



O Sofrimento Psíquico em Relatos de Usuários de Saúde Mental

Psychic Suffering in Reports of Mental Health Users

El Sufrimiento Psíquico en Relatos de Usuarios de Salud Mental

Pablo Leonardo de Melo

Thelma Maria Grisi Velôso

Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), Campina Grande, PB, Brasil.

Resumo

Na história da humanidade, a loucura foi concebida de diversas formas. Atualmente a Reforma Psiquiátrica propõe a construção de um novo lugar social para a loucura, concebendo-a como sofrimento psíquico. Para compreender como os usuários de saúde mental a concebem, fizemos uma pesquisa com o objetivo de analisar como essas pessoas produzem sentidos sobre o sofrimento psíquico em vídeos de domínio público. Para desenvolver esta pesquisa, adotamos a perspectiva teórico-metodológica da proposta de estudo da produção de sentidos a partir da análise das práticas discursivas. Trata-se de uma investigação de natureza qualitativa, com caráter exploratório, para cujo desenvolvimento foi feita uma pesquisa documental. Foram utilizados os videodocumentários ‘A loucura entre nós’ e ‘Estamira’ e a Conferência ‘I am not a monster: schizophrenia’. Nos relatos analisados, os usuários referenciaram o sofrimento psíquico recorrendo ao discurso da Psiquiatria e à utilização de medicamentos, no entanto, alguns se posicionaram contrariamente a esse saber.

Palavras-chave: Produção de Sentidos; Pesquisa Documental; Usuários; Saúde Mental; Loucura.

Abstract

In the history of humanity, madness has been conceived in different ways. Currently, the Psychiatric Reform proposes the construction of a new social place for madness, conceiving it as psychic suffering. In order to understand how mental health users conceive it, we carried out a research with the aim of analyzing how these people produce meanings about psychic suffering in videos in the public domain. In order to carry out this research we adopted the theoretical-methodological perspective of the study proposal of the production of meanings from the analysis of discursive practices. This is a qualitative investigation with an exploratory approach for which a research of documents was carried out. The video documentaries “Madness among us”, “Estamira” and the Conference “I am a monster: schizophrenia” were used, however, some of the subjects referred to psychic suffering using the internment Psychiatry jargon, mentioning the use of medicines. However, some of them took a position against this practice.

Keywords: Production of Meanings; Documents Research; Mental Health Users; Madness.

Resumen

En la historia de la humanidad, la locura se ha concebido de diferentes maneras. Actualmente, la Reforma Psiquiátrica propone la construcción de un nuevo lugar social para la locura, concibiéndola como sufrimiento psíquico. Realizamos una investigación con el objetivo de analizar cómo los usuarios de salud mental producen sentidos sobre el sufrimiento psíquico en videos de dominio público. Para ello, adoptamos la perspectiva teórico-metodológica de la propuesta de estudio de la producción de sentidos a partir del análisis de las prácticas discursivas. Se trata de una investigación cualitativa, con carácter exploratorio, para cuyo desarrollo se realizó una pesquisa documental. Se utilizaron los video documentales: “*A loucura entre nós*”, “*Estamira*” y la Conferencia “*I am not a monster: schizophrenia*”. En los relatos analizados, los usuarios se refirieron al sufrimiento psíquico recurriendo al discurso de la Psiquiatría y a la utilización de medicamentos. No obstante, algunos tomaron posición contraria a ese conocimiento.

Palabras-clave: Producción de Sentidos; Pesquisa Documental; Usuarios; Salud Mental; Locura.

Introdução

Refletir sobre a concepção de loucura nos remete às colocações de Braga e Silveira (2005), que fazem uma retrospectiva que parte da Grécia Antiga – cujos filósofos a consideravam como vontade divina – até ocorrer uma mudança de concepção do campo místico para o racional. Portanto, a noção desse fenômeno varia conforme a concepção vigente em determinada sociedade.

Todavia, nem sempre, esse fenômeno foi denominado de loucura. Antes do Século XV, era chamado de possessão, e essas pessoas andavam pelas cidades revestidas de um caráter sagrado, conforme aponta Foucault (2008). Portanto, o louco era visto como um sujeito excepcionalmente abençoado ou

amaldiçoado pelos deuses. Na Idade Média, com o fim das Cruzadas e o desaparecimento do surto leproso, abriu-se um espaço para o louco como um novo representante de segregação social (Foucault, 2012). Segundo o referido autor, com a chegada do Século XVI, houve pouca alteração nesse panorama, pois os loucos continuavam a vagar pelas cidades, conduzidos em meio a mares e rios e servindo de inspiração para contos e sátiras. Portanto, a convivência com esses sujeitos de condutas extravagantes ainda era corriqueira.

A partir do Século XVII, o ‘insano’ começou a ser alvo do isolamento social. Foi nesse período em que se iniciou a chamada ‘Grande Internação’. Todos os que não tinham uma ocupação – desempregados, loucos, mendigos ou

vagabundos – e eram improdutivos deveriam ser internados em locais como o Hospital Geral de Paris (Foucault, 2012).

A internação é uma criação institucional própria do Século XVII. Ela assumiu, desde o início, uma amplitude que não lhe permite uma comparação com a prisão tal como esta era praticada na Idade Média. Como medida econômica e precaução social, ela tem valor de invenção. Mas, na história do desatino, ela designa um evento decisivo: o momento em que a loucura é percebida no horizonte social da pobreza, da incapacidade para o trabalho, da impossibilidade de integrar-se no grupo; o momento em que começa a inserir-se no texto dos problemas da cidade (Foucault, 2012, p. 89).

O Século XIX foi uma época marcada pelo surgimento do manicômio como um local voltado para tratar a alienação mental, como classificado por Pinel. Além do mais, com o advento das ciências naturais, o entendimento que pairava nessa época encontrou nas estruturas cerebrais a coerência para conceber a loucura como “doença mental”. “O manicômio é visto também como um lugar de tratamento moral, onde as pessoas são internadas porque fizeram coisas

erradas e precisam aprender o que é certo” (Grigolo, 2000, p. 102). É nesse processo em que a loucura é silenciada:

[...] a loucura, durante tanto tempo manifesta e loquaz, por tanto tempo presente no horizonte, desaparece. Entra num tempo de silêncio do qual não sairá durante um longo período; é despojada de sua linguagem; e se se pôde continuar a falar dela, ser-lhe-á impossível falar de si mesma (Foucault, 2008, p. 55).

Pelbart (1989) fala de uma cisão entre desrazão e loucura. A primeira é silenciada, e a segunda, “exibida numa distância protegida”. Na virada do século XIX, a loucura passou a ser objeto de conhecimento e de alienação, patologizada – doença mental. “O internamento ganha uma legitimidade moral, terapêutica e epistemológica [...] O medo passa para o lado do louco; sua existência passa a ser medida, subdividida, classificada, vigiada, julgada, responsabilizada ou inocentada, corrigida e punida – numa palavra, não excluída, mas dominada” (Pelbart, 1989, p. 60-61).

