trabalhadores podem utilizar seus desejos como potência para experimentar novos processos de trabalho, e sua criatividade e imaginação para afastarem-se dos automatismos burocráticos das políticas de saúde. Ao mesmo tempo, o trabalho é sempre relacional; portanto, o que se produz na relação entre dois ou mais sujeitos faz parte do próprio trabalho. Pode-se estabelecer, portanto, fluxos de conexões entre profissionais, usuários, pessoas e objetos que se colocam no processo de produção do cuidado:

Mudar o modo de produção do cuidado pressupõe no nosso entendimento, além da mudança do processo de trabalho, um processo de desterritorialização dos trabalhadores e usuários do SUS. Tendo por referência que os trabalhadores operam a partir de territórios existenciais, isto é, o território não é físico, mas se encontra dentro dele, organizado pela sua subjetividade, a mudança em caráter estrutural e duradoura dos processos de trabalho requer a produção de uma nova subjetividade deste trabalhador. Este processo é difícil, complexo e doloroso, pois significa fazer uma ruptura com os modos estruturados de trabalho e produção e, neste caso, o trabalhador vai se encontrar com o mundo tal como ele é, caótico, mas potente nas singularidades que se formam e

22 O desejo aqui não deve ser entendido como falta, nem como prazer e nem como fantasia, como o cristianismo anteriormente, e a psicanálise depois, têm postulado. Ao contrário, é um processo “de produção sem referência a qualquer instância externa, falta que viria torná-lo oco, prazer que viria preenchê-lo” (DELEUZE; GUATTARI, 2014, p. 209).

23 <http://www.professores.uff.br/tuliofranco/textos/reconhecimento-producao-subjetiva-cuidado.pdf>

encontram sinergia para o cuidado em saúde²⁴.

Sujeitos, loucura, processos de subjetivação

A abordagem utilizada nesta pesquisa é orientada pela reconstrução genealógica da relação entre loucura e sociedade, que se refere ao fundamental corte observado por Michel Foucault em relação ao nascimento do poder psiquiátrico e das ciências humanas (FOUCAULT, 2004, 2007). Levar em conta corpos, objetos e práticas de saúde foi, portanto, uma tentativa de abordar a questão da subjetivação sem postular um sujeito existente *a priori*.

O processo de assimilação do corpo ao organismo, que mencionei antes, é complementar ao nascimento do sujeito e passa pela relação com a loucura. Do “momento cartesiano”²⁵ até o nascimento dos manicômios, na Europa, assiste-se a um

24 <http://www.professores.uff.br/tuliofranco/textos/reconhecimento-producao-subjetiva-cuidado.pdf>

<http://www.professores.uff.br/tuliofranco/textos/gestao-trabalho-saude-mental.pdf>

25 Não posso aqui seguir a genealogia completa do sujeito que Foucault expõe em *A Hermenêutica do sujeito*, mas é preciso lembrar que não foi com a emergência do *cogito* de Descartes que se determinou a disjunção do acesso à verdade entre o sujeito de conhecimento e o sujeito que tem a necessidade espiritual de trabalhar sobre si mesmo, esperando uma transfiguração da verdade. Esta mudança, ao contrário, tem que ser colocada na teologia (Aristóteles, São Tomé, a Escolástica), que fundará uma fé com vocação universal, instituindo contemporaneamente um sujeito que conhece através da mesma fé, tendo Deus como modelo. Este movimento separou o sujeito da espiritualidade existente até aquele momento e que se expressava na *epimeleia heautou*. Portanto, o que aconteceu com Descartes no XVII século, é o fruto de séculos de fricções entre a teologia e a espiritualidade na relação entre sujeito e verdade. Depois deste corte epistemológico, alguma filosofia – a do XIX, século de Hegel, Nietzsche, etc. – e um determinado campo de saber – o marxismo e a psicanálise lacaniana – tentarão articular tal relação em termos de uma transformação do sujeito, sem todavia conseguir uma modalidade de pensá-lo teoricamente.

complexo processo de transformação da experiência da loucura, que se expressa sempre mais em termos de exclusão e castigo, ganhando uma dimensão interior que transforma o louco em uma criança e o insere dentro de um sistema de valores e de repressões: a loucura sai do campo da razão e a possibilidade de colocar em crise o pensamento que funda o sujeito²⁶ desloca-se para fora dele mesmo. No momento em que o pensamento representa a soberania de um sujeito que adquire a verdade propriamente da sua relação com o pensamento mesmo, este jamais poderá ser insensato. A razão irracional, tema típico do Renascimento, ou a loucura como forma geral da crítica, que lembra a cada um sua verdade, desaparece do horizonte do sujeito (FOUCAULT, 2006).

1. É claro, portanto, que para falar em saúde mental comunitária, sem repropor uma “cosmese” (TORRE; AMARANTE, 2001) das relações de poder implicadas também epistemologicamente na questão, é preciso considerar propriamente o movimento de

26 «No século XIX, o conflito entre o indivíduo e sua família torna-se assunto particular, e assumirá o aspecto de um problema psicológico. Durante todo o período do internamento, esse assunto esteve, no entanto, ligado à ordem pública; punha em causa uma espécie de estatuto moral universal: toda a cidade interessava-se pelo rigor da estrutura familiar. Todo aquele que feria essa estrutura passava para o mundo do desatino. E foi assim tornando-se a forma maior da sensibilidade ao desatino, que a família, um dia, poderá constituir-se no topo dos conflitos onde nascem as diversas formas da loucura. Quando a época clássica internava todos aqueles que, em virtude de uma doença venérea, da homossexualidade, da devassidão ou da prodigalidade, manifestava uma liberdade sexual que a moral dos antepassados condenava (sem com isso nem sequer sonhar com assimilá-los, de perto ou de longe, aos insanos), ela estava realizando uma estranha revolução moral: descobria um denominador comum, a insanidade, para experiências que durante muito tempo estiveram bastante afastadas umas das outras. Agrupava todo um conjunto de condutas condenadas, formando uma espécie de halo de culpabilidade em torno da loucura. A psicopatologia inutilmente tentará reencontrar essa culpabilidade confundida na doença mental, dado que ela foi posta aí exatamente por esse obscuro trabalho preparatório que se realizou no decorrer do Classicismo. Tanto isso é verdade, que nosso conhecimento científico e médico da loucura repousa implicitamente sobre a constituição anterior de uma experiência ética do desatino» (FOUCAULT 2006, p. 103-104).

exclusão da loucura, em relação a um sujeito que se constituía como centro do pensamento e fonte de acesso primário à verdade. Como escreve Foucault (2004, p. 19), o efeito principal do “momento cartesiano” foi afirmar que é o conhecimento que determina as condições pelas quais um sujeito pode acessar à um saber sobre si mesmo e sobre o mundo. Isso significa que, diferentemente da tradição grega, na qual o percurso de transformação do sujeito – através da prática da cura de si – levava finalmente ao acesso s verdade (*epimeleia heautou*), depois da emergência do “conhecimento de si mesmo”, haverá uma outra *episteme* a qual postula uma relação completamente diferente entre sujeito e verdade. Será agora importante descobrir a verdade e falar a verdade sobre si mesmo, através de toda uma série de técnicas que são criadas ao longo dos séculos XVIII e XIX, época na qual surgem os saberes que terão o “Homem” como objeto principal.

Nas palavras do genealogista frances (2004, p. 64-66, tradução minha):

Temos no poder disciplinar, uma série constituída pela função-sujeito, pela singularidade somática, pela observação perpétua, pela escritura, pelo mecanicismo da punição infinitesimal, pela projeção da psique, e, no fim, pela distinção normal-anormal. [...] No momento em que o corpo foi “subjetivado”, ou seja, quando a função-sujeito, de certa forma, se fixou nele, no momento em que foi psicologizado, normalizado, só naquele momento pode aparecer algo como o indivíduo, e foi possível falar dele, ter discursos sobre ele, tentar fundar algumas ciências que se ocupariam dele. As ciências humanas, consideradas em qualquer caso, como ciências do indivíduo, não são nada mais que o efeito dessa série de procedimentos²⁷.

27 Já Marcel Mauss (2000, p. 393), por meio do texto sobre as “técnicas corporais”, mostrou as

Portanto, o indivíduo, construído dentro da tradição jurídico-filosófica de Hobbes até a Revolução Francesa, é formado através da delimitação dos corpos, pela emergência de uma nova tecnologia de poder. Quando falamos em ciências humanas, portanto, evocamos saberes cujo papel é exatamente o de associar o indivíduo jurídico ao indivíduo disciplinar (Ibidem, p. 66):

O que nos séculos XIX e XX será chamado de Homem, outro não é que aquela espécie de imagem que permanece da oscilação entre o indivíduo jurídico, instrumento através do qual a burguesia pode reivindicar seu poder, e o indivíduo disciplinar, resultado desta mesma burguesia para constituir o indivíduo no campo das forças produtivas e políticas. Foi desta oscilação entre o indivíduo jurídico, instrumento ideológico de reivindicação de poder, e o indivíduo disciplinar, instrumento real do seu exercício físico, [...] que nasceram a ilusão e a realidade que nós chamamos de Homem.

Não podemos portanto esquecer que as condições de possibilidade para a emergência do *homo psychologicus* e para a definição da loucura como “doença mental” têm que ser

diferentes modalidades através das quais as culturas plasmam nossos corpos de forma não perceptível: “Cada coisa é condicionada em nós. Eu estou aqui entre vocês na qualidade de comunicador: pode-se ver isso pelo fato que estou sentado e pela minha voz, e vocês me escutam sentados e em silêncio. Temos um conjunto de posturas permitidas ou não, naturais ou não. Assim, atribuiremos valores diferentes ao olhar fixamente: símbolo de educação na vida militar, de mal educação na vida cotidiana”. Pierre Bourdieu (2003 [1972]), aprofundou a relação historicamente determinada entre o *campo* e o *habitus*, que está no centro da definição dos contextos sociais. O campo é formado pelas modalidades nas quais determinados agentes se enfrentam com “posições” específicas, enquanto o *habitus* é o conjunto de disposições incorporadas pelos agentes, estruturadas pelo contexto social e, ao mesmo tempo, capazes de estruturar novas práticas sociais.

colocadas dentro deste longo processo de mudança começado a partir do século XIX e continuado até hoje com diferentes ajustes.

2. O problema fundamental para uma tese que interroga sobre a possibilidade da construção de uma saúde comunitária, está exatamente nesse complexo processo de emergência do sujeito e que, paralelamente, determinou a possibilidade para a loucura ser excluída da linguagem, do pensamento e da sociedade ao longo dos últimos três séculos. É o sujeito, portanto, o ponto de partida para conferir nova inteligibilidade a loucura, desarticulando-a da associação com a doença mental e com os procedimentos de normalização. O trabalho de escritura desta tese tentou, então, propor uma reflexão sobre a importância da materialidade (dos espaços, dos objetos e das relações) e da multiplicidade na construção do sujeito em relação à saúde e à doença, para tentar escapar de uma abordagem psi ou fenomenológico/humanística (CARDOSO, 2002). Por tal razão, buscamos, ao observar os objetos, os espaços, as relações, recuperar a possibilidade de pensar a pluralidade e a diferença sem necessidade de juntá-las ou harmonizá-las. Dissolução do sujeito: já Lévi-Strauss (2010, p. 269) tinha declarado este projeto: “Porém, [...] não devemos esquecer que o verbo “dissolver” não implica absolutamente (ao contrário exclui) a destruição das partes constitutivas do corpo submetido à ação de um outro corpo”.

Isso significa tirar o sujeito da centralidade do discurso das ciências humanas. Como esclarece Judith Butler, o método genealógico sugere interpretar o termo “sujeito” como

uma categoria linguística, como estrutura em devir. Portanto, o indivíduo pode ocupar a posição de sujeito, só porque em precedência foi fundado na linguagem. O sujeito seria enfim, “a possibilidade linguística que o indivíduo tem para adquirir e reiterar inteligibilidade, a condição linguística para sua existência e seu agir” (BUTLER, 2013, p. 50).

Segundo a filósofa feminista, portanto, o processo de assujeitamento/subjetivação analisado por Foucault é explicitamente ligado à questão do poder, que se manifesta em duas modalidades: como algo que antecipa o sujeito e que tem uma existência independentemente deste como

voluntariedade do sujeito. [...]. Enquanto ato voluntário do sujeito, o assujeitamento é uma forma de sujeição do sujeito em si mesmo; ao mesmo tempo se o efeito do assujeitamento é o sujeito mesmo, o qual representa a própria condição para agir, então o assujeitamento é a modalidade com a qual o sujeito torna-se tutor da própria resistência, bem como da própria oposição (Ibidem, p. 53).

Neste sentido, o sujeito emerge ao mesmo tempo como “consequência do poder e como condição de possibilidade para um agir radicalmente condicionado²⁸” (Ibidem)

28 Nota-se aqui a analogia desta formulação com a de Eduardo Viveiros de Castro quando discute o Perspectivismo Ameríndio: «Todo ser a que se atribui um ponto de vista será então sujeito, espírito; ou melhor, ali onde estiver o ponto de vista, também estará a posição de sujeito. Enquanto nossa cosmologia construcionista pode ser resumida na fórmula saussureana: “o ponto de vista cria o objeto” — o sujeito sendo a condição originária fixa de onde emana o ponto de vista —, o perspectivismo ameríndio procede segundo o princípio de que o ponto de vista cria o sujeito; será sujeito quem se encontrar ativado ou ‘agenciado’ pelo ponto de vista» (CASTRO, 2004, p. 373). Sobre este assunto, veja-se também Peggion (2011). Não posso aqui desenvolver algumas reflexões sobre a importância dos estudos da etnologia indígena brasileira em relação a algumas temáticas contidas no presente trabalho, sobretudo sobre a necessidade de eliminar o sujeito, as quais, portanto, serão aprofundadas

Tal argumentação restitui uma dimensão efetiva às relações de poder e às práticas e é importante para entender o que acontece na relação entre objetos, instrumentos, espaços e sujeitos em termos de saúde e doença, interrogando os espaços e os objetos nas suas dimensões de “sujeitos”. Não se trata, portanto, de ver os efeitos das mudanças sociais, econômicas e políticas dentro de um sujeito existente, nem, ao contrário, de transformar o social e a sociedade em “cascas vazias, com um valor analítico escasso, se não nulo” (PIZZA; JOHANNESSEN, 2012, p. 117), mas de entender como o sujeito se constitui na interseção de uma série de efeitos ambivalentes de poder (WARNIER, 2004, p. 218-219)²⁹. Como aponta Butler (2013, p. 58): “A tentativa de denunciar a existência efetiva de abusos do poder, e não ao contrário a criação ou a fantasia do sujeito, leva frequentemente a colocar o poder totalmente fora do sujeito, como se fosse algo imposto à sua vontade”.

Essas considerações são centrais para problematizar o estatuto das ciências humanas, médicas e psicológicas: é preciso explicitar continuamente os processos de subjetivação para esclarecer o que se entende por saúde mental comunitária e como ela se constrói, sem postular um sujeito existente a priori, mas colocando-o dentro desses mesmos processos. Através dessas questões se explica a abordagem metodológica escolhida no presente trabalho.

posteriormente.

29 Para uma problematização de “sociedade” e “social”, veja-se Latour (2005).

Os argumentos

A tese é composta basicamente de três partes: o primeiro capítulo articula as escolhas teórico-metodológicas com as situações concretas da pesquisa, mostrando a inter-relação constante entre os temas tratados e o trabalho cotidiano da equipe de antropólogos(as), procurando explicitar a necessidade de uma abordagem multidisciplinar para a saúde mental comunitária. Em particular, explico vários detalhes não tematizados durante o campo, um material “bruto”, a parte, digamos, “informal” da etnografia, que envolveu o cotidiano, as minhas experiências e as da equipe. “Procurar casa”, “alugar casa”, atravessar territórios complexos nas operações de rotina e muito mais; tudo isso permitiu entender em profundidade os contextos nos quais transitei e necessitava ser explicitado para delinear melhor algumas escolhas metodológicas, mas também para problematizar o “campo” através da constante interpenetração entre o nível pessoal e o nível etnográfico.

A segunda parte, formada pelos capítulos segundo e terceiro, oferece uma argumentação sobre a articulação entre saúde da família e saúde mental com o suporte da etnografia. Abordo, em particular, a problemática das políticas de saúde primária em relação a como são usadas noções complexas como “família”, “comunidade” e “território”, através da observação no campo conduzida na área de abrangência da Unidade de Saúde da Família Astolpho. De fato, emerge constantemente a tendência dos profissionais de saúde de cristalizar a complexidade dos territórios; por um lado, incorporando as diretrizes nacionais do cuidado na atenção primária, com efeitos evidentes nas vidas dos

usuários, bem como dos agentes de saúde. Por outro lado, durante as ações de cuidado, frequentemente os profissionais usam oposições binárias ou categorias de interpretação muito genéricas, tais como: a “estruturação”-“desestruturação” das famílias, a associação entre bem-estar econômico e dificuldade de entender os objetivos da Estratégia de Saúde da Família, a relação entre áreas de risco sócio-sanitário e pobreza. Discute-se, então, o cruzamento entre as ações dos profissionais e a recepção das políticas de saúde mental comunitária com a mobilidade e a transformação que caracteriza os territórios percorridos.

Paralelamente, no capítulo terceiro, são ressaltadas as mudanças urbanas ocorridas na cidade de São Carlos nos últimos quarenta anos, fundamentais para entender a dificuldade de se fazer saúde comunitária numa cidade que se transforma continuamente e é caracterizada por uma elevada instabilidade política. Isso provoca um curto circuito entre as propostas de descentralização e desinstitucionalização das políticas nacionais e das práticas cotidianas da rede dos serviços, deixando emergir o processo de democratização da saúde mental em toda a sua complexidade e contradições. É o que aparece em bairros recém construídos, como o Astolpho, bem como em bairros “pobres”, como o Gonzaga, profundamente plasmado pelas mudanças urbanas e ainda hoje centro de um campo de forças no qual se afrontam múltiplos interesses, ligados a diferentes visões do habitar, da cidade, da saúde e da participação comunitária.

No capítulo quarto, descreve-se algumas situações etnográficas concretas, nas quais entrei em contato com diversas tipologias de “famílias”, com vários modos de habitar,

de viver a casa e a rua, com seus espaços e enfeites, diferentes formas de relacionalidades mediadas pelo parentesco; cada uma das pessoas encontradas enfrenta processos específicos de saúde e doença que se desenvolvem de forma evidente dentro da estrita relação entre as famílias, os espaços, os objetos e os territórios bem como na materialidade do cotidiano. Descrições desse tipo são necessárias para deixar emergir os platôs implicados quando se fala em saúde e doença e para abrir possibilidades de se pensar em práticas de saúde próximas às experiências das pessoas.

No capítulo final, são apresentadas algumas reflexões de tipo metodológico-prático sobre a possibilidade de construir uma saúde mental comunitária em territórios desterritorializados, com o auspício de continuá-las em outro projeto de pesquisa para aprofundar concretamente as suas dimensões éticas e políticas.

4.

Etnografias do habitar:

Pessoas, espaços, objetos e relações

Retomando as questões de método discutidas na introdução e no capítulo 1, nesta parte mostrarei, com a contribuição da etnografia, os diferentes platôs envolvidos na relação entre os sujeitos e a saúde mental, em situações corriqueiras de vida.

Como veremos, as histórias das pessoas encontradas estão inseridas em dinâmicas de subjetivação que envolvem de vários modos a doença, as relações familiares, os serviços de saúde, o gênero, o trabalho e as condições econômicas, a casa, a rua. Tentou-se articular, então, a complexidade do processo de saúde/doença, descentrando o olhar sobre o sujeito, ou seja, apresentando uma perspectiva mais ampla, para evidenciar a pluralidade de elementos materiais envolvidos no cotidiano das pessoas.

4.1

O fundo do quintal

Entre todos os espaços da casa de Rosane, o fundo do quintal é o mais denso de relações, lembranças, acontecimentos, mudanças da sua família. É um ambiente frugal, o qual é acessado através do quintal, ao lado direito de um muro vermelho, que forma o espaço da lavanderia junto com um lavatório. Entrando, há uma sala com piso de cimento construída só para um lavabo erguido na parede direita, enquanto dois passarinhos cantam dentro de duas gaiolas penduradas no alto, na frente de quem chega. No lado esquerdo da sala, abre-se um espaço formado para outros dois cômodos, ambos sem janelas: um quarto individual e um banheiro, fechando uma parte do corredor externo que contorna toda a casa.

Este espaço conta muitas histórias: os projetos de vida da família de Rosane e a construção da casa; a dependência química do filho Geander, o sofrimento do marido depois do transplante de rim. Para cada uma dessas dinâmicas, o “fundo” carrega traços visíveis e invisíveis, constituindo-se como espaço multifuncional (abrigo, núcleo agregativo, habitação, lugar problemático) no qual as pessoas se encontram com as coisas e os acontecimentos das suas vidas cotidianas.

4.1.1 Nós morávamos no Paraná, não somos daqui

Rosane foi morar em São Carlos há mais de vinte anos. Teve que enfrentar uma cirurgia para tirar o útero e escolheu mudar para a nova cidade por causa das melhores condições do sistema de saúde e das maiores possibilidades de trabalho. A escolha, porém, não foi casual: os pais foram morar em São Carlos já fazia alguns anos; portanto, ela pode aproveitar de um suporte parental, além dos serviços de saúde específicos para o seu problema. Depois da sua mudança definitiva para o interior do estado de São Paulo, suas irmãs decidiram também mudar para a mesma cidade, aceitando o desejo de Rosane de não ficar sozinha no novo contexto. A história e a configuração desta família bem evidenciam a condição do Brasil dos últimos trinta anos: um país que atravessou e ainda hoje atravessa uma grande mobilidade interestadual, sobretudo por causa das mudanças econômicas e sociais que modificaram a configuração urbana de algumas áreas como o Paraná ou o interior do Estado de São Paulo, os territórios nos quais Rosane transitou (TEIXEIRA; BRAGA DA COSTA; BAENINGER, 2012).

