

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL – UFRGS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
PSICOLOGIA SOCIAL E INSTITUCIONAL

MARCIANA ZAMBILLO

AUTONOMIAS ERRANTES: ENTRE MODOS DE SER AUTOIMPOSTOS
E POSSIBILIDADES DE INVENÇÃO DE SI

Porto Alegre

2015

MARCIANA ZAMBILLO

**AUTONOMIAS ERRANTES: ENTRE MODOS DE SER AUTOIMPOSTOS
E POSSIBILIDADES DE INVENÇÃO DE SI**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Prof. Dr. Analice de Lima Palombini

Porto Alegre

2015

MARCIANA ZAMBILLO

**AUTONOMIAS ERRANTES: ENTRE MODOS DE SER AUTOIMPOSTOS
E POSSIBILIDADES DE INVENÇÃO DE SI**

Banca Examinadora:

Prof. Dra. Analice de Lima Palombini (orientadora)

Prof. Dr. Eduardo Passos – UFF

Prof. Dr. Sidnei José Casetto – UNIFESP

Prof. Dra. Simone Paulon – UFRGS

Sandra Maria Schmitz Hoff – CAPS Centro de Novo Hamburgo

Porto Alegre

2015

DEDICATÓRIA

- Dedico este trabalho a todos os meus amigos, por me mostrarem que a loucura está logo aqui.
- Dedico, também, aos que compartilharam comigo processos de aprendizagem em múltiplas formas.
- Por fim, dedico, especialmente, aos viventes de afetos mil, equilibristas de amores, dores, liberdades e angústias. Os usuários, familiares, trabalhadores que ajudam a fazer saúde (mental) e todos os atores envolvidos nessa performance.

AGRADECIMENTOS

- A CAPES e ao CNPQ, pela bolsa de estudos a mim concedida, que possibilitou minha dedicação exclusiva a esta pesquisa.
- Aos cidadãos brasileiros que sustentam o ensino superior gratuito e as universidades públicas, permitindo a mim e a tão poucos desfrutar delas, entre tantos que não têm acesso a esse direito (parafraseando Gislei Lazzarotto).
- À minha mãe e irmã pelo amor, incentivo, apoio, paciência e sustento. Pelas portas que ficaram abertas mesmo depois das partidas.
- À Analice Palombini, por me orientar, acolher, confiar e me permitir liberdades neste processo. Pelos esclarecimentos precisos e indicações valiosas. Por não me deixar esquecer que, mais que a produção de conhecimentos, são as vidas que permeiam e rodeiam as investigações. Por me apontar horizontes além do que julguei poder caminhar.
- À Thais, Marina, Kamila, Tatiana, pelo apoio, socorros e indicações fundamentais no andar entre as Américas.

- A Amauri, Beth, Fernando, Luciano, Maria Regina, Nilson, Paulo, Sandra, Larri, Adalberto, Maria Lúcia, Vera, Marliese, Elídia, Sandra Guerra, Júlia, pela parceria, pelo afeto, pelos ensinamentos, pela paciência, pela dedicação. Por me receberem tão bem, me deixarem correr e não soltarem a minha mão nos momentos difíceis. Também a Marcelo Santarosa, que se juntou a nós mais recentemente.

- Aos colegas do Grupo de Pesquisa Travessia: narrações da diferença, Marília, Lívia, Cris, Cláudia, Alexandra, Antônio, Rita, Michele, Júlia, Filipe e Gerson, pelas partilhas, respeito e cuidado.

- À Lorena, por enfrentar comigo os últimos dois anos, pela delicadeza de fazer nascer, dos desencontros e diferenças, uma amizade *fortaleza*.

- Ao Grupo de Pesquisa GAM-RS, pela serenidade dos encontros, pelo comprometimento, pelos consolos e indagações.

- Ao Grupo de Pesquisa GAM-BR, que me acolheu, deu sustentação para minhas inquietações, me abriu novas portas e me permitiu vagar por seus mundos.

- Aos colegas que a instituição possibilitou e que convocaram afetos, amizades, portos alegres. Leila, Gabi, Tami, Rô, Will.

- A todos que encontrei pelo caminho e me deram caronas para além do que se vê. Em bares, imagens, canções, calçadas, poemas, cinemas, teatros, tráfegos.