Nessa sucessão de marcos, no Século XX, especificamente em 1978, a Saúde Pública foi evidenciada pela luta em prol dos direitos dos usuários de saúde mental no Brasil. Tal movimento surgiu com a união de profissionais da área, de

peessoas que sofreram várias internações – ao longo do tempo e não obtiveram sucesso no tratamento – de seus familiares e sindicalistas e contribuiu para se elaborar uma nova concepção de loucura. Assim, no contexto brasileiro, o movimento antimanicomial criticava o tratamento moral empregado no âmbito da Saúde Mental, com uma proposta para superar o modelo asilar manicomial, que causava maus-tratos e que, muitas vezes, levava as pessoas a óbito sem que a sociedade se importasse com seu destino. No Brasil, com essa crítica, pretendia-se obter transformações inspiradas no paradigma da Psiquiatria Democrática Italiana (Delgado et al., 2007).

Ressalte-se, entretanto, que, só com a chegada do Século XXI é que foi sancionada a Lei nº 10.216/2001, criada pelo deputado Paulo Delgado, com o fim de propiciar tratamentos dentro da própria comunidade e de estabelecer direitos às pessoas acometidas de transtorno mental. Este século é marcado pela busca de outro “lugar social da loucura”, como dito por Amarante e Nunes (2018). Na atualidade, procura-se percorrer um caminho diferente da prática asilar – embora ainda haja uma terapêutica comum para grande parte da categoria médica psiquiátrica, que entende os fenômenos embasados na Psicopatologia e, conseqüentemente, atua pela contenção

medicamentosa. Trata-se de uma complexa reformulação em que são utilizados “outras estratégias e dispositivos políticos, sociais e culturais, e não apenas clínicos e terapêuticos” (Amarante & Nunes, 2018, p. 2070).

Busca-se não apenas acolher ou relativizar a loucura, mas também, efetivamente, questionar a dualidade razão-desrazão, demonstrando que a imprecisão, quando nos referimos a manifestações do pensar, do sentir e do agir, é o que existe de mais humano possível. “O direito a desrazão [...] significa liberar a subjetividade das amarras da verdade [...] devolver um direito de cidadania pública ao invisível, ao indivisível e até mesmo, por que não, ao impensável” (Pelbart, 1990, p. 137).

Motivados por essas questões, realizamos uma pesquisa com o fim de investigar como os usuários de saúde mental concebem, por meio dos seus relatos, o sofrimento psíquico. Mais especificamente, analisamos os sentidos produzidos sobre o sofrimento psíquico por usuários de saúde mental em vídeos de domínio público.

O marco teórico que norteou a pesquisa realizada foi a proposta de estudo da produção de sentidos a partir da análise das práticas discursivas. Fundamentada no movimento construcionista, essa proposta

visa analisar como as pessoas compreendem os acontecimentos e lidam com eles (M. J. P. Spink & Medrado, 2013). O sentido é construído por meio das práticas discursivas e de seus repertórios que permeiam o cotidiano, coerente com um contexto singular. Importa saber o lugar de onde o sujeito fala, para quem se dirige, como fala e o que deseja produzir com esse ou aquele posicionamento discursivo, localizando, de maneira muito específica, os enredos que a linguagem produz.

Este artigo apresenta um recorte dessa pesquisa mais ampla e ocupa-se dos relatos que, ao construir sentidos sobre o sofrimento psíquico, dialogam com o saber médico-psiquiátrico e, ao mesmo tempo, contestam-no, posicionando os narradores como pessoas capazes e úteis.

Metodologia

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, com caráter exploratório, para cujo desenvolvimento foi feita uma pesquisa documental. Esse tipo de pesquisa consiste de algo que irá agregar conhecimentos provenientes de uma fonte que não recebeu tratamento analítico e criar novas formas de compreender um documento. A pesquisa documental trabalha com “fontes primárias [...] como relatórios de pesquisas ou estudos,

memorandos, atas, arquivos escolares, autobiografias, reportagens, cartas, diários pessoais, filmes, gravações, fotografias, entre outras matérias de divulgação” (Kripka, Scheller & Bonotto, 2015, p. 59).

Neste estudo, os protagonistas dos vídeos já foram entrevistados por terceiros e relataram, no formato audiovisual, sua experiência com o sofrimento psíquico. Foram consideradas participantes da pesquisa todas as pessoas usuárias de serviços de saúde mental presentes nos vídeos que expressaram, em primeira pessoa, um relato sobre o sofrimento psíquico.

A escolha por essas produções se baseou no seguinte critério: os vídeos deveriam conter relatos de usuários de saúde mental no Século XXI, independentemente do contexto sociocultural em que viviam. Portanto, foram utilizadas as seguintes produções: ‘A loucura entre nós’, um documentário de 2016 (duração de 1 hora, 16 minutos e 05 segundos) dirigido por Fernanda Fontes Vareille e protagonizada por usuários, seus familiares e profissionais do Hospital Psiquiátrico Juliano Moreira, em Salvador - BA; ‘Estamira’, um documentário de 2005 (duração de 1 hora, 54 minutos e 11 segundos) dirigido por Marcos Prado e protagonizado por Estamira Gomes de Souza; e a conferência ‘*I am not a monster*:

schizophrenia’, proferida, em 2017, por Cecília McGough, produzida no TEDx talk, legendada em língua portuguesa, traduzida por Carl Lenny Homer e revisada por Maricene Crus (duração de 14 minutos e 40 segundos), em um evento sediado na Pensilvânia - EUA.

Os relatos presentes nos vídeos foram submetidos à análise de discurso de acordo com a proposta dos mapas dialógicos (M. J. P. Spink, 2010; M. J. P. Spink & Lima, 2013; Nascimento, Tavanti & Pereira, 2014). Na prática, isso é feito por meio da transcrição sequencial, que é o primeiro passo para identificar quem fala e sobre o que versa, e da transcrição integral, que preserva, literalmente, todas as falas e expressões reveladas. Essas ferramentas fornecem subsídios para se construir uma tabela inserida pelo processador de texto ‘Microsoft Word’, na qual se pode visualizar o cruzamento de linhas que identificam os participantes com as colunas que indicam as categorias/os temas (M. J. P. Spink, 2010; Nascimento, Tavanti & Pereira, 2014).