Além do deslocamento no país, a família de Rosane percorreu vários movimentos espaciais na mesma cidade de São Carlos, seguindo ou acompanhando a rede parental que já estava lá antes da sua vinda. Quando chegou na cidade, a mulher foi morar, junto com o marido e o filho, na casa do cunhado: uma solução temporária, pois, mesmo sendo hóspedes e não pagando aluguel, a construção era muito instável e o forro estava quebrado, entrando água nos dias de chuva. Era uma situação bastante desconfortável considerando que o filho era ainda pequeno. Portanto, mudaram para o bairro Itamarati,

onde viviam outros parentes. Começaram, assim, a compartilhar, junto com um irmão, a cunhada e a sobrinha, o espaço que depois se tornará o atual fundo da sua casa, e que, naquela época, era de propriedade da cunhada. Quando ela se separou do irmão de Rosane, Rosane começou a construir a própria habitação na frente do terreno. Vinte anos atrás, o Itamarati era um dos bairros mais barato de São Carlos, e parecia bastante adequado com o projeto familiar de construir uma casa própria. Como foi mostrado no capítulo anterior, a cidade estava atravessando profundas mudanças econômicas e sociais. A especulação imobiliária era forte e muitos bairros nasceram através do loteamento privado e sem controle de inteiras áreas da cidade (ROSA, 2012).

A construção da casa de Rosane, naquela época, era pensada para permitir continuidade, estabilidade e futuro à família. A estrutura precária no fundo do terreno não dava muita possibilidade de reforma; portanto, a própria casa foi planejada para ser reformada ao longo do tempo, e para que um dia fosse possível construir também “em cima”, adicionando um outro andar com a formação de outros núcleos familiares. A casa, construída inteiramente pelo marido com a ajuda dos parentes, foi pensada com uma disposição específica, seguindo a direção de trás para frente, da parte mais íntima até a mais “pública”, até chegar ao limite com a rua, hoje constituído por um muro externo e um portão cinza, elétrico e alto, que não deixa ver nada da parte interna da casa, como a maioria das habitações do Itamarati e dos bairros próximos. Dentro, passando por um espaço usado como garagem para o carro e a moto, uma das paixões do filho, a casa, circundada para um corredor externo, tem duas entradas: uma anterior, na parte da sala de visitas, e outra no lado direito que dá para a cozinha. A cozinha, pequena e branca, é

composta por um fogão, uma despensa com micro-ondas e uma mesa quadrada, encostada no muro. Sentando-se ao lado do muro, pode-se entrever na frente uma abertura sem porta, a sala de visitas, reconhecível pela presença de um sofá marrom que só consegui ver de longe, pois Rosane me deixou entrar pelo lado da cozinha, provavelmente não me considerando uma visita formal. Entre a cozinha e a sala, tem um pequeno banheiro composto só por uma pia e um sanitário, mais uma cadeira com uma bolsa cheia de revistas, colocada em cima. Pendurados no muro, sem reboco nem decorações, estão dois grandes chapéus de cowboy de cor marrom escuro e uma bolsa de couro, elementos bastante inusitados para as paredes de um banheiro, mas que evidentemente fazem parte da vida cotidiana do marido e do filho.

Atrás da cozinha, abre-se o quarto de Rosane, também sem porta, com uma cama à francesa à direita da entrada; ao lado, um pequeno móvel preto para o computador, e à esquerda da cama um grande armário com espelho, sobre o qual estão algumas caixas com as fotos de família; no mesmo lado, entreve-se também uma pequena TV colocada no alto para otimizar os espaços. Fora da casa, à direita, tem um corredor decorado com azulejos, com uma rede branca e um pequeno barco que toda a família usa para pescar no rio próximo à habitação, o Córrego Ponte de Tábua, afluente do Rio Monjolinho, que delimita o fim do bairro.

A casa de Rosane não é uma entidade isolada, mas faz parte de uma rede de unidades domésticas na qual é possível vivê-la e pensá-la em relação a outras casas e famílias que participaram da sua construção (MARCELIN, 1999, p. 36-37).

Esta ligação entre casas e famílias é evidente acompanhando os percursos de Rosane e dos familiares nas habitações dos parentes. Através das visitas, os laços de parentesco mostram uma peculiar disposição espacial: quando o grupo doméstico se deslocou para a casa principal, o fundo foi alugado para um sobrinho do Mato Grosso por um longo período de tempo; depois, foi habitado por Geander, o filho de Rosane que, uma vez crescido, saiu do núcleo familiar dos pais – segundo uma dinâmica comum em muitas famílias, não só brasileiras (FONSECA, 2005; GRILLI; ZANOTELLI, 2010).

Paralelamente à casa de Rosane, foram construídas também as casas das duas irmãs e, logo depois, a da sobrinha, que vivia com ela no fundo. As casas são muito próximas uma da outra: a sobrinha vive ao lado da tia, no terreno que originariamente era da mãe de Rosane. Subindo a rua, à direita, na esquina com a rua principal (na mesma calçada da unidade de saúde), tem uma loja de salgados, de propriedade de uma das irmãs de Rosane, que está instalada num pequeno ambiente da mesma casa: através de um toldo amarelo atrás do balcão tem-se o acesso à própria habitação. Continuando à direita, o segundo portão é da casa da outra irmã, que visitamos depois da entrevista. A casa é muito grande, com um espaço lateral comprido e estreito, onde, ao lado de uma bela churrasqueira de tijolos vermelhos, é guardado um pequeno barco, e, pendurados num fio, alguns tapetes artesanais feitos pela irmã, prontos para serem vendidos. Do lado esquerdo, abre-se uma sala de almoço com azulejos, com uma mesa de madeira antiga e uma despensa cheia de enfeites e fotos, entre as quais me mostraram a foto do casamento dos pais. Aquele dia chegamos no horário de almoço: a irmã de Rosane e o cunhado estavam comendo. O homem, em pé tomando com gosto um copo de vinho

tinto, estava com o peito nu, jeans adornado por um cinto de couro, e na cabeça um chapéu de cowboy marrom escuro, parecido com aqueles que tinha visto antes no banheiro de Rosane. A outra irmã, que estava almoçando com eles quando chegamos, saiu correndo com o prato na mão para atender um homem que tinha chegado na loja de salgados e a estava esperando para ser atendido no balcão.

1. A família de Rosane é uma das quais pode-se perceber a densa e repetitiva trama de relações que estruturam cada atividade de trabalho, os momentos comuns de lazer, as situações de ajuda mútua em caso de dificuldade. Pode-se afirmar, de acordo com Marcelin (1999), que os sujeitos dos quais estamos falando não se pensam e não pensam a vida doméstica senão no contexto das redes de relações nas quais interagem continuamente. Tratam-se de redes domésticas que se constroem através de ações cotidianas, em torno de referências espaciais e materiais, individuando cada casa numa “configuração de casas” global³⁰.

As descrições de Rosane e as fotos que me mostra naquele momento – e que continua me mandando pelas redes sociais ao longo do tempo – são explicativas dos processos relacionais ativos entre esses sujeitos: a imagem da mulher em estilo country numa fazenda do Paraná; aquela onde ela brinca com o filho e os sobrinhos no meio do mato,

30 «A configuração [...] se dá em um “território” histórico e socialmente construído. Ela não leva em conta as divisões administrativas oficiais – condados, municípios, regiões – nem divisões (ou oposições) sociológicas clássicas do espaço (bairro rural, cidades pequenas, cidades grandes, oposição cidade e campo etc.). A configuração de casas não se refere a um conjunto imediatamente localizável. Ela não corresponde ao conceito de “família extensa”. Trata-se de uma conceitualização, por meio da categoria cultural “casa” de processos relacionais entre agentes familiares originários de várias casas» (MARCELIN, 1999, p. 37)

na frente da casa em construção; a foto que reproduz os momentos de lazer com as irmãs e a mãe no rio atrás da casa, enquanto os homens estão pescando; aquela na qual Rosane está deitada na rede com um chapéu de cowboy branco colocado nas pernas. As representações de Rosane na família retratam e tornam visíveis os laços biográficos e experienciais que, partindo da “consanguinidade” vivenciada no estado do Paraná num contexto rural, foram rearticulados depois, através da mudança e da maturação de projetos de vida num outro estado e em outro contexto, urbanizado há pouco tempo. A circulação e o uso dos chapéus de cowboy por parte dos membros da família (Rosane, o filho, o marido, o cunhado, os parentes próximos), em todas as casas da configuração, conecta a experiência de vida do ramo parental da mulher com o do marido. Uma experiência rural comum distinguiu a infância de Rosane e dos irmãos vivida no sítio do avô e do pai, o trabalho do marido (bem como o trabalho conjunto como casal) numa fazenda, a infância dos filhos de Rosane e das irmãs criados entre a fazenda no Paraná e o contexto semi-rural de São Carlos de vinte anos atrás, a mudança dos parentes do marido para o Mato Grosso e as suas atividades como fazendeiros. Tal experiência aponta o que vários estudos socioculturais (DE PAULA S. G. 1998) mostram em relação à várias áreas do Brasil, quando falam de uma cultura propriamente country, caracterizada por uma sociabilidade específica construída por meio dos rodeios, da moda e da música sertaneja, bem como aquela incorporada através de hábitos corporais específicos, prescrições de gosto e temas de conversação, todos ligados ao mundo rural.

Na configuração das casas emerge um modo específico de “ser em relação” (CARSTEN J. 2000) entre as famílias, cruzando a consanguinidade, a cultura material própria da

fazenda e a experiência de vizinhança num bairro de classe média à configuração urbana e semi-industrial adquirida nos últimos dois decênios de transformações. Das grandes mudanças recentes, Rosane e os parentes têm uma experiência compartilhada; a mudança para São Carlos, de fato, deslocou toda a família de Rosane – pais e irmãos com as próprias famílias. O ramo da família do marido, ao contrário, se espalhou no estado de Mato Grosso, mais ou menos no mesmo período, quando as crianças eram pequenas, provocando uma mudança na descendência: «Agora têm os sobrinhos de lá que são todos mato-grossenses, mas minha família é toda do Paraná». A outra linha parental provavelmente formará famílias são-carlenses, depois da mudança para o estado de São Paulo.

No início, o deslocamento definitivo para o bairro Itamarati com configuração semi-rural, não levou a nenhuma melhoria nas condições de vida dessas famílias, que tiveram que sobreviver por anos num território que não tinha nenhum serviço básico.

Como lembra Rosane:

Não tinha asfalto. Quando eu mudei aqui não tinha nada, era puro mato. Não tinha água encanada. A gente mora aqui há 20 anos. O bairro mudou muito, não tinha nada! [...] Quando eu mudei não tinha rede de esgoto e fiz uma fossa, depois de um ano chegou. Fui a segunda moradora do bairro e não tinha nada! A gente construiu a edícula e não tinha nem água, a gente buscava de carriola, lá em baixo (informação verbal)³¹.

31 Entrevista n. 87.

Essas famílias, como outras migrantes para o estado de São Paulo naquela época, tiveram que enfrentar condições de vida extremas; a falta de regulamentação clara e planejada do acesso aos terrenos públicos e privados determinou, no começo da mudança, uma situação muito parecida com a das famílias do bairro Gonzaga (ROSA, 2009, 2012). Uma rede de famílias inteira, já unidas por laços parentais, teve que experimentar então a sobrevivência devida a ausência de água e esgoto, enquanto elas construía as próprias casas.

Neste caso, portanto, pescar junto no rio atrás da casa é uma ação que conecta os sujeitos dentro das configurações de casas, de forma específica. Os barcos que vimos na casa de Rosane e da irmã – ambos colocados no espaço anterior da habitação – são alguns dos suportes materiais existentes entre as famílias, que apontam também uma memória compartilhada do bairro, uma percepção comum dos limites, uma cosmovisão familiar com características específicas em relação a outras famílias do mesmo bairro ou dos outros bairros limítrofes.

A experiência de doença e sofrimento, vividas por Rosane e os familiares ao longo dos anos, assume características específicas justamente porque se colocam dentro dessas redes de conexões visíveis e invisíveis. Analisar as relações entre as famílias através das configurações de casas seria útil para se pensar novos modos de se enfrentar os problemas de saúde mental. Poder-se-iam construir projetos que visam trabalhar com a reciprocidade e os recursos das pessoas dentro das redes, evitando dois riscos reducionistas: de um lado, o cuidado da e na família e, do outro, a saúde comunitária, considerados no sentido abstrato e geral do qual se falou no capítulo 2.

4.1.2 Geander, o fundo e a fazenda

Conheci Rosane na sala das reuniões da USF Astolpho, um dia no qual estava pesquisando as fichas de cadastro das famílias aferentes à unidade. Rosane é uma mulher bem magrinha e pequena, sempre em movimento dentro do serviço, no qual trabalha como faxineira. Naquele dia, aproveitando o período de pausa, entrou na sala e se sentou para conversar comigo. Falou-me que o marido era um “transplantado” e me convidou para ir na sua casa para encontrá-lo, achando que isto poderia ser útil para minha pesquisa. Porém, como ficou sabendo que eu estava interessada na história do bairro, falou-me que queria também me mostrar algumas fotos da família, quando estava construindo a casa, para ver as mudanças dos últimos vinte anos no Itamarati.

O dia em que cheguei na sua casa, por causa de um contratempo, o marido de Rosane estava ausente. Almoçamos, portanto, sozinhas, sentadas na mesa quadrada da sua cozinha branca, comendo arroz, feijão com bacon e farofa. Enquanto conversávamos para nos conhecermos melhor, ela começou a me falar da dependência química do filho. A situação ficou muito delicada, Rosane começou a chorar e logo a conversação-entrevista tornou-se uma ocasião de escuta e suporte entre duas mulheres. Geander, o único filho de 27 anos, foi embora de casa porque não aguentava mais a vida de dependente químico. Até aquele momento, tinha morado no quarto do fundo do quintal. Um quarto, que, quando fui visita-lo com Rosane, estava ainda arrumado do mesmo jeito de como Geander tinha deixado: uma cama que parecia apenas arrumada, um armário bastante antigo de cor marrom claro e um móvel com TV. Mesmo estando

vazio há quatro meses, Rosane não quis alugar o quarto do fundo, achando que o filho voltaria.

A notícia da dependência química chegou de repente. Rosane jamais tinha percebido o problema até o dia em que o próprio filho teve a coragem de envolvê-la na situação, contando da sua dificuldade em parar.

Pedi ajuda para o CAPS AD, mas ele não queria ir e eu não pude fazer nada pois não poderia levar ele lá à força. Ele é adulto, né? Não é mais uma criança e não quis ir, por isso teria que respeitar sua escolha. A doutora e as meninas [as agentes da USF] me ajudaram muito, mas ela prescreveu um remédio muito forte, que deixava ele só dormir e deitar na cama. Estava muito preocupada, seja quando saía, que quando estava em casa, pois era muito devagar. Espero que agora esteja bem, porque não manda muitas notícias, mas ele quis fazer esta escolha e eu não pude fazer nada. Ele tinha até uma namorada, se casou e tem um menino, mas o menino foi morar na casa da mãe depois da separação e ele ficou sozinho. Nem eu vejo meu neto, pois mora longe e a mãe é muito complicada (informação verbal não gravada).

Não quis perguntar que tipo de substâncias ele usava nem que tipo de sofrimento Geander tinha, não obstante era bastante claro que a separação e a distância da esposa e do filho eram elementos desestabilizadores. Rosane explicou que, depois da tentativa de tratamento no CAPS AD, Geander escolheu ir para o Mato Grosso para trabalhar na fazenda dos parentes do pai. Segundo ele era o único modo para se recuperar.

“Sempre gostou de gado, foi criado na fazenda, ele não gosta da cidade. A gente morava no Paraná, não somos daqui. Ele não quer ficar na cidade, quer ficar no meio do mato mexendo com gado, ele sempre fez. Ele só gosta de gado” (informação verbal)³².

Rosane acha que o elemento fundamental do sofrimento do filho seja o *imprinting* tão forte da vida rural, fazendo com que ele não conseguisse se acostumar à vida da cidade, não obstante tivesse um trabalho e, frequentemente, ajudasse o pai como pedreiro. De fato, em todas as fotos que Rosane mostrou para mim, antigas e recentes, ele sempre está vestido em estilo cowboy, ao lado do gado, montando cavalos ou em rodeios. A sua escolha de ir para o Mato Grosso, portanto, tem um significado peculiar, pois, na minha opinião, representaria a reapropriação do mundo no qual sempre viveu desde criança, reconectando-se com os parentes do pai e, ao mesmo tempo, poderia representar uma forma de percurso terapêutico alternativo ao tratamento nos serviços.

Não sabemos muito do cuidado feito pela USF a Geander. De acordo com o testemunho de Rosane, somente houve o reconhecimento da dependência química e o encaminhamento para o CAPS AD, que lhe forneceu um fármaco paliativo que só teve o efeito limitado de inibir as suas funções biológicas.

Geander, portanto, investiu nas redes parentais, escolhendo recuperar-se da dependência através de um percurso não institucionalizado de trabalho com o gado, junto aos parentes do pai. De um lado, a sua história deixou emergir uma incapacidade da USF de entender as exigências específicas de Geander no interior da sua rede de relações, fornecendo uma resposta de protocolo que, posteriormente, pareceu inadequada. As

32 Entrevista n. 87.

redes parentais extensas tiveram, ao contrário, um papel muito importante em relação à dependência e ao bem-estar da família: Rosane estava preocupada mais pela distância que não lhe deixava saber como o filho estava morando, do que pela própria escolha que ele havia feito, pois viver com os parentes, fazendo o que ele sempre quis fazer, pareceu melhor do que a internação numa clínica de reabilitação. Tal escolha, ao final, parece ter sido eficaz, pelo menos para cessar o uso das possíveis drogas que Geander estaria usando, pois, em novembro do 2014, ele voltou a morar com os pais, no quarto do fundo que o estava esperando.

4.1.3 O rim e a rede

Enquanto Rosane mostrava para mim os quartos da edícula, lembrava o valor afetivo que esta parte da casa tinha para ela, como primeiro ambiente construído e habitado: “Quando meu marido perdeu o rim, eu morava aqui na edícula. Ele passava dias inteiros nessa rede, quando ele perdeu o rim”.

Mostra-me, então, uma foto que retrata Josemar, o marido, deitado numa rede, na frente da entrada para o fundo da casa. Na época, o marido havia “perdido o rim” há dois anos, e aquela rede era seu lugar preferido durante o período da convalescença, sobretudo porque, enquanto usava o cateter, não podia fazer muita coisa.

A rede, vinte anos depois, está colocada no corredor lateral da casa, ao lado do barco com o qual Josemar vai pescar no rio; é evidente que tais objetos contam muito do cotidiano do marido de Rosane, desde a fase pós-operatória até agora: a rede foi

deslocada, junto com a família, para começar um outro modo de vida numa nova casa, em uma situação diferente. A rede, o barco e o tupperware cheio de remédios, que é colocado sobre a despensa da cozinha, marcam a transformação do seu corpo para um estado diferente. Um estado onde a ação dos remédios integra as funções “normais” do corpo, segundo um estilo de vida completamente novo para Josemar, com uma alimentação específica e tempos físicos que não entram nos padrões da produção capitalista: a rede, que o acolheu no começo do período da inatividade compulsória, dos dias sem trabalho e das dores físicas, hoje o hospeda nos momentos de repouso. Ao mesmo tempo, o barco acompanha o homem nos momentos de sociabilidade, fortalecendo os laços parentais e o contato com a natureza, elementos que o colocam em relação com os outros sujeitos que compõem a configuração de casas na qual ele vive.

Mais ainda, os remédios colocados no tupperware na cozinha, dá a ideia das suas transformações de estado: a caixinha de plástico usada por Rosane para guardar os alimentos sem provocar alterações, ou para dividi-los de forma ordenada, ou ainda para guardar os restos de uma comida, é agora usado sem tampa para guardar todos os remédios do marido. Os fármacos, introduzidos no cotidiano da família, agora estão em cima da despensa: assumidos com a mesma regularidade de uma comida ocupam um espaço de proximidade em relação a outros alimentos, sem serem, porém, confundidos com as coisas de comer e de cozinhar.

O novo estado psicofísico de Josemar levou à uma mudança geral da organização familiar, e também da vida de Rosane. Na sua fala, as expressões *transplantado* e *perdeu o rim* evocam uma não completa incorporação do novo estado de Josemar, ou

seja, a possibilidade de viver com dignidade, não obstante uma presumida “anormalidade” do corpo. É como se a norma evocada para falar da saúde, a impedisse de valorizar experiências psicofísicas diferentes dos padrões clínicos. Sabemos que, usando o indicador DALY, apontado na reconstrução das políticas de saúde pública³³, a vida deste homem seria calculada considerando os dias passados como incapacitado, portanto, sem produzir, deixando de analisar a forma pela qual ele vive uma nova condição corpórea e relacional. Rosane, de fato, continua a considerar o transplante uma mera perda, algo que faltou, mesmo tendo o marido um novo rim, doado pelo irmão. A perda de que fala Rosane, não é, então, um órgão, mas um modo de vida geral e um certo tipo de relações, que a família inteira teve que modificar depois do transplante.