LISTA DE ABREVIATURAS

AGIDD-SMQ *Association des Groupes d'Intervention en Defense des Droits en Sante Mentale du Québec*/ Associação de grupos de intervenção em defesa dos direitos em saúde mental de Quebec

ARUCI-SMC *Alliance de Recherche Universités-Communautés Internationale – Santé Mentale et Citoyenneté*/Aliança de Pesquisas Universidades-Comunidades Internacional – Saúde Mental e Cidadania

CAPS Centro de Atenção Psicossocial

CAPS ad Centro de Atenção Psicossocial - Álcool e outras drogas

CNPQ Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

GAM Gestão Autônoma da Medicação

Guia GAM-BR Guia da Gestão Autônoma da Medicação - Brasileiro

IDRC *International Development Research Center*/ Centro de Pesquisa para o Desenvolvimento Internacional

INSS Instituto Nacional do Seguro Social

RP Reforma Psiquiátrica

RPB Reforma Psiquiátrica Brasileira

RSB Reforma Sanitária Brasileira

RRASQM *Regroupment des Ressources Alternatives en Sante Mentale du Québec*/ Reagrupamento de serviços alternativos em saúde mental de Quebec

SES Secretaria Estadual de Saúde

SM Saúde Mental

SUS Sistema Único de Saúde

UdeM Universidade de Montreal

UFF Universidade Federal Fluminense

UFRGS Universidade Federal do Rio Grande do Sul

UFRJ Universidade Federal do Rio de Janeiro

UNICAMP Universidade de Campinas

RESUMO

No Brasil, o campo da saúde, em especial a saúde mental, adota o conceito de 'autonomia' e tem por ele muito apreço, conforme explicitado em grande parte das políticas públicas da área, sem, no entanto, descrevê-lo ou problematizá-lo. Em geral, as pesquisas de campo voltadas ao contexto da saúde mental pressupõem um entendimento a priori ou naturalizado de autonomia. O objetivo desta pesquisa de mestrado é abordar a autonomia em três ênfases: conceito, exercício e ato. Como conceito, traçamos um breve percurso histórico-filosófico a fim de clarear, problematizar e atualizar o termo 'autonomia'. Como exercício, buscamos elucidar, a partir da pesquisa e estratégia da Gestão Autônoma da Medicação (GAM) em seus cinco anos de existência e atuação, exercícios do conceito, êxitos, tropeços e capturas. E, como ato/performance, apresentamos a experiência de um laboratório de imersão. Tratamos, como laboratório, uma viagem a Montreal-CA durante 15 dias em novembro de 2013, realizada por dez pessoas que participaram como pesquisadores no projeto GAM (usuários de saúde mental e discentes das universidades envolvidas). A GAM aposta numa metodologia participativa de se fazer pesquisa e saúde mental, considerando todos os envolvidos como pesquisadores e esfumando o lugar de sujeitos de pesquisa. Em afinidade com tal proposta, adotamos para esta dissertação a metodologia cartográfica, a dissolução do lugar do pesquisador, a valorização da experiência. O trabalho que segue é composto também de fotografias, links para vídeos e blog, uma narrativa, todos feitos coletivamente. Trata-se de uma produção que não passa somente pela escrita, tão pouco unicamente pelas mãos da mestranda.

Palavras-chave: Autonomia. Saúde Mental. Gestão Autônoma da Medicação.

ABSTRACT

In Brazil, the health field, and mental health, particularly, uses the concept of 'autonomy' and is very esteem about it, as explained on a greatest part of public policies area, without, however, describe or questioning the term. In general, the field researches regarding to the mental health context assume an understanding a priori or naturalized as autonomy. The purpose of this master's research is to address the autonomy in three emphasis: concept, exercise and act. As a concept, we draw a brief historical-philosophical route in order to lighten, discuss and update the term 'autonomy'. As an exercise, we seek to elucidate, from the research and strategy of the Autonomous Medication Management (GAM) in its five years of existence and operation, concept exercises, successes, trips and catches. As an act / performance, we present the experience of an immersion lab. We consider as a laboratory, a trip to Montreal-CA for 15 days in November 2013, performed by ten people who participated as researchers in the GAM project (mental health users and students of the universities involved). GAM bets on a participatory methodology of doing research and mental health, considering all its participants as researchers and smudging the place of research subjects. In affinity with this proposal, we have adopted for this thesis the cartographic methodology, the dissolution of the place of the researcher, the appreciation of the experience. The work that follows also consists of photographs, links to videos and to the blog, a narrative, all made collectively. This is a production that not only goes through writing, and also not only by the hands of the master's degree.