Sobre os aspectos éticos concernentes ao desenvolvimento da pesquisa científica, este estudo não foi submetido ao Comitê de Ética, por ser uma pesquisa documental, em que se utilizam vídeos de domínio público. Cabe salientar que, como não foi possível identificar o

nome de algumas pessoas, atribuímos-lhes pseudônimos para facilitar a referência a elas.

Resultados: Dos Sentidos Produzidos

Na maioria dos relatos, o sofrimento psíquico é nomeado com expressões que remetem ao saber médico-psiquiátrico, isto é, nomenclaturas técnicas, taxonomias de manuais, como a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID), ou descrição de sintomas em contrapartida a outros saberes.

Cecília: Mas o que é esquizofrenia? É importante pensar na esquizofrenia como um guarda-chuva de diagnósticos. A NAMI [*National Alliance on Mental Illness*] mostra diferentes sintomas como forma de diagnosticar a esquizofrenia, tais como delírios e alucinações, que são as características principais da doença (Conferência: *I am not a monster: schizophrenia*).

Djavan (pseudônimo): Eu tenho esquizofrenia. É... [pausa] Acho que é FG20.0. (Documentário: *A loucura entre nós*).

Leonor: Eu não me considero louca, mas la sociedad me tachô loca, e

como lo te disse [refere-se à entrevistadora e diretora do documentário], jo soy un subproduto lixo de la sociedad, jo soy loca, para la sociedad jo soy loca. Jo soy bipolar, endendes bipolar? Hora está em rima hora está en barro, nem siempre está en meio, jo tomo medicacion e faço question de tomar medicacion para manter meio, la media, la media, nem a rima nem abarro, en media en meio, comprendes Fernanda [diretora do documentário]? Claro que jo não voy sair a las ruas de máscara porque vão me aprisionar naturalmente, então jo tenho cuidado com mi vida, sabe!? [...] Dois mil e treze eu exercitei algumas coisas, mas mais assim associadas ao meu momento de crise depressiva, entende? [...] acho que é coisa de minha paranoia mesmo, sei não [...] eu acho que se eu não andar muito na linha, se eu vacilar, é como se as pessoas soubessem dessa minha fragilidade psicológica [...] (Documentário: A loucura entre nós).

Para explicar a esquizofrenia, a fala de Cecília se baseia na NAMI, sigla da *National Alliance on Mental Illness*, uma organização não governamental dos

Estados Unidos composta de familiares, psicólogos, psiquiatras, assistentes sociais, enfermeiros, farmacêuticos e voluntários dedicados a proporcionar bem-estar às pessoas em sofrimento psíquico (NAMI, 2022). Quando Cecília utiliza os termos esquizofrenia e diagnóstico – “É importante pensar na esquizofrenia como um guarda-chuva de diagnósticos” – vão sendo apresentadas pistas de um discurso médico como fonte de saber, o que demonstra sua familiaridade com esse vocabulário.

Djavan também encontra no saber médico a referência para sua fala. Ele é direto, ao indicar que tem esquizofrenia e localiza, com precisão, a classificação FG20.0, mas sem descrevê-la. Esse é um dos códigos presentes no Manual de Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID 10). O compêndio, geralmente utilizado pela categoria médica, tem 12 capítulos. O capítulo V é referente a transtornos mentais e a comportamentais e subdividido em psicopatologias que variam do F00 ao F99 (Organização Mundial da Saúde, 1997).

Já Leonor traz um enunciado bastante paradoxal, pois, ao mesmo tempo em que se afasta da loucura, diz que tem algum transtorno. Ao combinar o idioma espanhol com o português, assim como seus trajes carnavalescos no momento em que fala, indica alegria e entendimento, como

alguém que se considera sã, mas reconhece que, para a sociedade, é considerada louca, portadora de transtorno bipolar: “Jo soy loca, para la sociedad jo soy loca. Jo soy bipolar”. Para ela, o uso da medicação regula a oscilação entre os dois polos de humor, e esse uso é fundamental para que não seja excluída ao vivenciar seu modo de ser que, às vezes, é peculiar. O uso do termo ‘bipolaridade’, provavelmente por ser uma terminologia de cunho psiquiátrico, suaviza o estigma da loucura.

Observemos que Leonor utiliza três terminologias psiquiátricas – bipolaridade, depressão e paranoia – para indicar o tipo de sofrimento que vivencia, uma linguagem de origem médica, por recorrer a nomenclaturas técnicas de manuais. Ela se apropria, de forma imperativa, de sua condição, ao dizer em primeira pessoa: “jo soy bipolar”, “meu momento de crise depressiva”, “minha paranoia”, “minha fragilidade psicológica”, o que corrobora o discurso psiquiátrico, ao mesmo tempo em que se posiciona com astúcia, ao ressaltar julgamentos e punições que sofreria caso saísse com adereços inoportunos, seu zelo pela vida e o cuidado com sua existência e com a forma como é vista – “Claro que jo não voy sair a las ruas de máscara porque vão me aprisionar naturalmente, então jo tenho cuidado com mi vida, sabe!?”

Embora dialoguem com o discurso médico psiquiátrico, alguns entrevistados também se posicionam de maneira ativa, construindo outros discursos sobre a loucura, como se observa nos relatos a seguir:

Estamira: Bem, eu sou perturbada, mas lúcido e sei distinguir a perturbação, entendeu como é que é? E a coitada da minha mãe não conseguia, mas também pudera, eu sou Estamira, num é? Se eu não der conta de distinguir a perturbação, eu não sou Estamira, eu num era, num seria [...] Atesto que Estamira Gomes de Sousa, portadora de quadro, é... é, psicótico de evolução é... é crônica, alucinações auditiva, ideias de influen-influências discurso místico, deverá permanecer em tratamento psiquiátrico continuando-continuando.

[Estamira lê o que está escrito em um laudo]. Bem, a deficiência mental eu acho que tem é quem é imprestável, né!? Ora, quem tem problema mental [...] Bem, perturbação também é, né?, perturbação inda que tive pensando, perturbação também é, mas não é deficiência, perturbação é perturbação, qualquer um pode ficar

perturbado (Documentário: Estamira).