A partir do momento que ele fez transplante, ele tem regra de alimentação, bebida de álcool não pode, coisas que prejudicam o rim, tipo pimenta, salgado, não pode. A gente segue a regra de alimentação, mas teve outros problemas, deu ácido úrico, tiroide. A vida mudou totalmente, ele gostava de tomar cerveja, ficar até tarde com os amigos jogando sinuca... ele ficou chateado no começo, não se conformava a isso. Agora não, já se acostumou ao ritmo da vida dele. E vi também quem é amigo e quem não, bar e bebida não tem amigos. Quem fala pra você beber, não quer teu bem (informação verbal)³⁴.

Por um lado, a condição de “transplantado” fez com que Josemar modificasse os hábitos de vida que futuramente poderiam se tornar danosos para seu corpo e socialmente

33 Veja-se a Introdução deste trabalho, pp. 11 e seg.

34 Entrevista n. 87.

perigosos, como o consumo de álcool e amigos poucos recomendáveis. Por outro lado, ele virou dependente do tratamento e não pode trabalhar mais como sempre.

Isso influenciou notavelmente as escolhas de mobilidade e de trabalho do casal. Josemar foi operado em São Paulo e passou a ter um vínculo com essa cidade para qualquer necessidade em relação ao seu problema de saúde. Pode fazer alguns exames de rotina no Astolpho, mas deve periodicamente entregá-los em São Paulo para monitorar seu novo rim.

Rosane, portanto, não pode parar de trabalhar, pois têm épocas do ano nas quais o marido tem que parar sua atividade de pedreiro e ela é a única que pode manter uma base econômica de forma contínua para a família. Ela sempre trabalhou como faxineira na fazenda; agora é contratada de forma terceirizada para uma firma de limpeza que trabalha nos serviços de saúde. A instabilidade do trabalho mudou muito as relações de gênero dentro da família, invertendo progressivamente os papéis de “mulher dona de casa” e “homem provedor” (SARTI, 2012, entre outros). O impacto da doença sobre o trabalho do casal não levou à uma reorganização mecânica de gênero associado à mulher: Rosane continua cuidando da casa e dos outros familiares, além de trazer um salário fixo para a família. Com certeza, o fato de viver o cotidiano dentro dos laços parentais redefinidos na modalidade descrita, torna as experiências de cuidado menos dramáticas que as de outras famílias que conhecemos nos bairros da USF, as quais experimentam o mal-estar de estar fora do tecido social, às vezes também isoladas na mesma rua.

4.2

“Tinha medo de ficar louca”

Rafaela mudou para o Itamarati há cerca de quatro anos, para fugir do controle da mãe sobre a sua vida e a do seu bebê. Sua casa é muito próxima à USF, na parte mais nova do bairro. De cor verde clara, a fachada da habitação tem um portão grande, com cerca elétrica, e um muro bastante alto que não deixa ver nada da parte interna da casa. Além do muro, abre-se um grande espaço com grama dos lados e um corredor central de cimento que chega até uma pequena marquise, onde há duas entradas para a própria casa.

A principal entrada dá acesso à sala onde ela me recebeu a primeira vez. A sala tem dois sofás, um na frente do outro, e um móvel com TV, onde havia vários ornamentos, entre os quais uma linda foto do casamento dela com o marido. Atrás do sofá, à direita, havia um pequeno balcão sobre o qual estavam todas as fotos do filho, desde os primeiros meses de vida, até os anos mais recentes. Perto da sala estava a cozinha, que tinha também um acesso para o quintal.

Rafaela casou sete anos atrás e nos primeiros três anos morou junto com o marido na casa dos seus pais, pois a sua habitação ainda não estava pronta. Fala da mãe como uma mulher muito presente, uma *mãe controladora*, e atribui parte dos seus problemas de saúde mental à falta de carinho sofrida na infância e na adolescência e ao contínuo controle exercido sobre ela pelos pais, que tinham muitas expectativas para o seu futuro.

No complexo trajeto entre vários serviços de saúde mental, públicos e privados³⁵, iniciado já a partir da adolescência, Rafaela teve que enfrentar diferentes problemas: foram-lhe diagnosticados transtorno bipolar, síndrome do pânico e transtorno obsessivo-compulsivo, elementos que influenciaram notavelmente a construção da sua pessoa e das relações familiares, encontrando muitas dificuldades ao longo das duas gravidezes e no contato com os trabalhadores de saúde.

Rafaela tinha constantemente medo. Além do marido, sua única figura de referência, os pais sempre mostraram desconforto em relação aos seus problemas de saúde. Tinha acontecido um caso na sua família, um primo da mãe com transtorno mental, que um dia tinha começado a misturar bebida com remédios, matou a esposa, os filhos, o genro e depois se matou. Quando Rafaela era criança, a mãe sempre lhe repetia: “Trate-se, porque já aconteceu com o meu primo e não quero que você faça a mesma coisa”.

Rafaela, então, sempre teve medo de “ficar louca”, de “perder a razão” e machucar sua família. Por isso, nas duas gravidezes, a pressão da mãe, as dificuldades encontradas na rede de saúde pública, seu isolamento e, em geral, a precariedade da vida, influenciaram sua situação, colocando em risco sua experiência de maternidade. Depois do primeiro parto, Rafaela começou a ter medo de perder o bebê, agravado pelas alusões do seu pediatra da periculosidade de parir tendo uma “doença mental”. Ela não conseguia nem pegar o bebê no colo, deixava-o com o marido, pois achava que poderia matar o bebê, depois de uma possível crise psicótica – possibilidade evocada pelo médico durante uma visita.

³⁵ Veja-se o Capítulo 3.2, neste trabalho.

Durante esse período, Rafaela vivia ainda com os pais e tinha que gerenciar o jeito intrusivo da mãe para cuidar do neném em seu lugar, culpando-a quando ele adoecia ou fazia algo de errado. Por isso mesmo, os primeiros três anos de casamento foram muito difíceis, até a mudança para a atual casa, onde recebeu-nos para ser entrevistada³⁶.

4.2.1 Dos medos reais não tenho medo

Quando a conhecemos, Rafaela estava grávida do segundo bebê. Com um gesto de grande intimidade, acolheu-nos no seu quarto, no porão, um espaço mais silencioso e aconchegante para ela, escolhendo sentar em sua cama, apoiada nos travesseiros. Colocamo-nos do outro lado, aos seus pés, escutando sua história de vida no espaço mais privado, o quarto de casal. Ao lado, o berço do bebê já estava pronto, todo arrumadinho, e, debaixo dele, uma bola aguardava o tempo em que o neném soubesse caminhar e o momento no qual as duas crianças pudessem brincar com ela.

No momento em que a encontramos, Rafaela estava passando por um novo período de preocupação. O medo de perder o segundo bebê ou mesmo de machucá-lo involuntariamente a acompanhava nas ações domésticas. O desconforto tinha se manifestado sob a forma de uma intolerância aos produtos de limpeza da casa e da higiene corporal.

Tinha medo de perder o bebê – aconteceram dois casos com duas pessoas próximas de mim – e por causa do TOC, desenvolvi o medo de colocar sabão na comida, às

³⁶ Aquele dia chegamos na USF Astolpho em um grupo de três pessoas para fazer visitas às famílias que tínhamos contatado nas semanas anteriores.

vezes porque tinha o detergente do lado do óleo, então uma vez eu peguei o detergente – não cheguei a colocar – mas só pelo feito de ter pego na mão, entrei nessas... então não consegui mais fazer comida, e no decorrer da gravidez, peguei outros medos, por exemplo dos produtos de limpeza, até do shampoo e do condicionador, então para tomar banho eu tenho medo, preciso de alguém ao meu lado sempre; se for tomar remédio é ele (o marido) que tem que me dar também... então acaba sendo difícil, porque ele acaba sendo uma babá. E muitas vezes quando tenho que estar próxima para tomar banho, ele tem que me cheirar a boca para provar que não bebi, mesmo sabendo que não faria isso, mas é o medo de ter feito. E se não é desse jeito, eu acabo tendo crise de pânico, a semana passada fiquei internada por causa disso (informação verbal)³⁷.

Elemento constante da narração de Rafaela é um medo devido à concatenação de múltiplos fatores, que tem o poder de transformar situações, espaços e objetos familiares em elementos perigosos. Em alemão, a palavra *unheimlich*, contém exatamente os dois significados juntos, como aponta Freud no seu importante ensaio (1919): “O estranho é aquela variedade do terrífico que se remonta ao conhecido do antigo, ao familiar, desde longo tempo”.

Rafaela possui uma grande capacidade crítica. Na entrevista, ela mesma chamou de bizarra a situação vivida na segunda gravidez, pois a casa se tornou um lugar que poderia colocar em risco involuntariamente a vida de seu filho. Emerge, assim, um aspecto interessante da relação entre Rafaela e o ambiente doméstico, que pode esconder perigos enquanto espaço ligado à própria intimidade.

Isso não acontece quando Rafaela sai do seu papel de mãe e mulher e entra no da agente de segurança, um trabalho que muitas vezes tem situações de risco:

37 Entrevista n. 45.

Eu trabalho na universidade, na área da segurança, desenvolvo bem a minha função, e é interessante que os meus medos são, assim, medos absurdos! De medos reais eu não tenho medo! E até quando tive que enfrentar algumas coisas sozinha – mesmo que fossem situações nas quais normalmente precisaria de uma equipe – não tenho medo. Se for comparar, né, acaba sendo inusitado, ter medo de coisas tão banais! Existe medo real, porque eu não sei se vocês conhecem a universidade daqui, mas aquela pista de saúde, você vai fazer segurança sozinha, você entra no meio do mato 6 horas da manhã, está tudo escuro, mas eu não tenho medo, se vai acontecer alguma coisa eu não me preocupo, com a minha vida não, mas como eu estou grávida, tenho um filho, então o meu medo acaba sendo exagerado, é meio complicado (informação verbal)³⁸.

O discurso de Rafaela é interessante pois mostra a complexidade da sua relação com a doença e o poder das coisas banais na sua vida cotidiana dentro da casa, que mediam as transformações do seu corpo grávido. Essa modalidade de viver a habitação estava quase comprometendo a vida do neném: a doutora da USF, portanto, agendou a cesariana na mesma semana na qual a conheci, antecipando em três semanas o parto, na convicção de que, provavelmente, outros tipos de transformações poderiam acontecer na sua doença depois do nascimento do bebê, mas que, com um parto assistido o mais breve possível, pelo menos poderia pôr fim a esses medos.

O bebê nasceu no final de dezembro de 2012, e desenvolveu alergia à lactose. Rafaela não teve mais medo dos sabões, mas começaram novas crises, agravadas pela impossibilidade de dar de mamar por causa do remédio que estava tomando. Também nesse caso uma experiência tão íntima e familiar como a amamentação estava em risco de se tornar algo de potencialmente perigoso. Rafaela então reiniciou o atendimento

38 Entrevista n. 45.

psicológico com uma psiquiatra do SUS, com a qual infelizmente não se deu bem, e depois desta enésima experiência, ela escolheu abandonar definitivamente o atendimento público. Quando o bebê nasceu, comprou para ele um plano de saúde privado para monitorar constantemente a sua alergia. A relação com a USF se reduziu a simples prescrição da receita do fármaco que ela toma, enquanto a médica a ajudou a procurar um psicólogo particular. Toda a família, portanto, aderiu a planos de saúde privados, induzindo o casal a recomeçar o trabalho para pagar as despesas médicas, sobretudo as do bebê, que era cuidado por um alergologista e outros dois médicos. Depois da entrevista, encontrei Rafaela no campus da UFSCar, em traje de agente de segurança: a farda azul, o boneco e o walkie-talkie conferiam-lhe um aspecto firme e imponente, completamente diferente de como nós a vimos em casa durante a gravidez. Estava muito cansada por causa das dificuldades que essa nova situação gerou na família toda e não conseguimos mais encontrá-la em casa, não obstante tivesse me solicitado para lhe telefonar nos dias de visitas na USF. E, precisamente durante uma conversa por telefone, compreendi que as necessidades econômicas levaram Rafaela a reaproximar-se dos pais, para, pelo menos, ter alguém que cuidasse do bebê: o telefone foi atendido por uma mulher que se identificou como a mãe dela, dizendo para que eu ligasse outro dia, pois ambos os cônjuges estavam trabalhando.

Não tivemos mais notícias dela, mas parece evidente que a mudança para a assistência de saúde particular mudou a vida de Rafaela de tal modo que, provavelmente, nem ela teria imaginado. Além da mãe e do marido, nenhuma outra figura cuidava dela: a irmã morava em Campinas e não era muito próxima dela, enquanto os parentes do marido

eram muito queridos, mas moravam longe de São Carlos. De fato, fica evidente que essa família não estava inserida em nenhuma rede de consanguinidade e amizade, mas, ao contrário, era muito isolada no bairro. Mesmo sendo as relações de vizinhança bastante boas, e na rua todos se conhecessem, Rafaela reconhecia que se tratava de “vizinhança e não de amizade”. Trocavam favores de vez em quando, por exemplo levar alguém ao médico, caso os familiares não estivessem disponíveis, mas ninguém entrava na intimidade da sua casa, ninguém conhecia as dificuldades familiares devido aos transtornos de Rafaela. A doença mental é muito difícil de ser compartilhada, pois o estigma é ainda muito forte: “Se nem os médicos são isentos dos preconceitos, como se pode pensar que as outras famílias entendam o sofrimento de alguém com um diagnóstico psiquiátrico?”.

Por tudo isso, o marido de Rafaela encarnava, atualmente, várias figuras e papéis (pai, mãe, marido, amigo, babá), pois era a única pessoa na qual ela sempre confiou, mesmo que ela entendesse muito bem as dificuldades e o estresse da sua vida cotidiana (“eu acabo sobrecarregando ele de tarefas”). A mesma situação surgia quando Rafaela falava de outras pessoas com transtornos psíquicos que moravam na sua rua, as quais enfrentavam a doença sozinhos, no interior das famílias, sem nenhuma forma de suporte.

Eis que, fechando-se em casa e nos laços parentais, a vida comum de uma pessoa com doença mental pode assumir traços aterrorizantes, na aparente banalidade e repetitividade dos gestos e na vivência cotidiana dentro dos espaços conhecidos.

4.3

“Não gosto de sair de casa”

Cheguei na casa de Leonilde com Sandra, a “sua” ACS, um dia à tarde. A fachada da casa é escura, alta e com um grande portão que não deixa ver nada dos seus detalhes internos, como a habitação de Rosane e a maioria das outras que visitei. O rádio ligado e o volume da música alto provavelmente não permitiram a Leonilde ouvir a campainha. Sandra assegurou a mim que, além da evidencia do rádio, ela deveria estar em casa, pois “não gosta de sair”. Finalmente, a porta foi aberta por uma simpática senhora de óculos, com cabelos curtos de cor cinza, pedindo desculpa por não ter ouvido a campainha, pois estava arrumando a roupa para lavar. A ACS me apresentou a ela e pediu permissão para entrar para conversar um pouco; ela aceitou muito tranquilamente e nos recebeu na sala, um ambiente que dava para perceber bastante a sua devoção e religiosidade. Era composto por dois sofás colocados em L, e um móvel com uma grande televisão. Na parte de baixo deste móvel, tinha um pequeno espaço com uma bíblia aberta e, ao lado, algumas imagens e pequenas estátuas de santos, das quais só consegui reconhecer a de São Jorge. Na parte alta do mesmo móvel, estava uma imagem da Virgem Maria colocada em posição horizontal, e, penduradas na divisória à direita, duas fotos de crianças, que eu imaginei que fossem as dos seus netos.

A construção da casa, em geral, não deixa entrar muita luz. O acesso é um espaço de cimento com um carro e duas entradas: pelo lado direito da casa tem-se acesso à cozinha, e depois, mais para dentro, estão os outros cômodos: o quarto dela, o do filho e

o banheiro; ambos os quartos estavam cheios de roupas, pois a nossa visita interrompeu Leonilde enquanto ela estava começando a lavar roupa. Começou, assim, uma longa conversa de quase três horas, sobre diferentes assuntos, e também em relação à sua vida privada. O andamento do colóquio foi descontínuo, dificultando minha compreensão orgânica da relação entre seus problemas de saúde mental, os eventos biográficos e os contextos da sua vida.

Sandra, a agente de saúde, descreveu Leonilde como uma mulher muito boa, que sofre de depressão, e que teve um período muito ruim na sua vida, tanto que tentou várias vezes o suicídio. No dia da nossa visita parecia estar melhor, com crises esporádicas, mas com uma vida mais ou menos tranquila. O único problema, segundo Sandra, era o contínuo lamento de dores físicas crônicas para as quais ela tomava muitos remédios. Segundo a agente, inclusive, algumas das dores dela “não são de verdade” e, sobretudo, “pensa que são problemas físicos que só ela tem”.

A primeira coisa que Leonilde contou para mim, e que foi mencionado já com a presença da agente, foi a comprida lista de remédios que estava tomando naquele momento: um para a dor de cabeça, um para as dores musculares, pois lhe doíam muito o pescoço e as costas quando lavava a roupa, e um contra as “crises”. Depois – de modo desordenado – começou a explicar as razões das crises que ela teve, os tipos de dores que surgiram nos últimos anos, os efeitos dos calmantes que tomou. Uma das primeiras manifestações estranhas que ela teve foi uma cócega no corpo inteiro; foi procurar tratamento, mas ninguém entendeu as causas. Teve também uma dor na ponta da língua, muita dor, tanto que necessitou de um analgésico, mas não pareceu funcionar, “a língua

ficou branca”, ela começou a “rasgar e rasgar”, piorou ainda mais, e então a dentista da USF lhe deu uma “saliva artificial”³⁹, que, infelizmente, não teve efeito, tanto que ainda agora a sua língua doía um pouco.

Enquanto Leonilde fala desses problemas, lembro da ferida na perna do seu Rodolfo que não sara há trinta anos (veja-se, Capítulo 2.2 deste trabalho). É como se, nos corpos dessas pessoas, se manifestasse um estado do qual nem eles, nem os outros sujeitos envolvidos no processo terapêutico, conseguissem ter uma compreensão plena em relação às causas e às curas possíveis. Ao contrário, os profissionais que cuidam dessas pessoas estão como que divididos nas práticas e nos discursos: tratam a saúde dos usuários seguindo um protocolo, mas permanecem, ao mesmo tempo, convencidos de que é a doença mental a causa dos seus comportamentos patológicos. Rodolfo, por exemplo, feria-se continuamente e voluntariamente para conferir sentido à sua vida de aposentado e ter também algumas vantagens, o que foi expresso várias vezes por todas as profissionais da Unidade de Saúde da Família Astolpho ao se referirem à sua condição⁴⁰. Leonilde, por sua vez, eventualmente por causa da depressão, convenceu-se que tem dores que nenhuma outra pessoa tem. São situações problemáticas das quais não se pode falar em verdade ou falsidade, mas simplesmente aceitar que esses sujeitos estruturam o próprio cotidiano baseando-se em tais transtornos de saúde – tomando remédios, utilizando diversos recursos terapêuticos, indo à USF periodicamente – e mostrando a inextricável relação entre vida e sofrimento.

39 Produto para a boca seca que promove a manutenção da hidratação bucal.

40 Veja-se o Capítulo 2.2 deste trabalho.

Este é um dos casos nos quais aparece a problemática das abordagens usadas por vários profissionais baseada na analogia, muitas vezes mecânica, entre distúrbios psicossomáticos e expressão do sofrimento, eliminando os aspetos materiais e pragmáticos do “sentir dor”: objetos, ações, acontecimentos e tudo que envolve enfrentar um problema, tal como o de curar uma ferida numa perna (MOL, 2002, 2004). Não obstante, vivem existências precárias e violentas, e nem sempre as pessoas expressam tais processos através da somatização corpórea da dor (KLEINMAN; GOOD, 1985). Paralelamente, das dinâmicas de cuidado de sujeitos com transtornos mentais emergem muitas vezes uma incomunicabilidade da dor, que não permite entender o que efetivamente acontece quando uma pessoa sofre; tais dinâmicas traduzem frequentemente uma relação de poder na qual quem não está diretamente envolvido, pode interpretar a dor do outro como uma forma de ficção, duvidando continuamente das suas percepções (COZZI, 2007; GOOD, 1992; SCARRY, 1990). Tudo isso traz concretamente duas questões: de um lado, a incapacidade de compreender o sofrimento do outro, leva os profissionais a se colocarem numa posição de força, apoiada no critério de “crença” que os impede de pensar nas várias modalidades nas quais as pessoas explicitam a relação entre vida e dor. A mesma linguagem torna-se um tanto empírica, como os sintomas (GOOD, 2006), que determina um ponto de interrupção no percurso terapêutico (COZZI, 2007). Do outro lado, penetrar nos interstícios de tal situação permite começar uma reflexão sobre as possibilidades de se superar esses curtos-circuitos, sobretudo no campo da saúde mental comunitária.

4.3.1 A Igreja, o rádio, os remédios

Leonilde tem cerca de 50 anos, é casada, tem um filho de 24 anos que vive com ela e o marido, e uma filha mais velha – que lhe deu “muitas preocupações” –, separada e com uma menina. A primeira crise vivida por Leonilde aconteceu por causa da morte da prima – com só 48 anos – depois da morte dos pais e do irmão, todos no mesmo ano. O falecimento da mãe foi muito doloroso: a morte da mãe deixou-a descobrir a finitude da vida, pois achava que os pais fossem imortais, e de uma forma brusca, pois a mãe morreu de repente de câncer no estômago. “Ainda bem que eu já tomava calmante”, falou, “se não ia morrer mesmo”.