Keywords: Autonomy. Mental Health. Autonomous Medication Management.

SUMÁRIO

PARTE I – CERIMONIAIS DE UMA DISSERTAÇÃO	11
1.1 Narrativa coletiva: Nós fomos por aí	11
1.2 Considerações introdutórias	19
1.3 Objetivo primordial e objetivos secundários	23
1.4 Apresentação do campo de pesquisa.....	24
1.5 Problemática	31
1.6 Método	32
PARTE II – NÃO HÁ CÉU PARA OS CONCEITOS.....	44
2.1 Jogos de verdade e processos de subjetivação: Interconexões éticas e políticas ..	44
2.2 Autonomia: Conceituações e usos	55
2.2.1 Breves notas sobre a Autonomia na Antiguidade.....	56
2.2.2 Breves notas sobre a Autonomia em Kant	57
2.2.3 Breves notas sobre a Autonomia em Nietzsche	61
2.2.4 Breves notas sobre a Autonomia na Psicanálise.....	70
2.2.5 Breves notas sobre a Autonomia na Ética Principlialista	73
2.2.6 Breves notas sobre a Autonomia em Maturana e Varela	82
2.2.7 Breves notas sobre a Autonomia nas Reformas Brasileiras (Sanitária e Psiquiátrica).....	84
2.2.8 Breves notas sobre a implicação ético-política da Autonomia.....	89
PARTE III – QUANDO HÁ AUTONOMIA?	94
PARTE IV – LABORATÓRIO <i>IN VITA</i>: A VIAGEM.....	118
PARTE V – CONSIDERAÇÕES FINAIS	141
REFERÊNCIAS	145

PARTE I

CERIMONIAIS DE UMA DISSERTAÇÃO

1.1 Narrativa coletiva

Nós fomos por aí

Amauri Nogueira; Elisabeth Sabino; Fernando Medeiros; Luciano Marques Lira; Marcelo Santarosa; Marciana Zambillo; Maria Regina do Nascimento; Nilson Souza do Nascimento; Sandra S. Hoff; Tatiana Dimov.

Esta é a narrativa de seis pesquisadores-usuários de saúde mental, uma pesquisadora-familiar, duas pesquisadoras-discentes e um viajante-produtor audiovisual sobre uma viagem de quinze dias a Montreal, no Canadá. O texto é orientado pela instância ‘nós’, nós enquanto lugar da experiência coletiva. No entanto, marca presença na escrita a instância ‘eu’, como corpo sede de experiências singularizadas. Os eus e nós que seguem não são excludentes ou contraditórios, antes se compõem em tramas coletivas e singulares.

Somos participantes de um projeto de pesquisa multicêntrico, constituído em parceria entre Brasil e Canadá através da Alliance de Recherche Universités-Communautés Internationale – Santé Mentale et Citoyenneté/Aliança de Pesquisas Universidades-Comunidades Internacional – Saúde Mental e Cidadania (ARUCI-SMC). O projeto esteve em atividade entre 2009 e 2014. Em 2013 viajamos a Montreal para encontrar nossos parceiros estrangeiros. Nossa participação é na condição de pesquisadores, sejamos usuários, trabalhadores, docentes ou discentes na área de saúde mental.

Para a referida viagem, a coordenação do projeto ARUCI-SMC no Brasil disponibilizou ao Comitê Cidadão Brasileiro (formado unicamente por usuários de saúde mental e familiares, sendo secretariado por trabalhadores e discentes) verba para custear passagens e diárias de cinco dos seus usuários. Pudemos debater a questão numa reunião presencial multicêntrica, realizada em Campinas, e deliberamos pela contenção de gastos com diárias, se pudessemos, então, contar com a ida de mais

peessoas, todas as que quisessem. Lembro-me, nesse dia, da Beth falando: “Onde comem cinco, comem oito”.

Tomada essa decisão (que foi aceita pela coordenação do projeto), deliberamos que o custeio da ARUCI cobriria a ida de uma pessoa no RS, duas pessoas em Campinas e duas pessoas no RJ. A desistência de um passageiro do Rio abriu a possibilidade para a ida de mais uma pessoa do RS, após longa negociação com Campinas. Lembro ainda que nesse dia a Sandra levou uma carta de intenção, sobre seu desejo de ida. Lembro também que um pesquisador-usuário recém-chegado levantou a questão: era ele um membro do Comitê Cidadão? Poderia candidatar-se? O grupo deliberou que sim. A AFLORE então realizou ações para arrecadar fundos para a compra de passagens aéreas, visto e passaporte de outros três integrantes. Fomos em oito de Campinas-SP, uma do Rio de Janeiro-RJ, uma de Novo Hamburgo e um de São Leopoldo, do Rio Grande do Sul.