Cecília: Comecei a ver, ouvir e sentir coisas que não existiam [...] Estou muito bem, fingindo que não estou vendo o que vejo, ou simplesmente ignoro. Mas tenho gatilhos, como a cor vermelha que desperta isso em mim. [...] Agora, tornei-me defensora da saúde mental. Não vou me deixar levar pela autopiedade por causa do meu diagnóstico. Ao contrário, quero usá-lo como um denominador comum, para ajudar outras pessoas que têm esquizofrenia. E não vou descansar até que todas as pessoas com esquizofrenia no mundo deixem de ter medo de dizer: “Eu tenho esquizofrenia” [...] Precisamos mudar a cara da esquizofrenia, porque sua imagem atual está errada. Nunca permita que alguém diga que você não pode ter uma doença mental e que também não pode ser mentalmente forte. Você é forte, corajoso, é um guerreiro [...] eu tenho esquizofrenia e não sou um monstro (Conferência: *I am not a monster: schizophrenia*).
Djavan: Ser louco, para mim, é não ter domínio psicológico. Não ter capacidade psicológica de se

manter, de se ajudar e de ajudar os outros. [pausa] Eu não me acho doente mental. Se parar um pouquinho para analisar, eu tenho até medo de doente mental, sabia? Tenho até medo. Mas, como eu tenho medo, alguns também podem ter medo de mim, né!? [fala enquanto prossegue fazendo artesanato]. [...] Eu sei das minhas limitações, mas eu sei também onde eu posso chegar. Muitos num acreditam [quase ininteligível] no meu poten...no meu potencial. Eu não posso trabalhar sob pressão. Também não me faz bem trabalhar sob pressão. Eu gosto mesmo é de ficar à vontade. Meu pai é a mesma coisa, meu pai também falou fale-falo-falou [gaguejou] que ele não pode trabalhar sob pressão. Faz mal. E é uma coisa desagradável trabalhar sob pressão. “Faça isso!” Chega assim: “Num sei o quê, num sei o quê” [fala gesticulando com a mão esquerda como se interpretasse os ditos]. Um patrão cobrando muito a pessoa, eu num faço nada. Assim tem que me deixar à vontade. Dizem que eu, que eu sou, sou lento, mas eu não sou lento. Eu tenho o meu tempo, sabe? Eu tenho o meu tempo prá fazer aquilo que me agrada

(Documentário: A loucura entre nós).

Apesar de ser “perturbada”, como se autodeclara, Estamira também se considera lúcida e com capacidade de discernir: “Se eu não der conta de distinguir a perturbação, eu não sou Estamira, eu num era, num seria”. Destarte o efeito do sentido desse relato é ocupar um patamar diferente, ressignificando o que é negligenciado pelo enfoque asilar-manicomial.

Quando lê seu laudo médico, Estamira reflete sobre julgamentos que não estão contidos naquele documento, mas que são importantes de se trazer em pauta. O primeiro deles é a “deficiência mental”. Ela recusa o uso dessa terminologia por aludir a algo que seja inválido: “eu acho que tem é quem é imprestável, né!?”, indicando não se enquadrar nesse grupo e, portanto, reafirmando ser alguém útil, capaz. Já a perturbação, para ela, tem caráter corriqueiro, o que preserva sua posição de alguém capaz. Afinal, “perturbação é perturbação, qualquer um pode ficar perturbado”. Estamira aproxima a loucura de uma eventualidade normal, ou seja, a perturbação é explicada como algo típico, de que as pessoas (normais) ocasionalmente são acometidas. Com esse enunciado, ela reconsidera o sofrimento psíquico no que se refere a um caráter de invalidez para assumir o lugar de uma manifestação

pontual, afastando o estigma da loucura como algo depreciativo e que precisa ser excluído da sociedade. Estamira, mulher negra, que vivia como catadora de material reciclável, no maior aterro sanitário da América Latina, o Jardim Gramacho, em Duque de Caxias-RJ, ao fazer isso, inscreve-se em outro parâmetro, procura romper com a segregação racial, de classe e de gênero e sair da invisibilização a que foi condenada.

Já Cecília, ao negar os gatilhos para si, consegue viver bem, porém, mesmo se apoiando nessa negação, sabe que existe uma sensibilidade peculiar para algo, mas que esse algo precisa ser evitado para se proteger, e ela é capaz de fazer isso. O sofrimento psíquico é explicado como um fenômeno que pode ser driblado, uma estratégia que se constata na expressão “fingindo” – “Estou muito bem, fingindo que não estou vendo o que vejo, ou simplesmente ignoro”. Tal estratégia é uma forma de enfrentamento diante da experiência de ouvir vozes, como propõe o Movimento Internacional de Ouvidores de Vozes, que será explicitado mais adiante.

Cecília também produz posicionamentos em que reage ao seu diagnóstico, quando se dispõe a sair de um lugar onde teriam pena dela mesma: “Não vou me deixar levar pela autopiedade por causa do meu diagnóstico”. Seu relato dá

margem para se compreender a esquizofrenia como um fenômeno que é imprescindível ser reconsiderado, se necessário, por meio de frequentes tensões com sentidos depreciativos ou que se refiram aos sujeitos como perigosos e inconvenientes. Essa revisão no conceito de doença mental não apela para a piedade, mas para o reconhecimento da dignidade, da humanização e da potência dessas pessoas.

Ela não questiona o que nomeia de ‘doença mental’, mas que, ainda que haja esse diagnóstico, os sujeitos precisam ser encorajados e assumir uma identidade de resistência, conforme sugere ao usar os adjetivos “forte, corajoso e guerreiro” para demonstrar que é possível ir além de uma ideia de loucura que, ao longo dos séculos, foi posta em um lugar de passividade e silenciamento. Cecília reconhece seu diagnóstico, mas associado a uma constatação: “eu tenho esquizofrenia e não sou um monstro”.

Djavan questiona e afasta de si o rótulo de louco, pois, embora tenha concedido a entrevista no interior de um hospital psiquiátrico, não se acha um sujeito ausente de domínio psicológico ou, como diz: “Eu não me acho doente mental”. Entretanto a contradição se configura em seu discurso quando fala sobre certa periculosidade da loucura, pois afirma: “Se

parar um pouquinho para analisar, eu tenho até medo de doente mental, sabia? Tenho até medo. Mas, como eu tenho medo, alguns também podem ter medo de mim, né!?”.

Em seguida, no relato de Djavan, o sofrimento psíquico também não o impede de enfatizar seu potencial, embora ele diga, de maneira quase ininteligível, e gaguejando: “Muitos num acreditam no meu poten... no meu potencial”. Apesar disso, ele procura legitimar a maneira de trabalhar e afirma que não pode trabalhar sob pressão, pois se torna mais produtivo quando fica à vontade: “Dizem que eu, que eu sou, sou lento, mas eu não sou lento. Eu tenho o meu tempo, sabe? Eu tenho o meu tempo prá fazer aquilo que me agrada”. Então, Djavan critica um tipo de funcionalidade que desrespeita seu ritmo e impõe aceleração.