De qualquer forma, conseguiu aceitar a morte dos pais, mas depois do falecimento da prima surtou, pois tinha com ela uma relação especial. Teve uma crise violenta, durante a qual queria só morrer, não precisava de nada, nem dos bens materiais, queria jogar tudo fora.

Eu não fui mais uma pessoa que acumula coisas, por exemplo, este televisor de plasma, foi meu filho que comprou porque o outro estava quebrado, se fosse por mim, eu poderia ter vivido sem. Vê esse carro daqui? Quando estava doente não conseguia ficar na área, nem na cozinha, porque não aguentava a vista desse carro. Briguei muito com meu marido para que ele o vendesse, mas ele não podia, pois é o carro do seu pai, e ainda ele está pagando as contas dele. Eu não entendia isso, só queria que fosse embora. Agora eu sei que ele tem que acabar os pagamentos, mas quando for, ele vai vender mesmo (informação verbal não gravada).

Essa relação fraca com a materialidade, aparece também em relação à casa em si: “O meu pai nunca teve uma casa, e eu poderia até ficar sem casa mesmo. Se eu tenho, é só porque eu e meu marido tivemos vontade de construí-la”.

Leonilde observa que, inclusive quando a casa estava em reforma, era bastante diferente em comparação com a que eu estava visitando: tinha um quarto a menos e a área de entrada, fechada de todos lados, antes era um espaço aberto. Quando Leonilde não estava bem, este espaço era um problema, pois tinha muita luz e o vizinho escutava tudo o que acontecia em casa. Podemos dizer que quanto mais abertos eram os lugares, mais ficavam desconfortáveis para ela, que por isso se refugiava na parte interna da habitação.

Este desconforto, de qualquer forma, continua até agora, pois ela sai só para ir à igreja ou para ir à USF, se precisar; e, não por acaso, repetiu várias vezes durante a conversa que “não gosto de ficar fora da casa”, “não gosto de sair”.

Podemos dizer que Leonilde tem uma aversão geral à acumulação de bens materiais e ao gasto de dinheiro, e, de fato, sua relação com a filha e a irmã, com a qual não fala já há um certo tempo, foram sempre mediadas pelos diferentes laços com o dinheiro e com os bens de consumo. Um dos motivos pelos quais a filha lhe deu muito trabalho, foi porque ela comprava sempre roupa só nas lojas caras e “de marca”. Quando elas saíam juntas, se por a caso Leonilde tentava convencê-la entrar em lojas baratas, ela fugia e se escondia envergonhada, colocando a mãe em situações embaraçosas. A mesma relação com o consumo e o dinheiro atravessa a relação com a irmã, que:

Quando sai para comprar um presente para a nora, no final das contas comprava um também para ela. É um tipo de pessoa que quando chega o Natal, troca tudo, também os móveis da casa, para mostrar suas riquezas (informação verbal não gravada).

Leonilde relata esses detalhes com incômodo, falando que não conseguia entender todo esse apego das pessoas com o dinheiro e os objetos de marca.

Além disso, Leonilde não consegue sentir cheiro de perfumes de qualquer tipo, nem usa. Quando estava no período de maior crise, não aguentava nem o cheiro de comida, chegava até a ter náusea, e pedia para o marido e o filho de pararem de cozinhar. Por isso comia muito pouco e não ficava quase mais na cozinha, que virou um espaço a ser evitado. Provavelmente, como ela mesma me falou, foi o efeito dos fármacos: sua relação com a doença, junto com a mediação do remédio, mudou totalmente a relação corpórea com alguns espaços e objetos, que se tornaram não reconhecíveis ou perturbadores. Leonilde lembra também os acontecimentos mais dramáticos da sua doença, quando não queria mais viver, tentando o suicídio por duas vezes. Neste quadro de sofrimento, mesmo tendo consultado pelo menos duas psiquiatras ao longo do tempo, usa a palavra “depressão” só uma vez, quando me conta ter descoberto que sofria de depressão, escutando um programa na rádio que falava sobre isso: “Quando começou a falar dos sintomas, entendi que era parecido com os meus e que era depressão mesmo”.

É como se o rádio tivesse tido um poder de subjetivação e uma eficácia simbólica maior que o dispositivo do diagnóstico associado à figura do psiquiatra. Isso é possível na

medida em que o rádio é um objeto que estrutura a vida cotidiana de Leonilde e que desterritorializa a realidade externa, re-territorializando-a dentro dos muros da casa, entrando em contato com o “exterior” que recusa a ter contato, mas que, através do rádio tem, de qualquer modo, um efeito de realidade.

Mais ainda, como ela mesma afirma: “A Igreja e os remédios foram as melhores das terapias que segui”, deixando entender ter passado uma experiência não muito positiva com a rede pública dos serviços. Lembra, por exemplo, de uma psiquiatra que na Unidade Básica de Saúde lhe prescreveu um antidepressivo em gotas (30 ml à noite e 10 ml de dia) que a deixava completamente atordoada. Durante três anos passou os dias entre a cama e o sofá e vice-versa e o remédio lhe provocou pústulas na face (COZZI, 2007; ESTROFF, 1981).

Efetivamente a Igreja, o rádio e os fármacos são muito importantes na vida de Leonilde, sobretudo depois da mudança para o Astolpho, alguns anos atrás, acontecimento muito traumático para ela. Não explica as razões dessa mudança, mas com certeza aumentou seu mal-estar, porque no antigo bairro “tudo estava à mão” e ela tinha uma vida social e de vizinhança melhor. No Astolpho, ao contrário, tudo é longe; além dos serviços presentes no bairro limítrofe, o Fagá, a sociabilidade que ela desenvolve é, na maioria das vezes, fora da sua rua, dentro da rede do culto católico da sua igreja de referência, o lugar que frequenta mais. Conta-me também que no bairro têm muitos ladrões e que, como ela se acha uma pessoa ingênua, tem medo de não entender quais são as ameaças da sua rua. O filho, que trabalha como fotógrafo para a polícia, conhece todos os

sujeitos perigosos da área e, frequentemente, lhe mostra os retratos das pessoas, pedindo-lhe para memorizá-los para aprender a se proteger.

Sua relação com a vizinhança, portanto, é quase inexistente e as suas estratégias de orientação são de tipo policial, por meio da mediação do filho.

Leonilde fala muito dele, mas mais sobre o marido. A vida desta mulher parece muito sozinha e organizada em torno da rotina das atividades domésticas, o que se manifesta, por exemplo, no modo metódico com o qual, depois de ter amontoado as roupas nas camas dos dois quartos, as separa segundo tamanho e cor. Olhando a quantidade de roupas espalhadas nas duas camas, percebe-se que ela cuida de outras pessoas, porém, estranhamente, Sandra a descreveu como uma mulher que mora sozinha, sem mencionar o filho que, com certeza, mora com ela. Este é um outro exemplo dos curtos-circuitos entre as experiências das famílias e as representações das agentes de saúde que foram muito frequentes na pesquisa e deixam entender que propriamente nos interstícios desse espaço de visibilidade-não visibilidade, de ditos e não ditos, temos que imaginar uma modalidade alternativa e experimental de “fazer saúde”.

Ao final da primeira longa conversa, Leonilde escreve meu nome, minha profissão e número de telefone num papel, para se lembrar de mim. O medo de não se recordar das coisas é frequente, desde quando começou a tomar remédios. Decide também me acompanhar até a USF, não obstante este seja um percurso muito breve e intuitivo para mim. Contravindo a sua habitual recusa de sair de casa, mostra-me, com este pequeno gesto, que a etnografia pode contribuir concretamente para a construção da realidade através das relações pessoais que a alimentam. Quando chegamos à Unidade, as

profissionais ficaram maravilhadas ao ver Leonilda, que, no entanto, aproveitou para cumprimentar uma amiga da igreja que estava na sala de espera.

Na semana seguinte, quando tentei contatá-la para saber quando poderia voltar na sua casa, descobri que ela tinha pedido para as agentes da USF para me avisar para não ir lá, pois não queria mais falar das suas coisas. Assustada com a possibilidade de vivenciar sensações negativas decidiu não colaborar mais. Provavelmente, o termo de consentimento, que deixei para ela entender melhor as finalidades da pesquisa, condicionou suas expectativas e preferiu não correr riscos.

4.4

“A família é um círculo fechado”

É uma abafante tarde de dezembro; estou sentada num pequeno sofá vermelho, no interior de um cômodo sem janelas, mas com muitos livros: a Constituição brasileira do 1988, Darcy Ribeiro, um texto de biologia, vários compêndios de direito. Um sofá parecido, colocado à frente do qual estou sentada, e uma TV encaixada na estante, remetem a cenas de vida possíveis dentro deste espaço habitacional: o pai que lê absorto, a filha que assiste televisão, a mãe que toma um cafezinho com as amigas. Enquanto espero a família me receber, penso na organização dos ambientes aos quais tive acesso e imagino correspondências entre as histórias que tento reconstruir e as pessoas que moram nesta casa.

O portão elétrico externo de cor cinza me introduz numa área de entrada de cimento, em penumbra, dado que a luz que filtra é só através de uma grade colocada em cima do muro. Todos os muros internos são de tijolos e argamassa, seja na parte anterior, seja no corredor que leva à sala, precedido por um ambiente sem janelas, com muitas plantas e uma moto, único meio de locomoção da família. Do lado de fora da casa, as casinhas dos cachorrinhos e outras plantas, cuja cor verde contrasta de forma estridente com o cimento do chão e com os muros sem reboco. Penso nas descrições que as profissionais da USF me deram desta família: um pai, uma mãe, quatro filhos, tudo aparentemente normal, provavelmente um pouco de rigidez por causa da religião dos pais; “com certeza” uma “família estruturada”, não se tem o que dizer, mesmo se as características

da casa e dos seus cômodos inacabados parecem tornar problemático o reconhecimento da dimensão estável e constituída deste contexto doméstico.

Eis-nos finalmente sentados: a esposa e o marido na minha frente, a filha ao meu lado, sentada exatamente no ponto oposto do sofá, marcando uma distância física e, ao mesmo tempo, relacional; às vezes se levanta e permanece em pé no limiar da porta. Não obstante os signos do sofrimento, Miriam é bela, morena, alta; é parecida com a mãe, nas cores e nos traços físicos.

Daqui a pouco será Natal: começamos a conversar sobre a minha viagem de volta pouco antes dos dias de festa. Estrela, provavelmente por causa da desenvoltura com a qual estou comentando o assunto, sublinha que a sua família não celebra o Natal, pois eles são Testemunhas de Jeová – fala isso em parte para ser honesta com as suas práticas religiosas, mas também porque era um argumento bom para me “evangelizar”, provavelmente esperando, como êxito final, minha conversão. Por isso mesmo, começa de repente uma breve, mas ilustrativa aula da cosmologia da sua religião, com a qual me lembra que, segundo os preceitos da Bíblia, a única ocorrência certa é a Páscoa, ou seja, a morte e a ressurreição de Jesus Cristo. A data do dia 25 de dezembro não é indicada no Livro Sagrado; por isso, a sua família não acredita nessa celebração. Para apoiar suas afirmações, dá-me como presente um DVD sobre a criação do mundo segundo os Testemunhas de Jeová, útil para minha compreensão.

De repente, talvez considerando minha presença como uma oportunidade para enfrentar uma questão importante, Miriam comunica à mãe que queria ir por quatro dias para uma mata perto do mar com alguns amigos, aproveitando as férias. A mãe esconde a sua

dificuldade ao ouvir esta notícia e, com a sua usual gentileza, responde que não lhe parecia apropriado. Começa assim uma longa negociação entre Miriam e a mãe sobre os termos da sua liberdade, como filha. A discussão não parece ter um bom resultado; a senhora continua sustentando que não gosta dos amigos da filha e que não é oportuno, neste momento, compartilhar essa experiência com eles, enquanto seria melhor fazer uma viagem com seus pais. Miriam afirma novamente sua vontade de ir, assegurando-lhe que não irão surgir problemas e lembra que tem uma enorme necessidade de sair. Alfredo, o pai, por enquanto não intervém.

Não é a primeira vez que encontro esta família no ato de renegociar a capacidade de agir da filha. Tinha acontecido também na vez precedente, enquanto nós falávamos de trabalho. Os pais tinham um ponto de vista muito diferente do de Miriam que, depois de um tempo passado a escutar nossa⁴¹ conversa da porta da cozinha, quase sem aparecer no quarto, entrou na conversa falando que queria muito trabalhar como garçõete numa lanchonete ou como empregada de balcão num bar. A mãe, também nesse caso, expressou seu desapontamento, me contando que Miriam tinha já trabalhado como garçõete, mas foi uma experiência frustrada, sobretudo porque, durante as pausas do trabalho, ela frequentava pessoas pouco recomendáveis. O pai, do canto dele, achava melhor que ela trabalhasse a bordo de navios de cruzeiro, para tirá-la completamente daquele contexto. Com certeza, o trabalho era uma necessidade eminente, pois Miriam vivia em casa e queria ser autônoma. Os pais, sem muitas dificuldades, chegavam à

41 Na primeira visita, depois da entrevista, fomos dois pesquisadores a serem recebidos na casa desta família, enquanto que na ida seguinte eu estava sozinha.

conclusão que teria sido necessário internar novamente a filha numa comunidade terapêutica para dependentes químicos, pois ela ainda não tinha conseguido se reabilitar e se cuidar sozinha, ter uma casa e uma família. Miriam que, no entanto, tinha sentado no sofá, afirmando com a postura sua presença ativa, falou candidamente que não tinha nenhuma intenção de construir uma família naquele momento, mas que, de qualquer forma, era totalmente contrária a ser internada novamente, como já tinha acontecido várias vezes no passado.

4.4.1 Dependência, prostituição, internação

Miriam vive uma situação muito problemática, que a sua família não consegue gerenciar por causa do isolamento e da falta de suporte social. Sua experiência intersecta inúmeros platôs, mostrando paralelamente a complexidade das histórias de dependência e o esquematismo dos instrumentos terapêuticos disponíveis para os sujeitos que vivem essas situações.

Dois dos seus irmãos, introduzidos no mundo da dependência química durante a adolescência, decidiram um dia que Miriam teria que os ajudar a juntar dinheiro para comprar drogas. O mais velho achou um modo muito fácil para isso: levar também a irmã para a dependência e mandá-la se prostituir, para ter em troca novas drogas para todos. Tal é a história que nos contam as profissionais da USF Astolpho.

A mãe, ao contrário, fala de uma menina rebelde, que tinha uma personalidade muito forte e difícil de “conter” na escola e que era já muito desinibida na adolescência. Por causa desse caráter “libertino”, Miriam teria começado a namorar um moço dependente

de cocaína, com quem experimentou o uso da droga e “entrou na turma”. Começou a se prostituir, namorou homens diferentes e, de repente, casou com um homem que havia conhecido há seis meses. Foram morar juntos, Miriam pareceu ter saído da dependência e contou para a mãe que talvez estivesse no bom caminho. Segundo a mãe, ao contrário, começou um período obscuro: o marido não usava substâncias, mas trabalhava fora e, nos finais de semana, em vez de voltar para sua esposa, ia para a casa da mãe. Começaram as brigas e Miriam passou a se comportar como se tivesse sozinha. Depois de quatro anos, eles se separaram, ela conheceu alguém que lhe prometeu grandes coisas, mudou para Ilha Bela e começou a morar com traficantes.

Seja como for, por causa dos irmãos ou de outras pessoas, foi assim que Miriam entrou num vórtice de dependência de droga e álcool, tanto mais forte quanto maior foi para ela a necessidade de se esquecer daquela vida. E, de fato, nos momentos de lucidez, o sofrimento foi tão lancinante que tentou várias vezes se matar, uma vez cortando as veias na frente dos pais. Começou, portanto, para ela e para os irmãos, um longo percurso de entrada e saída de clínicas e comunidades de reabilitação, do qual nenhum deles conseguiu ainda ter de novo uma vida própria para além da dependência e do internamento. Ao longo dos três anos de pesquisa, Miriam e um outro irmão várias vezes foram internados em uma comunidade terapêutica e retornados. Quando vimos a família pela última vez, só a irmã estava fora da internação. Os outros dois irmãos continuavam a morar dentro das clínicas, e um deles virou também monitor, um ex-usuário que se emancipou desse papel, para assumir aquele outro de “monitor” do

comportamento dos internos, apontando para a possibilidade que ele possa fazer eventuais críticas aos profissionais que lá trabalham.

O mundo das comunidades terapêuticas no Brasil é muito problemático. As estruturas para internação e desintoxicação de substâncias psicoativas estão baseadas no modelo da instituição total e trabalham com a dependência num ambiente excludente e de forma não relacional, e que, ao contrário, privilegia a disciplina. Inclusive, a maioria das comunidades existentes organizam suas atividades dentro de um quadro ideológico de tipo religioso, na sua maioria católico ou evangélico, promovendo um projeto de vida social e de comportamento, no qual reabilitação e conversão parecem sobrepor-se. O discurso religioso é central e transforma a dependência química em dependência espiritual, organizando o cotidiano através de atividades como orações, reuniões de grupo e catequeses, além de conotar os espaços com símbolos religiosos, como crucifixos e imagens dos santos (RIBEIRO; MINAYO, 2015).

O tratamento muitas vezes tem baixas percentagens de recuperação e altas probabilidades de recaída depois da saída dos usuários. Não obstante isso seja evidente, as comunidades têm muitas vantagens: como evidenciado no capítulo anterior, são um meio extremamente eficiente para gerenciar o problema da droga, eliminando da sociedade e das famílias os indivíduos considerados perigosos e reduzindo o papel dos CAPS Álcool e Drogas, sobrecarregados de pacientes, cada mais vezes adolescentes com vários níveis de dependência.

A família de Miriam experimenta uma grande dificuldade em enfrentar esses problemas sem um suporte externo. Na vida cotidiana, e nos espaços domésticos, as interações

entre pais e filhos se tornaram uma questão de portões trancados, proibições, horários para respeitar, controle dos comportamentos. Por isso mesmo, a internação parece a solução mais praticável. Nas relações inter-geracionais entre familiares, a sensação de impotência e o anseio de controle se rearticularam através de pequenas e progressivas alianças entre os pedidos da família e as competências do Estado, estipuladas graças à expertise das disciplinas psi. No contínuo desenrolar dos conflitos, pedidos de ajuda e avaliações dos comportamentos dos membros da família, é possível ver um processo de redefinição das áreas de soberania. Como mostrou Michel Foucault (2004, p. 90-91, tradução minha):

Quando um indivíduo foge da soberania da família, o se coloca dentro do hospital psiquiátrico, no qual trata-se de adestrá-lo a se assujeitar à uma disciplina pura e simples, [...] e dentro da qual vemos nascer devagar, ao longo do século XIX, algumas referências à família; assim, gradualmente, a psiquiatria poderá se constituir como empresa institucional de tipo disciplinar com a finalidade de refamiliarizar o indivíduo.

Entre as dobras dessas relações de força, a cada dia se desenrolam os dramas existenciais dos atores envolvidos nesta história: Miriam não consegue se desintoxicar definitivamente da sua dupla dependência de álcool e drogas, e sua casa torna-se sempre mais um lugar de internação e gerenciamento da crise, com o agravante de que os pais não têm mais o suporte de nenhum serviço, nem da ambulância que, durante o último episódio, se recusou a atendê-la. Portanto, na falta de recursos externos, a única ação possível foi a contenção: os pais a amarraram com fita adesiva e a levaram para o

hospital, onde os profissionais que os receberam tiveram que contatar a polícia para investigar sobre o caso. Os pais de Miriam tinham se apropriado de uma modalidade de gerenciamento de crise que, normalmente, é legalmente contemplada só nas figuras detentoras de um poder médico e em situações de exceção, como na internação compulsória, ou em lugares nos quais a exceção se torna norma, como nas instituições totais.

4.4.2 Religião, direito, tratamento

Eis a solidão de que fala constantemente Alfredo, algo que só aumenta o risco de institucionalizar a gestão da dependência da filha, impedindo-lhe de pensar outras soluções possíveis. Contudo, ele é uma figura combativa. Encontramo-nos muitas vezes com ele na sua moto, indo ou voltando de um advogado para resolver os problemas dos filhos. E, todos os livros de direito expostos na estante da sala parecem ser meios para transformar seu desespero em ações concretas e eficazes, mesmo sendo solitárias.

Sua solidão foi perene objeto de debate em todas as ocasiões de troca que tivemos, e provavelmente faz parte do personagem que ele construiu para si mesmo, por causa das disfunções do sistema de atendimento e cuidado. Escutando Alfredo falar, pode-se entender o poder subjetivante dos seus livros, a modalidade em que os conceitos fazem corpo com sua visão do mundo: “Espero que a globalização enriqueça o Brasil com a cultura de outros países⁴²”. Ele é um autodidata, evidentemente transformado pelos seus

42 Entrevista n. 24.

livros. Suas referências à Lei, sublinhando as tonalidades jurídicas, marcam uma diferença substancial com a esposa e o seu registro linguístico religioso.

Contudo, ele também é Testemunha de Jeová, batizado há 46 anos. Nas nossas conversas, sobretudo em relação a autoanálise da sua vida, pareceu-nos, ao contrário, escutar as palavras de um cidadão ativista. A Constituição brasileira provavelmente é sua segunda Bíblia, e os compêndios de direito na sua estante forjaram sua linguagem e consciência. Nas palavras de Alfredo sobressai um tipo de ação terapêutica provida pelos livros para suprir a falta dos pais, a ausência de uma “família estruturada” e para não se deixar ser tomado pelo desespero de ter um pai alcoólatra com tendências agressivas e violentas.

Agora eu estou vendo a importância das raízes, a família é um círculo fechado, todos estão fechados num propósito, assim é uma família estruturada. Eu não tive um pai, carinho e tudo. Porque a minha mãe trabalhava dentro e fora, o pai era ausente, nós não tivemos afeição, isso pesou na formação da minha família. Uma família quando você tem o amor, você consegue compartilhar amor, porque isso é natural no ser humano, quando você não tem, você não dá. Então eu não tive e não pude dar aos meus filhos, eu só pude dar educação e orientação. Se você não foi beijado e abraçado, você não pode mais dar. Meu pai queria matar a gente, são traumas que, mesmo que você diga não quero, não adianta (informação oral)⁴³.

Desde a adolescência Alfredo começou a ler livros de vários tipos, mesmo em diferentes línguas, procurando em cada um deles instrumentos para entender a realidade. E à pergunta “porque existo”, a Bíblia lhe forneceu a resposta que nem os pais, nem a

43 Entrevista n. 24.

sociedade conseguiram lhe dar. Ele se define como um privilegiado, tal como a sua esposa, por terem apreço às verdades morais do Livro Sagrado, e, por isso mesmo, sempre tentaram ensinar os valores da religião aos próprios filhos, deixando-os viver numa sociedade com limites, e não num regime de liberdade ilimitada, pois “se não tem limites, você perde seus valores e objetivos”. Ao longo do tempo, o conhecimento de Alfredo foi aumentando, junto com a dependência dos filhos, articulado com o percurso entre uma clínica e outra, passando pela cadeia e o hospital psiquiátrico. Nestes itinerários, as disfunções da rede o tornaram ainda mais ciente dos direitos que a Constituição lhe confere como cidadão. Alfredo sublinha que a sua esposa, como “boa mulher de casa”, desenvolveu um papel de educadora muito maior que o seu. O trabalho o obrigou a ficar muitas vezes fora de casa e agora percebe que não pode fazer muito para conduzir os filhos dentro de uma sociedade “libertina” e que promove valores diferentes daqueles que são fundamentais dentro da sua casa.

Estrela é uma pessoa que vive intensamente a sua escolha religiosa, alinhada aos preceitos das Testemunhas de Jeová: em casa, educadora moral da família, fora, evangelizadora porta a porta⁴⁴. Podemos dizer que ela também é uma ativista a seu

44 Os termos com os quais Estrela descreve a filha, bem como os discursos de Alfredo sobre sua família têm uma clara acepção moral; suas experiências de mundo são inseparáveis do poder de subjetivação da religião das Testemunhas de Jeová. Seria, porém, problemático pensar que a origem do transtorno de Miriam e dos outros dois irmãos resida na família e na sua relação com a cosmologia religiosa. A presença de um quarto irmão que não teve estas dificuldades já é indicativa da necessidade de ampliar o olhar. Da história de Miriam emerge um contexto realmente problemático, seja no macro nível das políticas sobre as drogas, seja no micro nível das relações entre ela, a família e o bairro. Tal complexidade exclui imputar os problemas dela à religião dos pais, enquanto impõe considerar a multiplicidade de elementos implicados para entender formas de atendimento que levem em conta os desejos e as exigências terapêuticas de Miriam. Para se fazer isso, é necessário adotar uma perspectiva que supere a associação entre religião e instituições eclesiais, e permita analisar a presença do sacro em âmbitos e situações da vida cotidiana fora de um contexto institucional (DUARTE, 2006, p. 6). Isso permite entender os papéis de gênero de um modo mais fluido, complexificando as dicotomias

modo, pois tenta promover a conscientização das famílias com problemas, sobretudo de dependência. No grupo de apoio aos familiares de dependentes químicos que os cônjuges frequentavam, Estrela ajudou muitas famílias a se abrirem para procurar soluções para gerenciar os problemas dos filhos, inclusive a de aconselhar um pai do mesmo grupo a internar o filho numa comunidade terapêutica.

A questão da reabilitação nas comunidades terapêuticas é particularmente complexa e tem que ser explicitada. Estrela, explicando-nos o itinerário da família na rede de serviços, no começo da dependência dos filhos, delineia um quadro problemático do atendimento aos dependentes químicos: o médico do “postinho” prescreve só “remedinhos pra acalmar” e não tem psiquiatras na rede pública. Portanto, quando lhe aconselharam a internação numa comunidade terapêutica, a proposta foi interpretada como “a luz que Deus nos mostrou”.

Em relação a isso, Alfredo lembra um episódio muito grave, acontecido com a filha: quando Miriam se separou, o marido, de classe média-alta, comprou-lhe um apartamento em Ribeirão Preto, para não deixá-la sem abrigo. Naquela época complicada, Miriam conheceu um homem, dono de uma chácara, onde às vezes ele fazia “trabalhos espirituais” dos quais ela participava, consumindo álcool durante os rituais. Os pais souberam desses acontecimentos, pois um dos irmãos foi visitar Miriam em Ribeirão e tinha visto a irmã participar desses trabalhos “inquietantes”; ele mesmo, uma vez, voltou para casa chocado com tudo isso. Através do instrumento da Bíblia, os pais deduziram que se tratava de “magia negra” e que a filha estava “possuída por um

e as tipologias de famílias que emergem dos discursos dos pais de Miriam.

demônio expulso do Paraíso”, que usava as pessoas para irem contra Deus e se aproximava, em particular, daquelas que usavam álcool ou drogas. Tratavam-se de “espíritos autodestrutivos”, que as levavam a se machucar, não para matá-las, mas para lhes provocar contínuo sofrimento. Segundo os pais, portanto, Miriam era possuída por um desses demônios e tentou se matar várias vezes, sem sucesso. Nos piores momentos de autodestruição, de acordo com a descrição dos pais, ela tinha uma força tão sobre-humana que conseguia saltar os altos muros da casa e abrir o portão – no qual o pai teve que colocar vários cadeados para não a deixar fugir. Foi assim que, numa dessas crises, os pais foram obrigados a contê-la e amarrá-la com fita adesiva para levá-la ao Hospital Escola, onde foi prescrita uma internação de 28 dias no hospital psiquiátrico de Araquara, o Cairbar Schutel.

Depois de somente cinco dias, porém, Miriam teve alta. Alfredo foi ao manicômio para protestar e entender o tipo de código ético que eles usaram para a alta, pois o protocolo previa um colóquio entre o psiquiatra, a moça e os pais. Não só o encontro não aconteceu, mas depois de ter pego os remédios de contenção para três dias, Miriam foi considerada idônea para sair somente cinco dias depois de ter estado sob observação.

Alfredo afirma ter entendido que o Cairbar funciona junto a outros poderes fortes ligados à política local, e que Miriam foi “simplesmente” mandada embora para deixar um lugar vago para um outro paciente em crise, por causa da diminuição dos leitos. Além disso, parece que o hospital psiquiátrico tinha uma questão aberta com o CAPS AD de São Carlos, que tinha começado uma ação judicial que impedia o Cairbar de

admitir os pacientes dessa cidade⁴⁵. Foi assim que Alfredo, como último recurso, contatou o Tribunal “suplicando para tomar medidas”⁴⁶ e a filha foi internada numa comunidade terapêutica de orientação católica, onde parece que seu problema “espiritual” acabou.

No fundo desses dramáticos episódios, a situação de Miriam é representativa de uma dificuldade estrutural existente na rede de atendimento, na qual ela não tem a possibilidade de agir, a não ser no quadro do diagnóstico da dependência química. Os contextos institucionalizados como a família, a comunidade terapêutica e o Cairbar, de fato, são solicitados para o reconhecimento e a estabilização do problema da paciente. Alfredo, por seu lado, parece estar atado dentro desse sistema, no qual precisa investir muitos recursos, inclusive econômicos, e pode agir só enquanto representante de uma família que faz parte de um tratamento. Mesmo depois da saída da sua filha da clínica, e não obstante sua presença em casa ter diminuído as despesas, ele ainda tinha que

45 Como já mostrado no capítulo 3, e como aparece também no nosso colóquio com o Secretário de Saúde, a cidade estava vivendo uma situação paradoxal, pois as políticas federais iam numa direção que promovia a desinstitucionalização, enquanto aquelas estaduais as estavam obstaculizando. O estado de São Paulo, de fato, tinha cortado os financiamentos para a promoção de um atendimento territorial, enquanto privilegiava as internações, devido mesmo à grande mobilização da população para que isto acontecesse. O mercado geral da internação era dividido entre privado, usado pelas classes altas, e público, para os pobres. O problema foi que, em São Carlos, o procurador impediu a própria população da cidade e das áreas limítrofes de se internar no Cairbar e, portanto, ele mesmo teve que abrir convênios com clínicas privadas, gastando dinheiro público. Portanto, as verbas que o estado de São Paulo não investia para melhorar experiências inovadoras de saúde que poderiam ter sido úteis para os cidadãos bem como para a administração (pensando em termos econômicos), eram gastos no circuito das internações nas clínicas privadas, com as quais se estipulavam os convênios. Isso criava uma situação ainda mais paradoxal: o CAPS AD tinha a intenção de agilizar uma ação legal contra o Cairbar, e as famílias dos usuários, como a de Miriam, protestavam contra a redução das internações neste manicômio. São situações que exemplificam como, na falta de recursos alternativos, as pessoas tendiam a associar o tratamento da dependência à internação.

46 Cfr. Capítulo 3.2

sustentar os custos da internação dos dois outros irmãos. Inclusive, não era prevista a cobertura dos custos para o tratamento no CAPS AD que Miriam tinha começado a fazer quando estava em casa. Colocou-se, portanto, uma situação paradoxal para ela, que demonstra que todas as escolhas de tratamento, no final das contas, são jogadas sempre nos corpos dos pacientes: decidindo não ir ao CAPS AD, sua família tinha que enfrentar despesas extraordinárias, enquanto que, frequentando o serviço, a moça estava em risco de cair novamente na dependência. Isso porque, como ela lembra, tinha uma continua ida e volta de pacientes que, saindo temporariamente do serviço terapêutico, compravam bebida e voltavam cheirando a álcool; outros, ainda, fumavam maconha na horta atrás do prédio, originariamente criado para algumas atividades terapêuticas para os usuários⁴⁷. Ela mesma fala de ter fumado maconha com outros pacientes naquele espaço, recebendo também tentativas de assédios, quase que diariamente, pelos pacientes homens.

Quando a encontramos no final da pesquisa, Miriam afirmava se sentir vulnerável e não idônea para permanecer no serviço, experimentando ao mesmo tempo o duplo paradoxo de estar “internada” em casa por um problema de organização do CAPS e do comportamento dos usuários, e paralelamente pelo custos diretos e indiretos do tratamento, que pesavam sobre a família.

Entende-se o impacto positivo que poderia oferecer uma rede de sujeitos e de práticas de cuidado próxima a Miriam (e aos irmãos) e aos seus familiares. Ao contrário, vimos o quanto eles estão isolados no bairro e na rua onde vivem, talvez por sua religião ou

⁴⁷ Veja-se o Capítulo 3.2 deste trabalho.

por causa dos tristes acontecimentos que sucederam aos filhos, e que ficaram de domínio público. O próprio Alfredo, porém, contou-nos das suas desventuras judiciárias, muitas vezes ficando na calçada da sua casa e falando em voz alta, sem vergonha alguma. Não obstante isso, quando um dia eu e o meu colega perguntamos para várias pessoas da rua e da área limítrofe onde viviam o senhor Alfredo e a senhora Estrela, pois não estávamos achando a casa, todos falaram que não os conheciam. Muitas vezes refletimos sobre tal dinâmica, para entender se tinha acontecido por causa da nossa posição de estrangeiros que circulavam num bairro desconhecido, perguntando sobre uma família, ou porque, como frequentemente surgiu na pesquisa, as pessoas não se conhecem, mesmo morando próximas umas das outras. Com certeza, estarem isolados da rede de serviços, bem como no bairro, frequentando somente o circuito das Testemunhas de Jeová, não permite que Estrela e Alfredo desinstitucionalizem o atendimento dos problemas dos filhos, nem que possam aliviar o sofrimento de toda a família.

4.5

A mulher do saco

Isabela é uma figura chave do processo de mudança das políticas públicas sobre os chamados “moradores de rua”, em Araraquara. O projeto de reinserção que a envolveu diretamente mostra a complexidade das dinâmicas que, nesses casos, envolvem as escolhas individuais, o contexto familiar, a relação com a rede dos serviços sócio sanitários e a relação com a cidade. A sua história é exemplar do problema e consiste em reformular a questão dos direitos de cidadania, considerando a modalidade na qual seja possível reconhecê-los através das ações públicas, confrontando-se, ao mesmo tempo, com a decisão pessoal de poder utilizá-los e reivindicá-los.

Na cidade, Isabela era conhecida como a “mulher do saco”, pois caminhava pelas ruas vestida com sacolas pretas do lixo. Vendo-a agora, ninguém imaginaria colocá-la naquele contexto: é uma mulher alta e magra, com cabelos curtos e olhos pretos, profundos, sempre arrumada, com saias longas e blusas coloridas. É uma senhora muito silenciosa, que durante a pesquisa encontrei no CAPS II: às vezes, deitava nos sofás vermelhos da sala de espera, ou também participava do grupo dos pacientes, no qual, quando não tinha outras atividades para fazer, gostava de jogar dominó.

Isabela não quis me contar sua história, e quando lhe perguntei, me respondeu que não era oportuno. Na reconstrução do que lhe aconteceu, posso somente me referir às falas dos profissionais que cuidaram dela nesses anos, os quais apresentaram um quadro complexo, tanto das suas atividades, como do seu percurso terapêutico.

Tudo começou em dezembro de 2009, quando o procurador local ordenou ao CAPS fazer uma avaliação psiquiátrica de alguns moradores de rua, para serem internados em 2010. A situação era muito complicada, pois este tipo de ação não era da competência da psiquiatria do CAPS. Portanto, decidiu-se seguir o protocolo previsto para as ações urgentes, tentando levar as pessoas ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), por meio da ambulância. Alguns moradores de rua aceitaram serem levados, Isabela e outras duas, ao contrário, recusaram. Os profissionais lembram que, naqueles dias, se deslocavam com o papel do procurador na mão, pois ninguém acreditava num ato administrativo daquele tipo e foi muito difícil para o serviço enfrentar esse período. Enfim, Isabela foi tirada da rua à força. Os profissionais não conseguiram convencê-la, continuava a escapar e foi necessário chamar a polícia para ajuda-los na contenção. Enquanto reconstruíam a história desta mulher, os profissionais se perguntaram se efetivamente não estariam violando o direito dela de poder escolher de fato o que fazer da sua vida, indo além do pedido do procurador. Uma das psicólogas lembra que Isabela não queria ficar no CAPS e, sobretudo no primeiro período, repetia que queria voltar para a rua Imaculada Conceição. Como os profissionais admitiram, não se podia dizer que ela estava mal. Com certeza não vivia segundo os padrões médios de alimentação e limpeza, mas seu modo de enfrentar as dificuldades cotidianas mostrava um nível de vida digno. Além disso, não obstante usasse bebida alcoólica, suas relações com pessoas que a ajudavam tinham uma certa continuidade: tinha suas redes, conhecia a fundo os lugares onde estava, utilizava vários recursos. Foi na fase de transição da rua ao serviço que surgiram os problemas, tanto é que, no primeiro período de permanência no CAPS,

Isabela foi levada de urgência ao pronto socorro por uma suspeita de pneumonia, um problema que, na rua, não tinha acontecido.

4.5.1 Ela quer o canto dela, quer morar sozinha

Segundo a história que Isabela contou aos profissionais, até os 17 anos estava tudo bem: morava com uma tia idosa, cuidando da sua casa. De repente, começou a namorar um homem, com o qual se casou, mas bebia e voltava para a casa da tia à noite, transgredindo a regra da sua família. Susane, do CAPS, definiu a família como “doente, obsessiva”, que tinha seu jeito de funcionar e quem não se adaptava era “projetado para fora”. As primas lhe falaram para parar com a transgressão, para não ser expulsa da sua casa. E isso aconteceu um dia: quando ela voltou, achou a porta fechada e a fechadura trocada; a rua pareceu, portanto, o único lugar que podia acolher Isabela. Além disso, depois de um tempo, ninguém a procurou mais, muito menos as tias, que ficaram mais idosas. De fato, tinha escolhido ficar longe dos familiares, preferindo a vida desregrada e o álcool: era essa a narrativa sobre Isabela que circulou entre os parentes, não obstante, depois da separação do marido, tenha vivido um longo período em solitude.

Antes de chegar o pedido de internação por parte do juiz, alguns psicólogos do CAPS tinham se mobilizado para contatá-la com a ajuda da Casa Transitória, que ela, às vezes, frequentava a noite. Tinha também uma vizinha com a qual o serviço estava em contato, que lhe trazia cobertores e comida e, quando achava oportuno, ligava para os profissionais para tentar uma aproximação. Mas Isabela não quis mais ir embora da rua espontaneamente. Susane lembra que quando eles iam visitá-la, e tentavam se

aproximar, ela fugia e de repente desaparecia, conhecendo muito bem os pontos de saída e os becos da região. Às vezes, mimetizava-se com o lixo e ninguém conseguia reconhecer sua presença no meio dele.

Depois da “remoção compulsória” da rua pelos profissionais, Isabela foi internada no Cairbar duas vezes, enquanto era acordado um atendimento conjunto do CAPS II e do Centro POP⁴⁸: um para seguir as terapias, o outro para lhe consentir frequentar atividades específicas para moradores de rua. Não obstante este percurso consolidado, os profissionais afirmam que, se ela pudesse escolher, voltaria a morar na rua. Hoje, recusa assistir à TV, evita se olhar no espelho e fala frequentemente do seu desejo de morar sozinha ou de ter seu “cantinho”. Durante os meses nos quais frequentamos o CAPS, Isabela estava vivendo com a irmã, dona de uma casa num terreno bastante grande, e empregada em uma firma de reciclagem de lixo. Todos acharam, errando, que Isabela tivesse desejo de fazer essa atividade, vista também como meio eficaz para se tornar autônoma, mas ela não queria saber de lixo e sacolas de jeito nenhum. Portanto, o projeto acordado entre CAPS, família e Isabela prevê, no futuro, construir para ela um miniapartamento composto por um quarto e um banheiro no terreno da irmã, na frente da casa dela.

Isso pareceu o único meio para criar uma solução de compromisso entre a rua e a casa, considerando que o único lugar onde Isabela desejaria voltar é a casa da tia, onde morou até a adolescência e da qual foi expulsa.

48 Trata-se de um centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua.

Vários platôs interpretativos emergem da história de Isabela. Em primeiro lugar, o plano do desejo e das suas exigências, que deveriam ser levados em conta, apesar da norma de referência. Esta orientação é válida em geral, mas aparece particularmente importante no âmbito sócio-sanitário, quando as pessoas, sobretudo aquelas consideradas marginais, são forçadas a melhorar suas condições segundo um único padrão de vida, organizado pelos profissionais ou funcionários dos serviços públicos. Nos discursos sociais e nas políticas para a reinserção dos moradores de rua surgem claramente algumas coordenadas que estruturam a ideologia da “residencialidade” em áreas urbanas. A presença de sujeitos em perene movimento aparece como um dispositivo para evidenciar a transgressão da regra e o excesso de significantes em relação aos códigos urbanos, que tendem a remover a “dissonância” e a “contaminação simbólica”, especificamente quando são evocadas cidades limpas, ordenadas e com uma rigorosa disposição de estruturas e funções. Tratam-se de códigos que dificilmente levam em conta a complexidade de megalópoles como São Paulo, mas também de cidades médias como Araraquara e São Carlos, que produzem marginalidade e se alimentam de práticas de hibridação (HERZFELD, 2006).

Uma violação de direitos de cidadania inevitavelmente acompanha as tentativas de remover do espaço público os sujeitos que moram na rua, também com a finalidade de tirar a pobreza dos olhares estrangeiros, como aconteceu nos grandes eventos (Capítulo 3.2 deste trabalho). Nesses casos, a violação está implícita: primariamente, na ideia de que exista para os moradores de rua um único percurso “civilizador”, para estruturas mais estáveis como uma casa ou um CAPS, muitas vezes depois de percorrerem

instituições totais, como os hospitais psiquiátricos. Como vimos, Isabela recusava as regras do CAPS, pois as associava às regras da sua casa; em segundo, na recusa em se adaptar ao novo percurso, está contida também uma distância do modo de vida que não mais aceitou depois da exclusão da família, substituindo-o com aquele rizomático da rua. Em relação a isso, a etnografia de Kasper (2006) mostra a grande multiplicidade de escolhas habitacionais e de culturas materiais dos moradores de rua de algumas áreas de São Paulo, deixando sobressair a complexidade das suas vidas e escolhas, e, por isso, a impossibilidade de associá-los a pessoas que não tem uma casa e uma vida digna. É metodologicamente e politicamente relevante, ao contrário, adotar uma perspectiva que não seja definida pela ausência de algo, mas pela positividade do evento em si, tentando analisá-lo na sua realidade concreta e não postulando algo que deveria ser (CLASTRES, 2003). Comparando a história de Isabela com a de Catarina, analisada por Biehl em *Vita* (2005), surge uma dissonância em relação a esse ponto. No caso analisado pelo autor, estamos dentro de uma instituição total, um centro de reabilitação para dependentes de álcool e drogas, fundado por um ex-trafficante convertido ao Pentecostalismo, que logo começa a receber também pessoas que não tem relação com os problemas de dependência química.