No tocante à utilização do medicamento, há discursos que atacam diretamente a possibilidade de usá-lo, como mostram estes relatos:

Estamira: A doutora passou remédio prá raiva [gargalha]. Eu fiquei muito decepcionada, muito triste, muito, muito profundamente com raiva dela falar uma coisa daquelas, é, e ela ainda disse sabe o quê? Que Deus que livrasse ela que isso é magia, telepatia, a mídia e o carai, porra porra pra que, pô? Ela me

ofendeu demais da quantia. Aqui ó, o retorno quarenta dias, presta atenção nisso. Ora, e ainda mais eu conheço médico, médico, médico, médico, médico, médico direito, entendeu? Ela é a copiadora, eu sou amigo dela, eu gosto dela, quero bem a ela, quero bem a todos, mas ela é a copiadora, eles estão sabe fazendo o quê? Dopando quem quer que seja com um só remédio, num pode! O remédio? Quer saber mais do que Estamira, presta atenção: o remédio é o seguinte: se fez bem, para, dá um tempo, se fez mal, vai lá, reclama, como eu fui três vez, na quarta vez que eu fui atendida, entendeu? Mas eu não quero mal deles não, eles tão copiando o tal de diazepam, entendeu? [...] tudo dopante esses remédio, eu acho que é por isso que eu tô com a língua assim [pausa, abre e fecha a boca como se estivesse sem saliva]. Desgovernada. Eu tô desgovernada. Sabe o que é uma pessoa desgovernada? Uma pessoa nervosa assim, querendo falar sem poder... agoniada. E eu num sei o que é que eu faço. [...] devolvi na farmácia, falei com o médico e devolvi porque eu não estava precisando desse remédio, porra, quem sabe sou eu,

quem sabe é o cliente (Documentário: Estamira).

Djavan: Eu tomo três tipos de remédios, sendo que eu tomo: três de manhã e cinco à noite. Eu tomo dois haldol de manhã com fenérgan, e tomo à noite dois ampicilil, dois fenérgan e um haldol, peraí... de noite dois ampicilil, dois haldol e um fenérgan, melhorou agora, falei certinho! Eu me sinto bem, sei que esses remédios são potentes, mas eu me sinto bem. Mas esses remédio... Vou abrir o verbo, posso abrir o verbo? Posso? [sorri] O remédio me resseca, eu acho que é o ampicilil, porque todo remédio tem seu lado bom, né?, mas também, também tem seu lado negativo: os efeitos colaterais. Esses remédios eu aprendi que eles às vezes eles viciam (Documentário: A loucura entre nós).

As colocações de Estamira sugerem uma postura crítica no que diz respeito à Psiquiatria asilar medicamentosa. Ela inicia sua fala com certa ironia: “A doutora passou remédio prá raiva [gargalha]”. Em seguida, questiona as colocações da médica, diz que se sentiu ofendida e utiliza a palavra ‘copiadora’ para se referir a ela. Portanto, elabora uma análise contundente sobre a medicação, pois denuncia a forma mecânica

como os remédios são receitados sem convocar a opinião dos sujeitos e considerar seus projetos terapêuticos singulares: “devolvi na farmácia, falei com o médico e devolvi porque eu não estava precisando desse remédio, porra, quem sabe sou eu, quem sabe é o cliente”.

Ela também usa a palavra ‘dopante’ para se referir à letargia causada pela medicação e diz que fica “querendo falar sem poder... agoniada”, considerando o medicamento como uma modalidade coercitiva de contenção que bloqueia as distintas formas de se expressar ou agir. Estamira ainda associa, por meio de uma linguagem não verbal, um possível efeito colateral dessas medicações, ao fazer um gesto de abrir e fechar a boca como se estivesse sem saliva, para advertir sobre sua boca ressecada e, conseqüentemente, enfatizar os prejuízos de obedecer ao saber médico psiquiátrico e medicamentoso.

Depois de indicar as medicações e a posologia, Djavan descreve uma sensação de bem-estar, mesmo que os remédios sejam potentes. A retórica de que se sente bem é perceptível por seu relato tranquilo e até sorridente e pela liberdade de falar sobre os aspectos negativos, que, para ele, dá-se através do ‘ressecamento’. Assim, inicialmente, embora sua relação com os medicamentos pareça ser bastante ponderada, em seguida, questiona sobre se

pode tecer críticas, quando enuncia: “Mas esses remédio... Vou abrir o verbo, posso abrir o verbo? Posso?”. Seu relato revela, por meio da conjunção adversativa ‘mas’, um elemento que produz seu discurso da forma mais sincera do que os enunciados construídos na circunstância do hospital psiquiátrico poderiam ocultar, pois ele se autoriza a “abrir o verbo” e retratar os prejuízos causados pelo medicamento.

Discussão

Como visto na introdução deste artigo, a loucura foi concebida de várias formas até se tornar alvo da Psiquiatria asilar no Século XIX. Naquele momento histórico, destacava-se o tratamento moral, que visava corrigir a alienação mental, sobretudo por meio do isolamento social, anulando o protagonismo social desses sujeitos que, encarcerados nessas instituições, eram submetidos a terapias violentas – utilizando-se diversas modalidades coercitivas de contenção – e pejorativamente chamados de doentes mentais (Pessoti, 1999; Venturini, 2016). As atrocidades que foram cometidas nos manicômios atestam uma violação aos direitos humanos, como nos recorda Passos (2018).

Venturini (2022) ressalta que, no decorrer dos anos, a Psiquiatria tradicional

se modernizou, criticou a violência do manicômio e abandonou uma leitura rígida e biológica da doença mental. Entretanto, a hegemonia do saber psiquiátrico, com seus diagnósticos, suas classificações e suas terapêuticas medicamentosas, levou a conceber os sujeitos apenas “como corpos que manifestam comportamentos ditos desviantes e que precisam de intervenções medicamentosas” (Venturini, 2022, p. 133). Segundo o autor citado, a adoção de novos modelos de diagnósticos, como o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), foi uma das inovações dessa Psiquiatria, que se expandiu com o uso indiscriminado de psicotrópicos, medicalizando todos os problemas da vida e causando sofrimento e dependência.

Os relatos presentes nos vídeos remetem a sentidos vinculados a esse discurso biomédico quando, por exemplo, o sofrimento psíquico é nomeado por Cecília e Djavan de ‘esquizofrenia’, ou quando Cecília menciona o termo ‘diagnóstico’, e Djavan se refere à classificação ‘FG20.0’ presente no manual que norteia as classificações médicas, conhecido como CID10.

O apoio no saber médico, observado nos relatos dos vídeos analisados, também foi encontrado na pesquisa de Silveira e Nunes (2013). Para as autoras, determinadas terminologias aparecem com

mais aceitação social, fruto da influência exercida pelo discurso biomédico que continua sendo privilegiado, pois se emudece a loucura ao passo que se utilizam os termos “doença psiquiátrica”, “transtorno mental” e “depressão” para se referir ao sofrimento psíquico, ao mesmo tempo em que ocorrem uma psicopatologização da vida e a perpetuação de modos manicomiais de subjetivar.