Vita é a última estação na rua da pobreza; o lugar onde os seres humanos são confinados quando não é mais possível defini-los pessoas. Excluídos da família e do cuidado médico, a maioria das duzentas pessoas presentes na enfermaria de Vita naquela época, não tinham nenhuma identificação formal e viviam num estado de abandono abjeto que tinha se tornado uma

preocupante imobilidade⁴⁹» (BIEHL, 2005, p. 2, tradução minha).

Biehl define esse espaço como uma “zona de abandono social”, um lugar onde o estado não intervém, ao contrário, manda “os indesejáveis para essas zonas, onde os indivíduos certamente se tornarão desconhecidos, sem direitos humanos e sem ninguém responsável pelas suas condições⁵⁰” (Ibidem, p. 4).

Através da história de Catarina, Biehl conta também de Vita, explicando a escolha de reconstruir as vicissitudes de Catarina, que expressava continuamente a recusa de ser pura vida biológica, mostrando uma “impressionante capacidade de ação”, mesmo quando o autor achasse que nenhuma subjetividade poderia viver num lugar onde nem o tempo tem importância. Mas, no momento em que Biehl duvida que, vivendo num lugar de privação e sofrimento, uma pessoa não pode ser um sujeito, está falando do indivíduo jurídico do qual se falava na introdução desta tese. Onde há sujeito, há constitutivamente um espaço de contestação e, de fato, Catarina mostra, através das poesias que escrevia lá dentro, um concreto processo de assujeitamento/subjetivação em relação às dinâmicas totalizantes de Vita. Só que, para Biehl, isso representa uma exceção dentro de um lugar onde todos os moradores são “vidas nuas”, sem mais outras possibilidades. Propriamente aqui está o problema deste tipo de análise: o momento em que se pensa que não se pode atribuir uma subjetividade a pessoas que vivem dentro de

49 «*Vita is the end-station on the road of poverty; it is the place where living beings go when they are no longer considered people. Excluded from family life and medical care, most of the two hundred people in Vita's infirmary at that time had no formal identification and lived in a state of abject abandonment that had acquired a haunting stillness*».

50 «*the unwanted to the zones, where these individuals are sure to become unknowables, with no human rights and with no one accountable for their condition*».

uma instituição total. Enfatizando constantemente a parte dramática e violenta das existências, corre-se, porém, o risco de não considerar o próprio “campo” como categoria produtiva, a partir de experiências concretas de vida de quem vive lá dentro, mesmo se em situações de abandono total (MINELLI, 2014; RAHOLA, 2006). O que significa “abandono”, e de quem fomos abandonados, na monografia de Biehl? A palavra evoca constantemente, de um lado, a narrativa de Catarina sobre a própria história de vida, de outro, a total ausência de instituições (família, Estado). Contudo, como observamos antes, analisar os contextos em termos de negatividade (sem Estado, sem escritura, sem hospital) é problemático, pois não permite entender os micros processos de subjetivação dos habitantes de Vita, que agem num espaço institucionalizado, apesar das precárias condições locais de vida e de saúde. Ou melhor, o antropólogo, delineando a vida de uma *outsider* como Catarina, faz emergir o potencial de contestação que ela expressa através da sua escritura, mesmo porque o seu corpo estava agora muito debilitado; todavia, parece que isso está sempre na perspectiva da ausência das instituições, culpadas de manter centenas de pessoas num estado de quase morte.

Discutir sobre a positividade dos eventos, além disso, poderia ser útil também para os profissionais sócio-sanitários, pois permitiria novos percursos de cuidado, levando em conta os desejos daqueles sujeitos que acompanham, sem produzir intervenções que impõem comportamentos rigidamente codificados. De fato, cada ato terapêutico tem uma parte de controle do *habitus* de uma pessoa, e outra parte com a aplicação dos seus

direitos de cidadania. Deve-se levar em consideração ambos os planos de intervenção para não correr o risco de produzir somente um ato disciplinar.

O atual modo de vida de Isabela é, assim, o espelho de uma sensibilidade que cresceu, ao longo do tempo, em muitos sujeitos institucionais e redes informais, e implica a necessidade de ampliar o olhar e reconhecer os direitos de pessoas em situações complexas e delicadas. É o que mostra a reflexão crítica dos profissionais de saúde sobre a violação da liberdade de Isabela que aconteceu no ano de 2009, quando aplicaram um procedimento de controle e não uma prestação de ajuda. Lembrando a época na qual o morador de rua não tinha nenhum direito de expressão e não existiam os consultórios de rua, hoje muitos admitem que a redução da margem de escolha das possibilidades de ação e de negociação com Isabela foi uma interrupção das suas capacidades de responder aos desejos e às necessidades da pessoa que estava na frente deles.

Observações conclusivas:

Desterritorializar os corpos e as práticas de saúde mental comunitária

Neste trabalho tentei mostrar a complexidade das realidades sociais nas quais se desenvolveu nossa etnografia, deixando emergir quantos platôs estivessem implicados nos processos de territorialização e desinstitucionalização dos serviços de saúde e na construção de uma saúde coletiva próxima às experiências dos sujeitos.

Existe uma contínua tensão entre as exigências do Estado de organizar o seu território segundo uma ótica de gestão da saúde da população, e as práticas cotidianas dos sujeitos, que escapam dos rígidos limites impostos pelas finalidades administrativas, mostrando um campo de forças muito complexo.

Poderíamos exemplificar tais processos, usando a linguagem de Deleuze e Guattari (2014), através da relação entre segmentos e fluxos, cujo regime é respectivamente molar e molecular.

«O nível molar – Estado, classe, nação, por exemplo – opera por linhas de codificação binária que diminuem e endurecem os fluxos e os vórtices moleculares, estratificando-os em estruturas segmentárias. Os fluxos, por sua vez, investem com seus procederes nas sedimentações e cristalizações molares, provocando oscilações, fraturas e reconfigurações» (Ibidem, p. 35).

A macropolítica dos segmentos e a micropolítica dos fluxos se intersectam continuamente, determinando o campo de ação no qual se pode pensar as

transformações e mudanças. Segundo essa ótica, procurou-se mostrar como os processos de desinstitucionalização da saúde mental, paralelos aos de territorialização dos serviços de atenção primária e de nível secundário, demandam a contínua articulação entre os níveis molar e molecular das práticas de saúde, em cujos interstícios pudemos verificar impulsos institucionalizadores da multiplicidade – como aconteceu no bairro Gonzaga – ou, ao contrário, práticas desinstitucionalizadoras no interior de alguns espaços institucionais – como no caso do CAPS AD.

É, como descrito no Capítulo 2, quando se evidenciou o poder de individualização implícito na Estratégia da Saúde da Família, explicitado pelo dispositivo da “residência na própria comunidade”, que fixa as agentes de saúde dentro dos limites geográficos demarcados, levando-as a procurar estratégias cotidianas para tornar porosas essas fronteiras e organizar seus laços parentais. Ao mesmo tempo, tendo a disposição dois objetos muito importantes, como o mapa e as fichas de cadastro, o atendimento se torna complicado, pois as micro práticas cotidianas das famílias e todas as informações úteis para se pensar em estratégias de cuidado próximas aos usuários estão em risco de serem constantemente diluídas dentro da cristalização operada por estes suportes documentais⁵¹.

Analogamente, a associação entre “casa” e “família”, a subdivisão do território segundo limites sociológicos evocados pelos binômios “famílias pobres”-“áreas de risco”, ou “famílias desestruturadas”-“sofrimento social”, ou ainda “falta de participação comunitária”-“renda médio-alta”, fixam as potencialidades da saúde básica dentro de

⁵¹ Sobre o poder de fixação da escrita nos registros, veja-se Foucault (2004, p. 58).

esquemas mecânicos de prevenção e promoção da saúde, criando, paralelamente, curtos circuitos entre experiências de saúde-doença das pessoas e as modalidades de atendimento das/dos profissionais.

No Capítulo 3, mostrou-se como seria importante considerar as dinâmicas urbanas e as políticas habitacionais dos últimos quarenta anos para analisar as formas do habitar e as experiências de participação comunitária nos bairros frequentados, ligando-as ao plano das políticas locais, estaduais e nacionais. Emergiu, então, um quadro muito complexo, no qual a transformação do tecido urbano e os interesses econômicos são potentes vetores de assujeitamento da realidade. No momento em que as cidades do interior se transformaram com os processos de industrialização e migração, depois dos anos 70, os novos trabalhadores enfrentaram mudanças que redefiniram continuamente suas ideias de cidadania: eles próprios tiveram que construir suas casas, organizar os serviços básicos (água e esgoto), às vezes negociar com os potentados locais para obter um lote de terreno. Esses processos informais transformaram essas áreas, e as subjetividades dos que lá moram, em uma modalidade específica entre a aquisição da propriedade, a organização de movimentos sociais, a entrada no mercado como consumidores e a criação de um gosto estético na reforma das casas (HOLSTON J. 2007:8). De fato, os bairros aferentes à USF Astolpho, bem como o Jardim Gonzaga, carregam traços visíveis de tais dinâmicas, que têm efeitos concretos no cotidiano das famílias, bem como nas práticas de todos os atores envolvidos no campo da saúde mental.

Paralelamente, emergiram as tensões profundas entre duas modalidades de pensar a saúde mental: uma baseada no aumento das instituições totais e na internação

compulsória, sobretudo para os dependentes químicos, e outra, que vê na desinstitucionalização das práticas, para além dos lugares, a melhor solução para oferecer modalidades alternativas de cuidado nos serviços de saúde. Entre os interstícios dos dois polos, foi relevante se situar, através da etnografia, no plano microscópico das dinâmicas de construção de saúde, para mostrar a importância da materialidade no cotidiano das práticas de institucionalização/desinstitucionalização. O muro construído para interromper o processo de criação do CAPS II de São Carlos - o bebedouro de água e o balcão como agentes de transformações dos espaços dos serviços e das relações entre pacientes e profissionais; a múltipla utilização de algumas áreas (a horta comunitária “reabilita” os dependentes químicos durante algumas horas do dia, enquanto em outras os acolhe para consumir substâncias escondidas dos profissionais); o poder de uma ordem judicial sobre as ações de saúde mental, num momento de impasse político: todos estes detalhes mostraram a importância de se refletir sobre o nível molecular das relações de força, para entender as tensões existentes no campo da saúde mental.

No capítulo 4, enfim, procurou-se contar histórias de alguns processos de subjetivação, que abarcavam situações de transtorno mental ou doença mais ou menos grave, a partir da casa, dos objetos, dos espaços e das práticas relacionais. Cada uma delas configura o habitar como um conjunto rizomático de histórias familiares, políticas urbanas e habitacionais, espaços dentro e fora das casas, relações entre habitações, vizinhança e bairros, que faz constitutivamente parte da construção dos sujeitos nos processos de saúde e doença. Permanecer próximos aos platôs das práticas cotidianas, permite,

portanto, entender ações que podem quebrar os mecanismos de fixação, trabalhando nos interstícios: se um dos problemas fundamentais que determina a institucionalização das práticas de saúde é a modalidade na qual se agregam ou não as subjetividades, a noção de “configurações de casas” é central para deixar emergir as estratégias fluidas com as quais Rosane e a sua família vivem seus territórios, no nível físico, simbólico e de recursos sociais. São estratégias que mudam completamente a qualidade do habitar naqueles lugares, em contraposição, por exemplo, a Rafaela, que, não obstante viva a poucos metros de distância, canaliza sua existência e sua doença para dentro das dobras das relações entre a casa, os filhos, o marido e a mãe. A mesma coisa pode-se dizer da experiência de Miriam, encerrada em rígidos fluxos de circulação entre a habitação, o hospital psiquiátrico e as clínicas de reabilitação, situação agravada pela rígida moral da família e da solidão do pai nas suas batalhas legais para afirmar seus direitos e os dos seus filhos.

Analogamente, nas reflexões de Dona Viviane⁵² sobre outras modalidades de viver o bairro, desponta a centralidade de refletir em “comunidades de práticas” (WENGER, 1998), compreendendo como os sujeitos constroem seus bem-estares fora das definições fixas de “comunidade” e “família” (consulte-se o Capítulo 3 deste trabalho). Nesse caso, volta o convite de Marilyn Strathern em repensar os corpos ciborgue de Haraway para construir relações sociais em torno do reconhecimento de que não existe nenhuma origem ou naturalidade que aproxime os sujeitos, mas só diferença e multiplicidade (consulte-se a Introdução, pp. 24-34).

⁵² Veja-se o Capítulo 3 deste trabalho.

1. Neste sentido, refletir com os agentes comunitários de saúde sobre essa perspectiva é fundamental para promover formas de saúde mental comunitária que sejam contextualmente próximas ao cotidiano das famílias e, ao mesmo tempo, úteis para viver uma existência digna, e não por serem corpos dóceis.

A figura do ACS, não obstante seja institucionalizada no SUS, e por isso prevista como um dos meios para melhorar a saúde da população, com a finalidade de aumentar a produtividade econômica (FRANCO; MERHY, 2003⁵³; INGRANDE, 2011), apresenta uma série de potencialidades que poderiam tornar seu trabalho útil para a experimentação de novas formas de saúde mental comunitária.

Em primeiro lugar, é necessário lembrar que os agentes são as figuras teoricamente mais importantes da equipe, mas, na prática, as menos valorizadas do ponto de vista social e salarial. Contudo, o trabalho que executam é muito árduo, fisicamente e psicologicamente, pois se deslocam cada dia de casa em casa, entrando em contato direto com os problemas das famílias, muitas vezes referentes à questões de droga, violência, saúde mental, e os quais, normalmente, as pessoas não contam com facilidade ao médico. Ao mesmo tempo, têm que aprender um saber adequado para se relacionarem com as famílias, para gerenciarem situações de risco, para se posicionarem em relação às dinâmicas de desigualdades sociais e que envolvem os direitos de cidadania. Para tudo isso não há um corpus de competências estruturadas, são capacidades que se aprendem praticamente no contato com as famílias e, muitas vezes,

53 <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-14.pdf>

nem o restante da equipe multidisciplinar tem a capacidade para enfrentar.

Pode-se bem entender como é imediata a substituição das potencialidades desse papel, não obstante a sua ambiguidade, por respostas de protocolo, como se viu nos capítulos anteriores. A razão disso está tanto na falta de capacitação dos agentes para interpretar e enfrentar toda a complexidade da realidade cotidiana dos usuários, como no problema de morar no mesmo bairro, que comporta um controle social exercido por esses mesmos usuários bem como a dificuldade de coletar informações sensíveis sobre as famílias. Tudo isso é acrescido da baixa valorização que têm dentro das equipes, ainda médico-centradas em relação às competências profissionais, bem como ao baixo salário, assim como também aos riscos de *burn out* implícitos no papel do ACS⁵⁴, que tende a criar fortes tensões entre o trabalho cotidiano dos(as) agentes e os parâmetros do Ministério da Saúde, veiculados através de uma linguagem distante das subjetividades e direcionada à administração da população.

Contudo, poder-se-ia imaginar as potencialidades das ações dos agentes, através de ações de cuidado próximas às experiências das famílias, com uma atenção voltada para as pequenas coisas da vida cotidiana e uma abordagem para as experiências históricas concretas dos habitantes. Eles seriam, então, um tipo de agentes-etnógrafos, capazes de refletir em diferentes níveis de complexidade e de desterritorializar, reterritorializando-

54 Como todas as agentes entrevistadas afirmaram, cada uma delas teve que procurar uma válvula de escape dos problemas das famílias que cada dia encontram: a universidade, a filha, o ativismo e o voluntariado. A questão central para elas era justamente a falta de suporte na gestão deste complexo papel, expressa na pergunta “Quem cuida do cuidador?”. Existem inúmeros artigos sobre o forte risco de *burn out* dos cuidadores (por exemplo CORREIA DA SILVA, MENENDEZ ROSSI, 2008). Levar em conta este aspecto faz parte da valorização das subjetividades que incorporam diferentes papeis e posições, e necessitam, portanto, de serem consideradas.

a, uma série de relações de força dentro e fora das USF. Nessa direção, pode-se retomar as propostas de Merhy e Franco sobre a noção de “trabalho vivo” e a necessidade de valorizar o trabalho dos profissionais em relação ao cuidado nos serviços. Nos textos desses autores há muitas considerações interessantes para construir uma saúde mental comunitária baseada na “deslocamento” do sujeito, como foi dito anteriormente. Penso aqui sobretudo nos curtos-circuitos entre as experiências de doença, que encontramos na pesquisa conversando com os usuários, e nas interpretações dos agentes de saúde, como foi abordado em vários pontos deste trabalho, além do estigma ainda existente com os problemas de saúde mental e a dependência química. Quando, por exemplo, depara-se com o senhor Rodolfo com uma ferida que não sara há trinta anos, ou com a senhora Leonilde, que combate cotidianamente as dores e as manifestações físicas estranhas usando calmantes, estamos frente às contradições que aprisionam a capacidade da ação dos profissionais. Se em lugar de interpretar essas situações como somatizações de experiências de mal-estar, como consequências de problemas de saúde não anteriormente tratados, mas sim como ficções úteis para procurar sentido para a própria vida, as expressões de sofrimento poderiam ser levadas a sério nas suas materialidades e, sem serem neutralizadas, seriam vistas por aquilo que são: um senhor com uma ferida que não sara há trinta anos e uma mulher com dores físicas crônicas. A agente de saúde então descobriria perto de si uma Alteridade que antes não tinha considerado, e teria a oportunidade de entrar num terreno perigoso, mas útil para aumentar sua potência, como sujeito e como profissional. Isso permitiria não “patologizar” à priori as experiências de vida que escapam à compreensão clínica e, paralelamente, abrir caminhos entre os

rígidos parâmetros de avaliação dos níveis de saúde da família, pensando em modalidades criativas de cuidado, junto com os sujeitos que dele necessitam.

Em outras situações, poderia ser útil começar com elementos microscópicos e imediatos: quando, por exemplo, Francesca, uma das agentes de saúde, fala negativamente dos habitantes que não participam da terapia comunitária, mas vão na USF quando elas organizam o Bingo, talvez ela e as outras profissionais deveriam levar em conta este dado da realidade. O que acontece se valorizamos o Bingo como forma de agregação e construção de saúde? Fazer isso permitiria as agentes envolver de outra forma as subjetividades que lá participam, a partir da relação que se construiu naquele espaço diferente. Igualmente, dentro dos processos de participação comunitária do Jardim Gonzaga, evitando repropor o binômio pobreza=comunidade, provavelmente emergiriam práticas concretas através das quais os habitantes se relacionariam entre eles como uma “comunidade”, mas poder-se-ia também descobrir que são necessárias outras modalidades ainda não pensadas para construir formas de saúde coletiva.

Esse discurso é válido também para a saúde mental em geral, sobretudo para pessoas como Isabela, que sendo impossibilitada de voltar para a casa da tia, recusava viver de forma “residencial”, preferindo uma habitação nômade pelas ruas de Araraquara. Sua escolha parece corporificar o Outrem por excelência num contexto urbano: uma mulher, que mora na rua usando substâncias psicotrópicas, um sujeito que circula constantemente através de territórios com limites porosos e constrói relações sociais também fluidas. É um “corpo desconfortável”, e a afirmação da sua potência representaria um terreno escorregadio, fazendo vacilar uma rígida territorialização dos

limites corporais e da cidadania. Os profissionais que a acompanham no tratamento não foram imunes aos impulsos de institucionalização: a presença de Isabela no CAPS testemunha isso cada dia. Contudo, quando começaram a refletir retrospectivamente sobre as ações que poderiam ter sido feitas para respeitar o ponto de vista dela, eles mesmos revelaram o alcance repressivo das suas práticas por meio das quais começou o processo de reabilitação de Isabela. Tal reflexividade sobre a perigosa proximidade dos corpos que podem fechar oportunidades de vida ou liberar potências transformadoras, os levou a repensar na importância da Reforma Psiquiátrica e as dificuldades de escapar dos contínuos mecanismos de institucionalização das práticas que eles mesmos talvez pratiquem através dos seus corpos.

Tais análises clamam pelo aspecto ético e político necessário para se pensar novas formas concretas de se fazer saúde comunitária. Alargar essa perspectiva a todos os profissionais de primeiro e segundo nível, e ao campo da saúde de modo geral, é parte dos objetivos do presente trabalho que procurou colocar no foco da análise as modalidades múltiplas com as quais as subjetividades “habitam o cotidiano” e “constroem territórios”, dentro de fluxos de territorialização e desterritorialização.

Escolhendo uma perspectiva rizomática e nômade, que questiona continuamente a rigidez da unidade, dos decalques, dos segmentos, e restitui a complexidade ao mundo é possível construir formas de agregação fluidas que levem em conta como os sujeitos veem o mundo.

Espero que possa ser entendida a exigência de se utilizar trabalhos etnográficos de âmbitos diferentes numa tese que analisa a saúde mental comunitária. Foi necessária

uma metodologia multiforme própria para coletar os instrumentos e para desconstruir os modos nos quais a saúde e a doença se colocam em meio à dinâmicas específicas de poder, nas quais o nível epistemológico e o nível das práticas cotidianas são sempre implicados e intersectados. Ter levado esta reflexão para questões “teóricas” é parte do mesmo percurso etnográfico que se situa perto das pessoas, pois é na linguagem e no pensamento que se precisa trabalhar para modificar os padrões de acesso ao real. É necessário, portanto, pensar e construir territórios fluidos e múltiplos alinhados com as exigências e desejos das subjetividades que os usam e habitam, não obstante este seja um processo perigoso e precário, em contextos que diariamente produzem desigualdades.

Porém, é esse o caminho possível, na minha opinião, para ressignificar o conceito de cidadania e o direito à saúde segundo uma modalidade não excludente, mas “insurgente” (HOLSTON, 2007).

Referências bibliográficas

AGIER, M. Espaço urbano, família e status social: O novo operariado baiano nos seus bairros. **Cadernos do Centro de Recursos Humanos**, v. 13, pp. 39-62, 1990.

ALMAGIONI, G. **Demografia e potere**: Il discorso sulla riproduzione in Costa d'Avorio. 2002. Tesi (Dottorato) – Università degli Studi di Siena, Siena.

AMARANTE, P. (Ed.). **Loucos pela vida**: A trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Ensp/Fiocruz, 1995. 136 p.

_____. **O homem e a serpente**: Outras histórias para a loucura e a psiquiatria. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010. 141 p.

AMORE, C. S.; SHIMBO, L. Z.; RUFINO, M. B. C. **Minha Casa...E a Cidade?** Avaliação do Programa Minha Casa Minha Vida em seis estados brasileiros. 1. ed. Rio de Janeiro: Letra Capital, 2015. 428 p.

ANDERSON R.; GROSSMAN M. Health and the household. **Review of Economics of the Household**, n.7, p. 219-226, 2009.

APPADURAI, A. (ed.). **The social life of things**: Commodities in cultural perspective. 1. ed. USA: Cambridge University Press, 1986. 339 p.

_____. Cities and Citizenship. **Public Culture**, 8, p.187-204, 1996.

AQUINO, E.M.L.; MENEDES, G.M.S.; MARINHO, L.F.B. Mulher, saúde e trabalho no Brasil: desafios para um novo agir. **Caderno de Saúde Pública**, v.11, n.2, p. 281-290, 1995.

ARARAQUARA (Município). Prefeitura municipal. **Censo e caracterização da população em situação de rua de Araraquara**. Araraquara, 2012.

ARBEX, D. **Holocausto Brasileiro**. 1. ed. São Paulo: Geração Editorial, 2013. 256 p.

BACCHETTA, P.; FANTONE L. (a cura di). **Femminismi queer postcoloniali**: Critiche transnazionali all'omofobia, all'islamofobia e all'omonazionalismo. 1. Ed. Verona: Ombre Corte, 2015. 216 p.

BASSI, B. G. C. **Terapia Ocupacional na atenção básica em saúde no município de São Carlos**: Um enfoque nas pessoas com deficiência e nas pessoas com sofrimento mental. 2012. 134 f. Tese (Mestrado) – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos.

- BASAGLIA, F. **Conferenze brasiliane**. 1. ed. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2000. 288 p.
- BAUMANN, G. **L'enigma multiculturale: Stati, etnie, religioni**. 1. ed. Bologna: Il Mulino, 2003. 192 p.
- BANCO MUNDIAL. **Programa Saúde da Família**. Washington: World Bank, 2001.
- BECKER, G. Irrational behaviour and economic theory. **The Journal of Political Economy**, v. 70, n. 2, p. 1-13, 1962.
- _____. A theory of the allocation of time. **The Economic Journal**, v. 75, n. 299, p. 493-517, 1965.
- _____. Human capital and poverty. **Religion and Liberty**, v. 8, n. 1, 1996.
- BENEDUCE, R.; ROUDINESCO, E. (a cura di). **Antropologia della cura**. Torino: Bollati Boringhieri, 2005. 348 p.
- BERMAN, P.; KENDALL, C.; BHATTACHARYYA, K. The household production of health: Integrating social science perspectives on micro-level health determinants. **Social Science and Medicine**, v. 38, n. 2, p. 205-215, 1994.
- BERNARDI, S.; DEI, F.; MELONI, P. **La materia del quotidiano: Per un'antropologia degli oggetti ordinari**. 1. ed. Pisa: Pacini Editore, 2011. 224 p.
- BERNINI, L. **Apocalissi queer: Elementi di teoria antisociale**. 1. ed. Pisa: Edizioni ETS, 2013. 270 p.
- BIEHL, J. **Vita: Life in a Zone of Social Abandonment**. 1. ed. Berkeley and Los Angeles, California: University of California Press, 2005. 404 p.
- BIEHL, J.; GOOD, J.; KLEINMAN, A. (Eds.). **Subjectivity: Ethnographic investigations**. 1. ed. Berkeley and Los Angeles, California: University of California Press, 2013. 477 p.
- BIONDI, K. **Junto e misturado: Uma etnografia do PCC**. 1. ed. São Paulo: Terceiro Nome, 2010. 245 p.
- BONDUKI, N. **Origens da habitação social no Brasil: Arquitetura moderna, Lei do Inquilinato e difusão da casa própria**. 1. ed. São Paulo: Estação Liberdade, 1998. 344 p.

BOTT, E. **Family and social network**. Roles, norms and external relationships in ordinary urban families 1. ed. London: Taviston Publications, 1971. 363 p.

BOURDIEU, P. **Per una teoria della pratica**: Con tre studi di etnologia cabila. 1. ed. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2003. 338 p.

_____. **Le strutture sociali dell'economia**. 1. ed. Trieste: Asterios Editore, 2004. 264 p.

_____. **Homo Academicus**. 1. ed. Bari: Edizioni Dedalo, 2013. 376 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia prático do Programa Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. (2 Partes)

_____. **SIAB**: Manual do Sistema de Informatização da Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. **Saúde mental no SUS**: os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. **O trabalho do Agente Comunitário de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

_____. **Guia prático do Agente Comunitário de Saúde**, Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

_____. **Diretrizes do NASF**: Núcleos de Apoio a Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Cadernos de Atenção Básica, n. 27) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. **Guia prático de Matriciamento em Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. **Saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34)

BUTLER, J. **La vita psichica del potere**: Teorie del soggetto. 1. ed. Milano – Udine: Mimesis Edizioni, 1999. 254 p.

_____. **Questione di genere**: Femminismo e sovversione dell'identità. 1. ed. Milano: Laterza, 2013. 220 p.

CABRAL, M. F. M. G. Habitação e questão social: Análise do caso brasileiro, **Scripta**

nova, v. XI, n. 194, 2005.

CALDEIRA, T. **City of walls: Crime, segregation and citizenship in São Paulo**. London: University of California Press, 2000. 504 p.

CALDWELL, J. C.; CALDWELL, P. What have we learnt about the cultural, social and behavioural determinants of health? From selected readings to the First Health Transition Workshop. **Health Transition Review**, v. 1, n. 1, p. 3-16, 1991.

CALDWELL, J. C. Health transition: the cultural, social and behavioural determinants of health in the Third world. **Social Science and Medicine**, v. 36, n. 2, p. 125-135, 1993.

CANGUILHEM, G. **Sulla medicina: Scritti 1955-1989**. 1. ed. Torino: Einaudi, 2007. 102 p.

CARDOSO, A. L. (Org.). **O programa Minha Casa Minha Vida e seus efeitos territoriais**. 1. ed. Rio de Janeiro: Letra Capital, 2013. 322 p.

CARDOSO, M. D. **Médicos e clientela: Da assistência psiquiátrica à comunidade**. 1. ED. São Carlos: EdUFSCar, 1999. 229 p.

_____. Psiquiatria e antropologia: notas sobre um debate inconcluso. **Ilha**, v. 4, n. 1, p.85-113, 2002.

CARSTEN, J.; HUGH-JONES, S. (eds.). **About the house: Lévi-Strauss and beyond**. 1. ed. Cambridge: Cambridge University Press, 1995. 316 p.

CARSTEN, J. **Culture of relatedness: New approaches to the study of kinship**. 1. ed. New York, Cambridge University Press, 2000. 228 p.

_____. **After Kinship**. 1. ed. New York: Cambridge University Press, 2004. 232 p.

CARVALHO, C. V. Gênero e cultura material: Uma introdução bibliográfica. **Anais do Museu Paulista**, n. 8-9, p. 293-324, 2003.

CASTRO, E. V. DE. Perspectivismo e multinaturalismo na América indígena. **O que nos faz pensar**, n.18, setembro de 2004.

_____. Filiação intensiva e aliança demoníaca. **Novos Estudos**, v. 77, p. 91-126, 2007.

CATANZARO, R.; COLOMBO, A. (a cura di). **Badanti & co: Il lavoro domestico straniero in Italia**. 1. ed. Bologna: Il Mulino, 2011. 387 p.

CERDEIRA, M. T. **Segurança privada no Brasil: Panorama Atual – Situação dos Vigilantes e seguranças.** 2004. 102 f. Monografia apresentada no Curso de PósGraduação em Políticas e Estratégia do Naippe – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

CHEN, L. C.; KLEINMAN, A.; WARE, N. C. (eds.). **Health and social change in international perspective.** 1. ed. Boston: Harvard School of Public Health, 1994. 508 p.

CIERAAD, I. (ed.). **At home: An anthropology of domestic space.** 1. ed. New York: Syracuse University Press, 1999. 194 p.

CHARUTY, G. Occorre ridiscendere gli inferi: Follia e storia tra De Martino e Foucault, **Aut Aut. Un'etnopsichiatria della crisi e del riscatto**, p. 15-38, aprile-giugno 2015.

CLASTRES, P. **La società contro lo Stato: Ricerche di antropologia politica.** 1. ed. Verona: Ombre Corte, 2003. 160 p.

CLIFFORD, J. **Strade: Viaggio e traduzione alla fine del secolo XX,** 1. ed. Torino: Bollati Boringhieri, 1999. 461 p.

COHEN, A. P. **The symbolic construction of community.** 1. ed. London: Routledge, 1985. 128 p.

COMAROFF, J.; COMAROFF J. L. (eds.). **Modernity and its malcontent: Ritual power in postcolonial Africa.** 1. ed. Chicago and London: The University of Chicago Press, 1993. 223 p.

COREILL J.; MULL J. D. **Anthropology and primary health care.** 1. ed. Boulder: Westview Press, 1990. 328 p.

COREIL, J. Maternal time allocation in relation to kind and domain of primary healthcare. **Medical Anthropology Quarterly**, New Series, v. 5, No. 3, Contemporary issues of Anthropology in international health, p. 221-235, 1991.

COROSSACZ RIBEIRO, V. **Il corpo della nazione: Classificazione razziale e gestione sociale della riproduzione in Brasile.** 1. ed. Roma: CISU, 2004. 278 p.

_____. **Razzismo, meticciato, democrazia razziale: Le politiche della razza in Brasile.** 1. ed. Soveria Mannelli, Rubbettino Editore, 2005. 136 p.

CORREIA DA SILVA, A. T.; MENENDEZ, ROSSI P. Esgotamento profissional e transtornos mentais comuns em agentes comunitários de saúde. **Revista de saúde pública**, v. 42, n. 5, p. 921-929, 2008.

COUTO, M. T. Estudos de famílias populares urbanas e a articulação com gênero. **Antropológicas**, v. 16, n. 1, p. 197-216, 2005.

COZZI, D. **Le imperfezioni del silenzio**: Riflessioni antropologiche sulla depressione femminile in un'area alpina. 1. ed. Acireale: Bonanno Editore, 2007. 131 p.

_____. (a cura di). **Le parole dell'antropologia medica**: Piccolo dizionario. 1. ed. Perugia: Morlacchi Editore, 2012. 358 p.

CUTOLO, A. Individuo, soggetto e potere. Louis Dumont e Michel Foucault a confronto. **Quaderni di teoria sociale**, n.7, 2007.

DALMOLIN, M. B.; VASCONCELLOS M. P. Etnografia de sujeitos em sofrimento psíquicos. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, n. 1, p. 49-54, 2008.

DAMATTA, R. **A casa e a rua**: Espaço, cidadania, mulher e morte no Brasil. 5. ed. Rio de Janeiro: Rocco, 1997. 164 p.

DAVANZO, J.; GERTLER, P. **Household production of health**: a microeconomic perspective on health transitions. 1. ed. Santa Monica: The RAND Corporation, 1990. 37 p.

DAS, V.; KLEINMAN, A.; LOCK, M.; RAMPHELE, M.; REYNOLDS, P. (Eds.). **Remaking a World**: Violence, Social Suffering and Recovery. 1. ed. Berkeley: University of California Press, 2001. 302 p.

DE CERTEAU, M. **L'invenzione del quotidiano**. 1. ed. Roma: Edizioni Lavoro, 2001. 339 p.

DEI, F.; MELONI, P. **Antropologia della cultura materiale**. 1. ed. Roma: Carocci Editore, 2015. 115 p.

DE LAURETIS, T. Eccentric Subjects: Feminist Theory and Historical Consciousness, **Feminist Studies**, v. 16, n. 1, p. 115-150, 1990.

DELEUZE, G., GUATTARI, F. **Mille piani**: Capitalismo e schizofrenia. 1. ed. Roma: Lit Edizioni, 2014. 605 p.

DE MARTINO, E. **La fine del mondo**: Contributo all'analisi delle apocalissi culturali.

1. ed. Torino: Giulio Einaudi Editore, 1977. 727 p.

DE PAULA, S. G. O country no Brasil contemporâneo. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v.5, julho 1998.

DI STEFANO, F. **Il corpo senza qualità**: Arcipelago queer. 1. ed. Napoli: Cronopio, 2010. 197 p.

DOBIES, D. V.; FIORONI, L. N. Mental health care in the municipality of São Carlos, State of São Paulo: remarks about its history and current situation. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.14, n.33, p. 285-99, 2010.

DO LAGO CORREA, L. **Autogestão habitacional no Brasil**: utopias e contradições. 1. ed. Rio de Janeiro: Letra Capital, 2012.

DONATO ZANI, I. **Movimento moderno, planejamento urbano e poder local em Araraquara/SP**: O processo de elaboração e implementação do primeiro Plano Diretor – 1950 a 1982. 2014. 180 f. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Arquitetura e Urbanismo da Universidade de São Paulo, São Carlos. 2014.

DUARTE, L. F. **Da vida nervosa nas classes trabalhadoras urbanas**. 1. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1986. 290 p.

_____. Indivíduo e pessoa na experiência da saúde e da doença. **Ciência & Saúde coletiva**, v. 8, n. 1, p. 173-183, 2003.

_____. The home sanctuary – personhood, family and religiosity. **Religião e Sociedade**, v. 26, n. 2, Rio de Janeiro, 2006.

ESTROFF, S. **Making it crazy**: An ethnography of psychiatric clients in an American community. 1. ed. Berkeley and Los Angeles: University of California Press, 1981. 338 p.

FASSIN, D. **L'espace politique de la santé**: Essai de généalogie. 1. ed. Paris: Puf, 1996. 323 p.

_____. Un ethos compassionevole: La sofferenza come linguaggio, l'ascolto come politica. In: QUARANTA, I. (a cura di). Sofferenza sociale. **Antropologia Annuario**, n. 8, 2007. p. 93-111.

FERREIRA WHITACKER, J. S. (coord.). **Produzir casas ou construir cidades?** Desafios para um novo Brasil urbano. 1. ed. São Paulo: Editora FUPAM, 2012.

FONSECA, C. Concepções de família e práticas de intervenção: uma contribuição antropológica. **Saúde e Sociedade**, v. 14, n.2, p. 50-59, 2005.

_____. Apresentação de família, reprodução e parentesco: algumas considerações. **Cadernos Pagu**, v.29, p. 9-35, 2007.

_____. Família e Parentesco na Antropologia Brasileira Contemporânea. In: MARTINS, C. B. (ed.). **Horizontes das ciências sociais no Brasil: Antropologia**. 1. ed. São Paulo: Editora Barcarolla, 2010. p. 123-154.

FORTES, M.; EVANS PRITCHARD, E.E. (org.). **African political systems**. 1. ed. London: Oxford University Press, 1940.

FOUCAULT, M. **Malattia mentale e psicologia**. 1.ed. Milano: Raffaello Cortina Editore, 1997. 102 p.

_____. La nascita della medicina sociale. In: DAL LAGO, A. (a cura di). **Archivio Foucault 2: Poteri, saperi, strategie**. 1. ed. Milano: Feltrinelli, 1997a.

_____. **Il potere psichiatrico**: Corso al Collège de France (1974-1975). 1. ed. Milano: Feltrinelli, 2004. 407 p.

_____. **La volontà di sapere**: Storia della sessualità 1, 10. ed. Milano: Feltrinelli, 2004a. 142 p.

_____. **Nascita della biopolitica**: Corso al Collège de France (1978-1979). 1. ed. Milano: Feltrinelli, 2005. 352 p.

_____. **Sicurezza, territorio, popolazione**: Corso al Collège de France (1977-1978). 1. ed. Milano: Feltrinelli, 2005a. 399 p.

_____. **La storia della follia nell'età classica**. 8. ed. Milano: Bur, 2006. 819 p.

_____. **L'archeologia del sapere**. Una metodologia per la storia della cultura. Bur, Milano 2006a. 561 p.

_____. **Gli anormali**: Corso al Collège de France (1974-1975). 1. ed. Milano: Feltrinelli, 2007. 322 p.

_____. **L'ermeneutica del soggetto**: Corso al Collège de France (1981-1982). 1. ed. Milano: Feltrinelli, 2011. 581p.

FREIRE COSTA, J. **Ordem médica e norma familiar**. 5. ed. São José: Graal Editora,

2004. 289 p.

FREYRE, G. **Casa-Grande & Senzala**: Formação da família brasileira sob o regime de economia patriarcal. 9. ed. Rio de Janeiro: Livraria José Olympio Editora, 1958. 574 p.

_____. **Sobrados e Mocambos**: Decadência do patriarcado rural e desenvolvimento do urbano, 4. ed. Rio de Janeiro: Livraria José Olympio Editora, 1968. 2 v.

_____. **Oh de casa!** Em torno da casa brasileira e de sua projeção sobre um tipo nacional de homem. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora Artenova, 1979. 169 p.

GEERTZ, C. **The interpretation of cultures**. 1. ed. USA: Basic Books, 1973. 480 p.

_____. **Oltre i fatti**: Due paesi, quattro decenni, un antropologo. 1 ed. Bologna: Il Mulino, 1995. 216 p.

GIAMPAOLI, M. Progetti terapeutici e rapporti temporanei nella pratica del Centro de atenção psicossocial per alcool e drogas (CAPS-AD) di Araraquara (Stato di São Paulo, Brasile). **AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica**, n. 38, p. 415-435, 2014.

GOMES, J. A.; BRITO, C. M. D. Apoio matricial e terapia ocupacional: uma experiência de abordagem na saúde da criança. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 24, n.1, p. 81-86, 2013.

GONÇALVES, L. M. **Os vazios urbanos na estruturação da cidade de Araraquara**. Tese de Doutorado. São Paulo: FAU-USP, 2004.

GRILLI, S. Case, cibo e famiglia. Pratiche dell'abitare e della relazionalità parentale, **Lares**: Culture domestiche. Saggi interdisciplinari, Anno LXXX, n. 3, p. 469-490, 2014.

GRILLI, S.; ZANOTELLI, F. **Scelte di famiglia**: Tendenze della parentela nella società contemporanea. 1. ed. Pisa: Edizioni ETS, 2010. 284 p.

GROLEAU, D.; YOUNG, A.; KIRMAYER, L. J. The McGill Illness Narrative Interview (MINI): an interview schedule to elicit meanings and modes of reasoning related to illness experience. **Transcultural Psychiatry**, v. 43, n.4, p. 671-691, 2006.

GUATTARI, F. **As três ecologias**. 11. ed. Papirus: Campinas, 2001. 56 p.

GUDEMAN, S.; RIVERA, A. **Conversations in Colombia**: The domestic economy in life and text. New York: Cambridge University Press, 1990. 207 p.

GUIMARÃES, A. S. A. **O preconceito sobre os baianos**. Apresentação no Congresso Internacional da Latin American Studies Association (LASA), 2000.

GUPTA, A.; FERGUSON, J. Discipline and practice: "The Field" as Site, Method and Location in Anthropology. In _____. (eds.). **Anthropological locations: boundaries and grounds of a field science**. 1. ed. Berkeley: University of California Press, 1997. p. 1-46.

HARAWAY, D. A Manifesto for Cyborgs: Science, Technology, and Socialist Feminism in the 1980s. **Australian Feminist Studies**, v. 2, n. 7, p. 1-42, 1987.

HERZFELD, M. **Antropologia: Pratica della teoria nella cultura e nella società**. 1. ed. Firenze: Seid Editori, 2006. 456 p.

HIRATA, H. Globalização e divisão sexual do trabalho. **Caderno Pagu**, n.17-18, p. 139-56, 2002.

HITA, M. G.; DUCCINI, L. Exclusão social, desafiliação e inclusão social no estudo de redes sociais de famílias pobres soteropolitanas. In: ZICCARDI, A. (org.). **Procesos de Urbanización de la Pobreza y Nuevas Formas de Exclusión Social: Los Retos de las Políticas Sociales de las Ciudades Latinoamericanas del Siglo XXI**. 1. ed. Bogotá: Siglo del Hombre Editores/Clacso, 2008. p. 181-212.

HOLSTON, J. **Insurgent citizenship: Disjunctions of democracy and modernity in Brazil**. 1. ed. New Jersey, Princeton University Press, 2007. 416 p.

JUCÁ, V. J. S.; NUNES, M. O.; BARRETO, S. G. Programa de Saúde da Família e Saúde Mental: impasses e desafios na construção da rede. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n.1, p.173-182, 2009.