Rodrigues (2011), em seu estudo sobre os sentidos construídos por usuários de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) acerca da saúde-doença mental e suas implicações na desinstitucionalização da loucura, ressalta que o sofrimento aparece como uma patologia do psiquismo que precisa ser curada, e o profissional especializado seria um médico, haja vista que, nas relações de poder que atravessam a sociedade, ele é quem detém conhecimento e está habilitado a diagnosticar e tratar esse sofrimento. Reforça-se, assim, a ideia do lugar social da loucura atrelado ao saber médico-psiquiátrico.

Embora o discurso que adota a perspectiva médico-psiquiátrica como fonte de saber também seja frequente nos relatos que analisamos, são construídos, como vimos, outros posicionamentos. Um novo lugar para a loucura é afirmado, por exemplo, nas falas de Estamira, que diz ser “lúcida”, apesar de “perturbada”, e na de

Djavan, que recusa a classificação de “doente mental” e fala que as pessoas descredita em seu potencial, mas que tem seu próprio ritmo.

Figueirêdo, Cordeiro, Oliveira Filho e Velôso (2021), ao analisarem a construção de categorias para a loucura de usuários de CAPS, demonstraram que esses sujeitos se afastam da categoria de pessoas loucas e se aproximam das características das pessoas consideradas normais. É percebido um esforço para evitar, silenciar e projetar nos outros o que é considerado estranho, possivelmente por não se adequar a um discurso alinhado com o normal, sob o ponto de vista da Psiquiatria, da Psicologia e da Psicanálise. Os referidos autores também apontam que, em seus relatos, os usuários combatem a estigmatização que sofrem.

Soares (2020, p. 278) tece contribuições a esse respeito, ao contestar o lugar de passividade em que os usuários de saúde mental foram colocados, e afirma que se apresenta uma posição de resistência ao poder psiquiátrico quando Estamira, por exemplo, diz-se lúcida, ao mesmo tempo em que se reconhece perturbada, como ele argumenta, baseando-se num artigo de Michel Foucault (1990): “não querer e não aceitar ser governado de determinada forma, ao não aceitar como um discurso verdadeiro somente por que algo foi

proferido por uma autoridade, ao praticar uma espécie de inservidão voluntária”.

Essas pessoas, através de seus relatos, procuram ocupar uma posição mais ativa, como Cecília, no vídeo *I am not a monster: Schizophrenia*, que diz que finge não escutar vozes e nos remete ao Movimento Internacional de Ouvidores de Vozes, uma possibilidade de interrogar o estigma da loucura, uma vez que esse movimento procura reafirmar o protagonismo ao lidar com o sofrimento psíquico através da construção de redes de apoio, de reflexão e de novas estratégias. Nessa proposta, Andrade e Maluf (2017) indicam que as pessoas são ativas e não validam o discurso patologizante imposto pela Psiquiatria na experiência de ouvir vozes. Retira-se a esquizofrenia – especialmente no que se refere à propriedade de ouvir vozes – do lugar de uma patologia por desordens bioquímicas no cérebro (Cardano, 2018).

Ao explorar o que chamam de estigma social e o estigma internalizado na voz das pessoas com transtorno mental bem como os enfrentamentos necessários, Nascimento e Leão (2019) trazem à tona a necessidade de utilizar os espaços comunitários e territoriais como ambientes fundamentais para se superar o imaginário social de estranhamento da loucura. Verificamos essa postura quando Cecília

diz: “Agora, tornei-me defensora da saúde mental”, e, mais à frente: “Precisamos mudar a cara da esquizofrenia, porque sua imagem atual está errada”, revelando insubordinação ao discurso de anomalia psiquiátrica.

Corrigan (2012, como citado em Nascimento & Leão, 2019) indica, como estratégias antiestigmas, o protesto, a educação e o contato social. Assim, se se unir a prática da militância com os esclarecimentos e a inclusão dos que divergem de um grupo dominante, será possível abrir novos horizontes para a loucura em médio e longo prazos. A superação desse imaginário social, no entanto, faz-se cotidianamente de maneira complexa, pois necessita considerar aspectos culturais, sociais, políticos, legislativos, econômicos e sociais pautados na convivência com a diferença.

A revisão bibliográfica de Menezes Neto, Silva, Figueira e Souza (2021) alerta que ainda é um desafio para a atenção psicossocial reduzir os preconceitos e os estigmas no que diz respeito à loucura. As maneiras como as pessoas em sofrimento psíquico se posicionam e são posicionadas é que podem favorecer o aprisionamento a determinada perspectiva: “[...] a história de longa internação psiquiátrica e o diagnóstico de transtorno mental contribuem para que a sociedade confira aos

ex-internos identidades muito restritas, reconhecendo-lhes como excêntricos que saíram do manicômio, pacientes de serviços de saúde mental ou clientes de psicotrópicos” (Silva, 2015 como citado em Salles & Miranda, 2016, p. 375).

Passos (2018), por sua vez, propõe uma leitura interseccional que nos auxilie a avançar no processo de desinstitucionalização da loucura e a problematizar as práticas e as estratégias manicomiais considerando os marcadores sociais da diferença, como gênero, raça e classe.

A naturalização da violência institucional sobre os corpos negros compõe o modelo manicomial. O manicômio estrutura-se para além de uma edificação, pois mesmo com o fim do hospital psiquiátrico ainda experimentamos inúmeros formatos e formas de *apartheid social*, expressas pela via da medicalização e patologização da vida, pela internação compulsória, pela esterilização coercitiva, pela higienização urbana e demais fenômenos, ou seja, o manicômio é social, uma vez que ele está introjetado e reproduzido nas relações sociais (Passos, 2018, p. 13, grifo da autora).

Nos vídeos apresentados, também se sobressaem críticas aos medicamentos. Como atesta Rose (2013, como citado em Caron & Feuerwerker, 2019), o uso de medicação é impulsionado pela centralidade da Psiquiatria e pela influência do conhecimento neurocientífico e da psicofarmacologia, ao tratar do aparato organicista que é nosso corpo. Toda essa força bioquímica é alicerçada na indústria médico-farmacêutica, nos meios de comunicação em massa, nos periódicos científicos e nos órgãos de saúde mental e está presente no discurso das pessoas.

Ao dialogar com o saber psiquiátrico, os relatos presentes nos vídeos se empenharam, ao mesmo tempo, em questionar as experiências narradas sobre a medicamentação, quando, por exemplo, Djavan afirma que os medicamentos causam efeitos colaterais indesejados, e Estamira indaga sobre a utilização das medicações e não hesita em se referir à médica como uma “copiadora”. Para Soares (2020), alguns sujeitos criticam os medicamentos, porque, muitas vezes, a medicação é prescrita sem a opinião do usuário sobre o fenômeno que o médico quer tratar ou de maneira indiscriminada, sem considerar cada história em particular, com a pretensão de docilizar os corpos dos sujeitos.