JULIEN, M. P.; WARNIER, J. P. (sous la direction de). **Approches de la culture matérielle: Corps à corps avec l'objet**. 1. ed. Paris: L'Harmattan, 1999. 144 p.

KASPER, C. P. **Habitar a rua**. 2006. 250 f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

KLEINMAN, A.; DAS, V.; LOCK, M. (eds.). **Social Suffering**. 1. ed. Berkeley: University of California Press, 1997. 425 p.

KLEINMAN, A.; GOOD, B. J. (eds.). **Culture and depression: Studies in anthropology and cross-cultural psychiatry of affect and disorder**. 1. ed. Berkley:

University of California Press, 1985.

KUPER, A. **Wives for cattle**: bridewealth and marriage in Southern Africa. 1. ed. London: Routledge, 1982.

INGRANDE, D. **La vita e la norma**: Un'analisi antropologica tra medicina, etica e diritto. 2006. 66 f. Tesi (Laurea triennale in Discipline etnoantropologiche) – Facoltà di Lettere e Filosofia, Università degli Studi di Siena, Siena.

_____. **Soggetto, igiene, salvezza**: La figura dell'Agente Comunitario di Salute in Brasile. 2011. 257 f. Tesi (Laurea specialistica in Antropologia Culturale ed Etnologia) – Facoltà di Lettere e Filosofia, Università degli Studi di Siena, Siena.

LATOUR, B. **Reassembling the social**: An introduction to Actor-Network-Theory. 1. ed. New York: Oxford University Press, 2005. 301 p.

LEMOS, C. A. C. **Historia da casa brasileira**. 1. ed. São Paulo: Editora Contexto, 1989. 83 p.

LÉVI-STRAUSS, C. **Le strutture elementari della parentela**. 1. ed. Milano: Feltrinelli, 1969. 649 p.

_____. Maison. In: BONTÉ, P.; IZARD, M. **Dictionnaire de L'Ethnologie et de L'Anthropologie**. 1. ed. Paris: PUF. 1991. p. 434-436,

_____. **Il crudo e il cotto**. 1. ed. Milano: Il Saggiatore, 1996. 479 p.

_____. **Il pensiero selvaggio**. 1. ed. Milano: Il Saggiatore, 2010. 323 p.

_____. La famiglia. In: _____. **Lo sguardo da lontano**. 1. ed. Milano: Il Saggiatore, 2010a. p. 53-75.

LIMA, R. P. **O processo e o (des)controle da expansão urbana de São Carlos (1857-1977)**. 2007. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Arquitetura e Urbanismo) – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos.

MACHADO, R. **(Da)Nação da norma**: Medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil. 1. ed. São Paulo: Graal, 1978. 316 p.

MALOUF, S. W. Corpo e corporalidade nas culturas contemporâneas: abordagens antropológicas. **Esboços**, v. 9, n. 9, p. 87-101, 2001.

MARCELIN, L. H. A linguagem da casa entre os negros no Recôncavo baiano. **Mana**,

v. 5, n. 2, p. 31-60, 1999.

MARCHETTI, S.; MASCAT, J. M. H.; PERILLI V. **Femministe a parole**: Grovigli da districare. 1. ed. Roma: Ediesse, 2012. 368 p.

MARCUS, G. Ethnography in/of the world system: the emergence of multi-sited ethnography. **Annual Review of Anthropology**, v. 24, p. 95-117, 1995.

MARTIN, E. **The woman in the body**: A cultural analysis of reproduction. Boston: Beacon Press books, 1987. 276. p.

MARTINS, A. A. C. A forma de morar: a transformação da casa brasileira à luz das normas reguladoras da estética da paisagem e das edificações. **Univ. Arquitetura e Comunic. Social**, v. 7, n. 1, p. 1-18, 2010.

MARTINS, Á. K. L.; BRAGA, V. A. B.; SOUZA, Â. M. A. Práticas em saúde mental na estratégia saúde da família: um estudo bibliográfico. **Revista RENE**, v. 10, n. 4, p. 165-172, 2009.

MASCIA-LEES, F. E. (ed.). **A companion to the anthropology of the body and embodiment**. 1. ed. USA: Blackwell Publishing, 2011. 560 p.

MAUSS, M. **Teoria generale della magia e altri saggi**. 3. ed. Torino: Einaudi, 2000. 417 p.

MCCALLUM, C.; BUSTAMANTE, V. Parentesco, gênero e individuação no cotidiano da casa em um bairro popular de Salvador da Bahia. **Etnográfica**, v. 16, n. 2, p. 221-246, 2012.

MILLER, D. (ed.). **Home possessions**: Material culture behind closed doors. 1. ed. Oxford: Berg, 2001. 234 p.

_____. **Cose che parlano di noi**: Un antropologo a casa nostra. 1. ed. Bologna: Il Mulino, 2014. 147 p.

MINELLI, M. Agire in quotidiani stati d'eccezione. Forme di vita e biopolitiche in un'etnografia nel campo della salute mentale. **Antropologia Annuario. Sofferenza sociale**, n. 8, p. 145-170, 2006.

_____. **Santi, demoni, giocatori**: Una etnografia delle pratiche di salute mentale. 1. ed. Lecce: Argo, 2011. 318 p.

_____. Capitale sociale e salute. In COZZI, D. **Le parole dell'antropologia medica**:

Piccolo dizionario. 1. ed. Perugia: Morlacchi Editore, 2012. p. 11-50.

_____. “Divorare per non essere divorati”: Etnografia dei processi di deistituzionalizzazione nel campo della salute mentale in Brasile. **Lares. Quadrimestrale di studi demoetnoantropologici**, v.2, a. 80, p. 387-412, 2014.

MINELLI, M.; REDINI, V. Vulnerabilità e agentività nella sfera più intima. Una ricerca su operatori socio-sanitari, familiari e badanti nell’assistenza domiciliare alla persona disabile anziana. **AM. Rivista della Società Italiana di Antropologia Medica**, n. 29-30, p.267-314, 2012.

_____. Il “caso”, la vita e le sue condizioni. Per una antropologia politica del Welfare in Italia, **ANUAC. Rivista dell'Associazione Nazionale Universitaria Antropologi Italiani**, v. 4, n. 1, p. 145-169, giugno 2015.

MOL, A. **The body multiple: Ontology in medical practice**. 1. ed. USA, Duke University Press: 2004. 216 p.

MONTERO, P. **Da doença à desordem: As práticas mágico-terapêuticas na umbanda**. 1983. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – USP, São Paulo.

MOORE, H. **A passion for difference: Essays in anthropology and gender**. 1. ed. Cambridge: Polity Press, 1994. 186 p.

MOTTA-MAÚES, M. A. Na “casa da mãe”/na “casa do pai”: Anotações (de uma antropóloga e avó) em torno da “circulação” de crianças. **Revista de Antropologia**, v. 47, n. 2, p. 427-452, 2004.

MOURA PATRIOTA; C. **Condomínios no Brasil Central: Expansão urbana e antropologia**. 1. ed. Brasília: Letras Livres, 2012. 280 p.

NETO DE OLIVEIRA, A. V.; DIAS BORGES, M. Atenção Domiciliar no Sistema Único de Saúde (SUS): o que representou o Programa Melhor em Casa?. **Revista Divulgação em Saúde para Debate**, n. 51, p. 58-71, 2014.

OLIVEIRA, N. S.; MAIO, M. C. Estudos de comunidade e ciências sociais no Brasil. **Revista Sociedade e Estado**, v. 26, n. 3, p. 521-550, 2011.

PALMEIRA, M. Casa e trabalho: notas sobre as relações sociais na plantation tradicional. **Contraponto**, v. II, n.2, p.103-114, 1977.

PALUMBO, B. **Madre madrina: Rituale, parentela e identità in un paese del Sannio (San Marco dei Cavoti)**. 1. ed. Milano, Franco Angeli: 1991. 245 p.

_____. Messages in a bottle: etnografia e autoetnografia del campo accademico antropologico in Italia. **La Ricerca Folklorica**, n. 67-68, p. 185-210, 2013.

PAPA, C. Famiglia, residenza, patrimonio: Quali modelli?. **La Ricerca Folklorica. Forme di Famiglia. Ricerche per un atlante italiano: parte seconda**, n. 27, p.13-33, 1993.

PASQUINELLI, C. **La vertigine dell'ordine**: Il rapporto tra sé e la casa. 1. ed. Bologna: Baldini, Castoldi, Dalai, 2004. 140 p.

PASSOS GOUVEIA, R. Configurações do "Care" no campo da saúde mental: as mulheres em evidência. **Revista Feminismo**, v. 3, n. 1, p. 25-35, 2015.

PEGGION, E. A. **Você tem ciência disso?**: O etanol brasileiro. Comunicação apresentada no XXXII Encontro Anual da Anpocs – Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Ciências Sociais, 27-31 de outubro de 2008.

_____. A. **Relações em perpetuo desequilíbrio**. A organização dualista do povo kagwahiva da Amazônia. 1. ed. São Paulo: Annablume - Fapesp, 2011. 298 p.

PELLECCHIA, U.; ZANOTELLI, F. **La cura e il potere**. Salute globale, saperi antropologici, azioni di cooperazione sanitaria transnazionale. 1. ed. Firenze-Catania: Ed.it, 2010. 268 p.

PERILLI, V.; ELLENA, L. Intersezionalità. In MARCHETTI, S.; MASCAT, J. M. H.; PERILLI, V. **Femministe a parole**: Grovigli da districare. 1. ed. Roma: Ediesse, 2012. p. 130-135.

PETRYNA, A. **Life exposed**: Biological citizens after Chernobyl. 1. ed. Princeton: Princeton University Press, 2002. 304 p.

PIETRANGELI, M. Queer. In: MARCHETTI, S.; MASCAT, J. M. H; PERILLI, V. **Femminismi a parole**: Grovigli da districare. 1. ed. Roma: Ediesse, 2012. p. 229-236.

PIZZA, G. **Antropologia medica**. 1. ed. Roma: Carocci, 2005. 308 p.

PIZZA, G.; JOHANNENSEN, H. Incorporazione e Stato. In: COZZI, D. **Le parole dell'antropologia medica**: Piccolo dizionario. Perugia: Morlacchi Editore, 2012. p. 113-125.

PRECIADO, B. Multidões queer. Notas para uma política dos “anormais”. **Revista de Estudos Feministas**, v. 19, n. 1, p. 11-20, 2011.

QUARANTA, I. (a cura). **Antropologia Medica: I testi fondamentali**, Milano: Raffaello Cortina Editore, 2006. 323 p.

_____. Introduzione: Sofferenza sociale. **Antropologia Annuario: Sofferenza sociale**, n. 8, pp. 5-15, 2006.

RABELO, M. C.; ALVES, P. C. B.; SOUZA, I. M. A. **Experiência de doença e narrativa**. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999. 264 p.

RAHOLA, F. La forma campo. Appunti per una genealogia dei luoghi di internamento contemporanei. **Deportate, esuli, profughe**. Rivista telematica di studi sulla memoria femminile, n.5-6, p. 17-31, 2006.

RAMOS, A. R. Los dilemas del pluralismo brasileiros. **Maguaré**, v. 18, pp.7-32, 2004.

ROSA TRONCON, T. **Fronteiras em disputa na produção da cidade: a trajetória do “Gonzaga” de favela a bairro de periferia**. 2008. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Campinas.

_____. Planejamento urbano e política habitacional no Brasil: institucionalização, dicotomização, municipalização. Reflexões a partir do caso de São Carlos – SP. **Revista de Pesquisa em Arquitetura e Urbanismo**, v. 16, n. 2, p. 17-34, 2012.

ROSE, N. **La política della vita**. 1. ed. Torino: Einaudi, 2008. 480 p.

ROSSELLIN, C. Pratiques habitantes dans de logements d'une seule piece. **Communications**, v. 73, n. 1. p. 95-112, 2002.

ROSALDO, R. **Culture and truth: The remaking of social analysis**. 1. ed. Boston: Beacon Press, 1989.

SANTOS, M. **Por uma outra globalização (do pensamento único à consciência universal)**. 2. ed. Rio de Janeiro: Record, 2001. 174 p.

SANTOS, E. C. V.; MARTIN, D. Cuidadoras de pacientes alcoolistas no município de Santos, SP, Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, n. 2, p. 194-199, 2009.

SÃO CARLOS (Município). Prefeitura Municipal. FUNDAÇÃO DE APOIO À UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (FUSP). **Revisão do Plano Diretor do município de São Carlos**. São Carlos, 2011.

SARACENO, B. **Discorso globale, sofferenze locali: Analisi critica del Movimento di**

salute mentale globale. 1. ed. Milano: Il Saggiatore, 2014. 220 p.

SARDENBERG, C. Mães e filhas: etapas do ciclo de vida, trabalho e família entre o antigo operariado baiano. **Cadernos do Centro de Recursos Humanos**, v. 29, p. 21-47, 1998.

SARTI, C. A. A família como ordem simbólica. **Psicologia USP**, v.15, n.3, p. 11-28, 2004.

_____. "Deixarás pai e mãe": Notas sobre Lévi-Strauss e a família. **Revista Antropológicas**, v. 9, n. 16, 1, p.31-52, 2005.

_____. **A família como espelho**: Um estudo sobre a moral dos pobres. 7. ed. São Paulo: Cortez Editora, 2012. 152 p.

SCHEPER-HUGHES, N.; LOCK, M. M. The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology. **Medical Anthropology Quarterly**, v. 1, n.1, p. 6-41, 1987.

SCHIRRIPA, P. **La vita sociale dei farmaci**: Produzione, circolazione, consumo degli oggetti materiali della cura. 1. ed. Lecce: Argo, 2015. 206 p.

SCHNEIDER, D. M. *A critique of the study of kinship*, The University of Michigan Press, USA, 1984. 213 p.

SCHONBERG, J.; BOURGOIS, P. **Reietti e fuorilegge**: Antropologia della violenza nella metropoli americana. 1. ed. Roma: DeriveApprodi, 2011. 416 p.

SCHRAMM, M. A. et Al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 4, p. 897-908, 2004.

SCOTT, P. A etnografia da família de camadas médias e de pobres urbanos: trabalho, poder e a inversão do público e do privado. **Revista de Antropologia**, UFPE, v. 1, n. 2, p. 142-160, 1996.

SCOTT, P. A família brasileira diante de transformações no cenário histórico global. **Antropológicas**, v. 16, n. 1, p. 217-242, 2005.

SENNETT, R. Carne e pedra. O corpo e a cidade na civilização ocidental. 3. ed. Rio de Janeiro: Record, 2003. 362 p.

SEPPILLI, T. Antropologia medica: fondamenti per una strategia. **AM. Rivista della Società di Antropologia Medica**, n.1-2, p. 7-22, 1996.

_____. La casa rurale in Italia: Lineamenti di storia degli studi. In: MINELLI, M. - PAPA, C. (a cura di). **Scritti di antropologia culturale I**. 1. ed. Firenze: Leo S. Olschki Editore, 2008. p. 441-464.

SHIMBO ZANIN, L. **Habitação social, habitação de mercado**: a confluência entre estado, empresas construtoras e capital financeiro. 2010. 359 f. Tese (Doutorado – Programa de Pós-Graduação em Arquitetura e Urbanismo e Área de Concentração em Teoria e História da Arquitetura e do Urbanismo) – Escola de Engenharia de São Carlos da Universidade de São Paulo, São Carlos.

SIGNORELLI, A. **Antropologia urbana**: Introduzione alla ricerca in Italia. 1. ed. Milano: Guerini e Associati, 1996. 221 p.

_____. **Ernesto de Martino**: Teoria antropologica e metodologia della ricerca. Roma: L'asino d'oro Edizioni, 2015. 137 p.

SILVA, C. M.; EWALD, A. P. Políticas em saúde mental: o que vem sendo produzido. **Mnemosine**, v. 2, n.1. p. 36-44, 2006.

SILVA, J. A. **O agente comunitário de saúde do projeto QUALIS**: Agente institucional ou agente de comunidade?. 2001. 231 f. Tese (Doutorado) – Departamento de Prática de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo.

SILVA, L. G.; CORTEGOSO, A. L.; LUSSI, I. A. O. Da orientação profissional à inserção laboral de usuários de serviços de saúde mental em empreendimentos econômicos solidários. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, v. 22, n. 2, p. 271-283, 2014.

SINGER, P. **Introdução à Economia Solidária**. 1. ed. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2002.

SOLINAS, P. G. (a cura di). **Gli oggetti esemplari**: I documenti di cultura materiale in antropologia. 1. ed. Siena: Editori del Grifo, 1989.

_____. La residenza instabile. **La Ricerca Folklorica**. Forme di Famiglia. Ricerche per un atlante italiano: parte prima, n. 25, p. 47-50, 1992.

_____. **Acqua strangia**: Il declino della parentela nella società complessa. 1. ed. Milano: FrancoAngeli, 2004.

_____. **La famiglia**: Un'antropologia delle relazioni primarie. 1. ed. Roma: Carocci,

2010. 264 p.

_____. Sahlins, la parentela, essere e non essere: non è un problema. **ANUAC. Rivista dell'Associazione Nazionale Universitaria Antropologi Italiani**, v. 4, n.1, p. 189-195, giugno 2015.

STRATHERN, M. **Partial connections**. 1. ed. Oxford: Rowman & Littlefield Publishers, 2004. 153 p.

_____. **O efeito etnográfico e outros ensaios**. 1. ed. São Paulo: Cosac Naify, 2014. 576 p.

TARTUCE, G. L. B. P.; HIRATA, H.; GUIMARÃES, N. A. **Cuidado e cuidadoras: as várias faces do trabalho do care**. **Resenhas. Cadernos de Pesquisa**, v. 43, n. 148, p. 366-377, 2013.

TAUSSIG, M. T. **My cocaine museum**. 1. ed. Chicago: The University of Chicago Press, 2004. 336 p.

TEIXEIRA P. E.; BRAGA DA COSTA, A. M.; BAENINGER, R. **Migrações: implicações passadas, presentes e futuras**. 1. ed. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2012. 368 p.

TORRE, E. H. G.; AMARANTE, P. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, n. 1, p. 73-85.

TUNDIS ALMEIDA, S.; COSTA, N. R. (org.). **Cidadania e loucura: Políticas de saúde mental no Brasil**. 1. ed. Petropolis: Editora Vozes, 2001. 288 p.

TRAD, L. A. B.; SANTOS A. C. S. O impacto socio-cultural do Programa de Saúde da Família: Uma proposta de avaliação. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 14, n. 2, p. 429-435, 1998.

TAFURI, D. M. Interfaces entre Estado e economia solidaria em um bairro de periferia urbana. **Illuminuras**, v. 16, n. 36, p. 185-217, 2014.

UCHÔA, E.; VIDAL, J. M. Antropologia médica: Elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 10, p. 497-504, 1994.

VALENCIO, N. F. S. L.; CORDEIRO, A. A. **Seminário Nacional População em Situação de Rua**, 1, 1, 14 de novembro de 2008, São Carlos/SP. São Carlos: UFSCar, 1998. 218 p.

VAN DER GEEST, S.; WHITE, S.; HARDON, A. **Social lives of medecines**. 1. ed. Cambridge: University of Cambridge Press, 2003. 212 p.

VISWESWARAN, K. **Fictions of feminist ethnography**. 1. ed. Minneapolis: University of Minnesota Press, 1994. 224 p.

VELHO, G. **A utopia urbana**: Um estudo de antropologia social. 1. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1973. 114 p.

_____. **Individualismo e Cultura**: notas para uma antropologia da sociedade contemporânea. 1. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1981. 149 p.

_____. **Subjetividade e sociedade**: Uma experiência de geração. 1. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1986. 112 p.

YANAGISAKO, S. J. Household in anthropology. In: WRIGHT, J. D. (ed.). **International Encyclopedia of the Social and Behavioral Sciences**. 1. ed. Pergamon: Elsevier Science, 2001. p. 6930-6934.

YOUNG, A. **The harmony of illusion**: Inventing post-traumatic stress disorder. 1. ed. New Jersey, Princeton University Press: 1995. 328 p.

WARNIER, J. P. **La cultura materiale**. 1. ed. Roma: Meltemi, 2005. 261 p.

WEBER, C. A. T. **Programa de Saúde da Família**: Educação e controle da população. 1. ed. Porto Alegre: AGE editora, 2006. 223 p.

WENGER, E. **Communities of practice**: learning, meaning, and identity. 1. ed. New York: Cambridge University Press, 1998. 336 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The Community Health Worker**. 1. ed. Geneva: World Health Organization, 1987.

WILK, R. (ed.). **The household economy**: Reconsidering the domestic mode of production. 1 ed. London: Westview Press, 1989. 266 p.

WOORTMANN, K. **A família das mulheres**. 1. ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1987. 316 p.

Sitografia

<http://claudioulpiano.org.br.s87743.gridserver.com/wpcontent/uploads/2012/04/guattari-astres-ecologias3.pdf>

<http://cienciahoje.uol.com.br/noticias/2014/06/a-carga-de-doenca-no-brasil>

<http://www.multitudes.net/Multitudes-queer/>

<http://www.professores.uff.br/tuliofranco/textos/reconhecimento-producao-subjetiva-cuidado.pdf>

<http://www.professores.uff.br/tuliofranco/textos/gestao-trabalho-saude-mental.pdf>

http://www.brasilpost.com.br/2015/10/09/estatuto-familia-aprovado_n_8269066.html

<http://www4.ti.ch/fileadmin/DSS/DSP/FSS/PDF/CartaOttawa.pdf>

<http://www.publicadireito.com.br/publicacao/ufsc/livro.php?gt=113>

<http://www.bancopalmas.org.br>

<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-14.pdf>