Favero et al (2019) afirmam que é imprescindível superar a ideia de que os psicofármacos são o recurso principal no processo saúde-doença e ampliar o olhar para toda uma complexidade que há, especialmente no tocante à subjetividade e à ética do cuidado envolvida no atravessamento de momentos angustiantes. Para essa gradual transição de postura, os grupos de Gestão Autônoma da Medicação (GAM) são um contraponto encontrado na literatura, uma vez que propõem retirar os usuários de um lugar alheio ou de invisibilidade para que se posicionem no que julgam ser mais apropriado para eles, que são a parte mais interessada.

O ato de prescrever em massa é, inclusive, reconhecido no artigo de Caron e Feuerwerker (2019), pois, numa pesquisa de campo realizada por esses autores, constatou-se a prática de apenas renovar as datas das receitas, sem se fazer uma nova consulta ou reavaliar as necessidades. Quando consentem isso, usuários, profissionais de saúde e familiares – e a própria comunidade – reproduzem o silenciamento imposto pela Psiquiatria, visto que não há expressividade ou protagonismo desses atores em relação a essa contenção química que se dá pela via medicamentosa. Evidentemente esse não é o caso de Estamira, que contesta a indicação

indiscriminada da médica que prescreveu sua medicação.

O documentário ‘Estamira’, amplamente explorado na literatura científica, revela um sujeito que se mantém insubordinado à docilização que as medicações lhe causariam, uma vez que anularia sua forma própria de existir. Isso diz sobre uma vivência que tem sentido de resistência perante a Psiquiatria e o padrão de subjetividade desejável pela sociedade.

Nesse sentido, Estamira parece compreender a utilização de medicamentos psiquiátricos como uma forma de assegurar um assujeitamento dócil às intervenções de governo – seja religioso, seja familiar, por exemplo – associado a uma perda substancial de autogoverno, como quando reclama de um dos efeitos do uso de medicações: “Desgovernada. Eu tô desgovernada. Sabe o que é uma pessoa desgovernada? Uma pessoa nervosa assim, querendo falar sem poder... agoniada. E eu não sei o que eu faço” (Soares, 2020, p. 278).

Desconstruir a ideia de que o sofrimento psíquico é um “problema médico” ajuda a contestar a hegemonia do saber psiquiátrico assim como o discurso do que seria patológico. Talvez, mesmo sem saber, em suas críticas, os usuários dos

vídeos analisados também atinjam a indústria farmacêutica, que, através do modelo neoliberal, reconfigura uma postura manicomial no ato de prescrever medicamentos para os sujeitos rotulados como doentes mentais, afinal, a mercantilização da cura para o sofrimento psíquico é bastante vantajosa para o sistema econômico (Madrid & Parada, 2018).

Considerações finais

Nos vídeos analisados, os relatos se apoiam no saber da Psiquiatria para descrever e nomear o sofrimento psíquico usando expressões como esquizofrenia, paranoia, crise depressiva, bipolaridade ou referências a manuais classificatórios da Medicina. Entretanto, nesses relatos, também se usam as mais diversas estratégias retóricas para lidar com essa experiência de outra maneira, e a visão tradicional da loucura foi questionada no que se refere a algo ofensivo, indesejável e comparável com o que não é humano, sobretudo na Conferência de Cecília, que já carrega como título a negação de que o esquizofrênico é um monstro.

Nessa direção, alguns relatos demonstraram uma recusa a aceitar a orientação psiquiátrica e de medicamentação. Posicionando-se dessa maneira, os sujeitos também resistem

ao processo de estigmatização, porque suas vozes protagonizam e reivindicam dignidade, respeito e tolerância. Além disso, alguns deles rompem, ainda que provisoriamente, com um diagnóstico que minimiza o próprio saber.

O estudo realizado procurou dar visibilidade às pessoas em sofrimento psíquico e quebrar o silêncio imposto pela Medicina psiquiátrica. Em tal situação, os sujeitos passam a ser protagonistas, visto que expressam suas construções de sentido sobre esse sofrimento e se posicionam de maneira contrária ao estigma. A investigação aqui realizada poderá contribuir para se refletir sobre as políticas públicas, comprometidas em favorecer a cidadania e a inclusão social voltadas para a população que utiliza a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e pensar em novas estratégias que tragam um fôlego para o movimento reformista, escutando as pessoas que vivenciam o sofrimento.

Tomadas em conjunto essas reflexões, a intenção é de que este estudo, somado com os que já existem sobre o tema, ao escutar as pessoas em sofrimento psíquico e valorizar suas experiências, possa contribuir com uma reflexão acerca do sofrimento na voz dos próprios usuários de Saúde Mental.

Referências

- Amarante, P. & Nunes, M. O. (2018). A Reforma Psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6), 2067-2074. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018>.
- Andrade, A. P. M. & Maluf, S. W. (2017). Loucos/as, pacientes, usuários/as, experientes: o estatuto dos sujeitos no contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira. *Saúde debate*, 41(112), 273-284. doi: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711222>.
- Braga V. A. B. & Silveira L. C. (2005). Acerca do conceito de loucura e seus reflexos na assistência de saúde mental. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 4(13), 591-595. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692005000400019>.
- Cardano, M. (2018). O Movimento Internacional de Ouvidores de Vozes: as origens de uma tenaz prática de resistência. *Journal of Nursing and Health*, 8, 1-12. doi: <https://doi.org/10.15210/jonah.v8i0.13981>.
- Caron, E. & Feuerwerker, L. C. M. (2019). Gestão Autônoma da Medicação (GAM) como dispositivo de atenção psicossocial na atenção básica e apoio ao cuidado em saúde mental. *Saúde e sociedade*, 28(4), 14-24. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902019190697>.
- Delgado, P. G. G., Schechtman A., Weber R., Amstalden A. F., Bonavito E., Cordeiro F. & Grigolo T. (2007). Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. In M. F. Mello, A. F. Mello & R. Kohn (Orgs.), *Epidemiologia da Saúde Mental no*

- Brasil. (Cap. II, pp. 39-79). Porto Alegre: Artmed.
- Favero, C. P., Rodrigues, J., Silva, I. P., Santos, D. V. D., Barroso, T. M. M. D. A., Barbosa, S. S., ... Stefanelo, S. (2019). Grupo de gestão autônoma da medicação num centro de atenção psicossocial: experiência de usuários. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(21), 91-105. doi: <https://doi.org/10.12707/riv19002>.
- Figueirêdo, A. A. F., Cordeiro R. L. M., Oliveira Filho, P. & Veloso, T. M. G. (2021). Construção de categorias/lugares para a loucura em relatos de usuários de CAPS. *Psicologia: ciência e profissão*, 41(4), 1-16. doi: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003215322>.
- Foucault, M. (2008). *Doença mental e Psicologia*. São Paulo: Edições Texto & Grafia.
- Foucault, M. (2012). *História da loucura na Idade Clássica* (9a ed). São Paulo: Perspectiva.
- Gracioli, A. (Produtora). Varella, F. F. (Diretora). (2016). *A loucura entre nós*. Brasil: Águas de março filmes. Recuperado de: <https://www.youtube.com/watch?v=nozKu0MjkHU&t=3695s>.
- Grigolo, T. M. (2000). “Dizem que sou louco”: um estudo sobre identidade e instituição psiquiátrica. *Revista de Ciências Humanas (Edição Especial Temática)*, 1(1), 95-119. doi: <https://doi.org/10.5007/%25x>.
- Kripka, R. M. L., Scheller, M. & Bonotto, D. L. (2015). Pesquisa documental na pesquisa qualitativa: conceitos e caracterização. *Revista de Investigaciones UNAD*, 14(2), 55-73. Recuperado de: <http://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2015/article/view/252>.
- Lei nº. 10.216 dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. (2001). Recuperado de: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm.
- Madrid, J. C. & Parada, T. C. (2018). Locura y neoliberalismo. El lugar de la antipsiquiatria en la salud mental contemporánea. *Política y Sociedad*, 55(2), 559-574. doi: <https://doi.org/10.5209/POSO.57277>.
- McGough, C. (Conferencista). Reininger, H. & Viknyansky, S. (Organizadores). (2017). *I am not a monster: schizophrenia*. Estados Unidos: TEDxPSU. Recuperado de: <https://www.youtube.com/watch?v=xbagFzcyNiM>.
- Menezes Neto, J. B., Silva, E. S. M., Figueira, G. M. & Souza, J. C. (2021). O estigma da doença mental entre estudantes e profissionais de saúde. *Research, Society and Development*, 10(3), 1-7. doi: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i3.12899>.
- National Alliance on Mental Illness (2022). Sobre a NAMI [Site oficial]. Recuperado de <https://nami.org/About-NAMI>.
- Nascimento, L. A. & Leão, A. (2019). Estigma social e estigma internalizado: a voz das pessoas com transtorno mental e os enfrentamentos necessários. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 26(1), 103-121. doi:

- <https://doi.org/10.1590/S0104-59702019000100007>.
- Nascimento, V. L. V., Tavanti, R. M. & Pereira, C. C. Q. (2014). O uso de mapas dialógicos como recurso analítico em pesquisas científicas. In M. J. P. Spink, J. I. M. Brigagão, V. L. V. Nascimento, & M. P. Cordeiro (Orgs.), *A produção de informação na pesquisa social: compartilhando ferramentas* (1a ed., Cap. 12, pp. 247-272). Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais.
- Organização Mundial da Saúde (1997). *CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde* (10a rev.). São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo.
- Padilha Neto, J. B. (Produtor). Prado, M. (Diretor). (2004). *Estamira*. Brasil: Zazen produções. Recuperado de: <https://www.youtube.com/watch?v=vBHTfXhOSA8&t=3809s>.
- Passos, R. G. (2018). “Holocausto ou Navio Negroiro?”: inquietações para a Reforma Psiquiátrica brasileira. *Argumentum*, 10(3), 10-23. doi: <https://doi.org/10.18315/argumentum.v10i3.21483>.
- Pelbart, P. P. (1989). *A clausura do fora*. São Paulo: Editora Brasiliense.
- Pelbart, P. P. (1990). Manicômio mental: a outra face da clausura. In A. Lancetti (Org.), *Saúde loucura* (2a ed., pp. 130-138). São Paulo: Hucitec.
- Pessoti, I. (1999). *Os nomes da loucura*. São Paulo: Editora 34.
- Rodrigues, D. S. (2011). *Sentidos sobre saúde-doença mental: uma interlocução com usuários que participam de um grupo terapêutico do CAPS* (Dissertação de Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.
- Salles, A. C. R. R. & Miranda, L. (2016). Desvincular-se do manicômio, apropriar-se da vida: persistentes desafios da desinstitucionalização. *Psicologia & Sociedade*, 28(2), 369-379. doi: <https://doi.org/10.1590/1807-03102016v28n2p369>.
- Silveira L. & Nunes M. O. (2013). Para além e aquém de anjos, loucos ou demônios: CAPS e Pentecostalismo em análise. *Polis e Psique*, 3(1), 119-141. Recuperado de: <https://seer.ufrgs.br/PolisePsique/articled/view/41767>.
- Soares, S. A. (2020). Estamira e os frágeis limiares heterotópicos de resistência à psiquiatria enquanto estratégia de governo biopolítico das diferenças. *Plural, Revista do Programa de Pós-Graduação em Sociologia da USP*, 27(1), 256-281, 2020. doi: <https://doi.org/10.11606/issn.2176-8099.pcs0.2020.151021>.
- Spink, M. J. P. (2010). *Linguagem e produção de sentidos no cotidiano*. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais.
- Spink, M. J. P. & Lima, H. (2013). Rigor e visibilidade. In M. J. P. Spink (Org.), *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano* (Cap. IV, pp. 71-99). Rio de Janeiro: Editora Cortez.
- Spink, M. J. P. & Medrado, B. (2013). Produção de sentidos no cotidiano. In M. J. P. Spink (Org.), *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano* (Cap. II, pp. 22-41). Rio de Janeiro: Editora Cortez.

Venturini, E. (2016). Saúde mental e direito: a contenção em Psiquiatria. In T. M. G. Veloso & M. C. Eulálio (Orgs.), *Saúde mental: saberes e fazeres* (Cap. I, pp. 23-66, E. Perinelli, Trad.). Campina Grande: EDUEPB. Recuperado de <http://www.uepb.edu.br/download/ebooks/SauCC81de-mental-EBOOK.pdf>.

Venturini, E. (2022). *Por uma sociedade sem manicômios: contribuições de um psiquiatra democrático*. Organização de Thelma Maria Grisi Veloso e Maria do Carmo Eulálio. Campina Grande: EDUEPB. Recuperado de: <https://zenodo.org/record/6891141>.

Pablo Leonardo de Melo. Universidade Estadual da Paraíba.

ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-4925-1700>

E-mail: pablomelopsi@gmail.com

Thelma Maria Grisi Veloso. Universidade Estadual da Paraíba.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0447-7490>

E-mail: tgrisiveloso@gmail.com

Submetido em: 21/04/2022

1ª rodada: 26/04/2022

2ª rodada: 09/01/2023

Aceito em: 20/02/2023