Desde o começo, a escolha de quem iria, a preparação da documentação, a verba disponibilizada, a arrumação das malas, a expectativa do frio, da neve, o visto canadense, o corre-corre, a ajuda de muitos profissionais. Enfim, foi uma ansiedade. Eu jamais esperava ir a outros estados do Brasil, quanto mais ir para fora dele. Era a primeira viagem internacional que eu fazia. Ansiedade, alegria e um certo medo foram tomando conta de mim.

Fiquei tocada com o espírito de união e solidariedade que se estabeleceu no grupo, abrindo mão de confortos para que todos pudessem ir. A Thais alugou um apartamento para todos e combinamos: faríamos as refeições no apartamento, as compras seriam feitas no supermercado. A cada reunião estabelecíamos novos e importantes acordos para a ida de todos.

Quando disse às pessoas do meu convívio que iria ao Canadá, elas me viram com outros olhares – um olhar de restauração. Para minha autonomia e saúde foi de grande prazer.

Ao chegarmos ao nosso destino, senti-me bem acolhida por todos. As pessoas que nos receberam eram alegres, queridas, cuidadosas. Ser tão bem tratada durante a viagem, no voo, no apartamento com meus colegas do Comitê Cidadão. Os medos e ansiedade que senti antes da viagem já não me afetavam mais. Fomos muito bem recepcionados pelo povo quebequense. Um povo caloroso que nos tratou com prestígio.

Fomos no mesmo voo, dividimos o mesmo apartamento, participamos do mesmo evento e precisávamos suportar tudo o que daí decorresse. Os ranços sobre a limpeza

da casa; as rugas dos humores pouco simpáticos nas horas de cansaço; a ansiedade do tempo, que passava rápido ou lento demais; o medo das portas do metrô, que poderiam nos separar; a frustração pelas inúmeras tentativas de se fazer entender; o ranger de todos os ossos individuais, que precisavam se lubrificar em corpo coletivo para fazer frente às gélidas temperaturas. O convívio com os colegas no apartamento foi importante, pois saber lidar e conviver com as diferenças não é uma tarefa fácil. Mas é necessária. Eu moro sozinha e ter que conviver com as diferenças foi um exercício muito bom. Na hora de dividir as tarefas da limpeza no apartamento, na hora do banho, de usar o computador, foi um pouco difícil nos entendermos, mas nada grave. Conseguimos nos colocar no lugar do outro, juntamos nossos nós e incertezas. De certa forma, também aprendemos a dizer ‘não’, o que para alguns até então era muito difícil. Fez-nos reforçar o conceito de autonomia, pois sentimos na pele que “é conversando que se entende”.

Foram tantas as vivências que nos renderam afetos de toda ordem. E fotos, vídeos e um blog feitos de forma colaborativa. Usamos o blog para demonstrar nossos sentimentos e enviar músicas para expor nossa alegria e encantamento. Do material produzido, estamos decidindo coletivamente o que se considera justo e pertinente utilizar.

Tínhamos muitas ideias durante o dia, coisas que gostaríamos de conversar mais, de escrever, de filmar, de compartilhar. A programação foi muito bem elaborada; não sobrou tempo para descansar. Havia atividades pela manhã, tarde e noite. Preparávamo-nos para dar conta delas quando voltássemos ao apartamento alugado. No entanto, muitas vezes éramos talhados pelas dificuldades técnicas. Falta de memória digital, computadores lentos, internet indisponível. Por limites humanos, sono, fome, banhos. Ao chegar em casa, estávamos cansados, alguns queriam banho, outros se alimentar, outros ir para o computador. Ficava um pouco difícil nos reunirmos para registrar as atividades do dia a dia. O prazo da viagem fora determinado em dezesseis noites e quinze dias. Estávamos com a agenda toda programada. Eram encontros, reuniões, seminários, visitas. Tudo com pauta pensada previamente. A Thais na maioria das vezes foi ao apartamento onde estávamos hospedados para nos buscar para os eventos.

Embora estivéssemos todos juntos, foram poucos os encontros que conseguimos estabelecer entre nós para pensar num diário de campo propriamente dito. Tínhamos muitas tarefas a fazer durante os dias que passamos lá. A agenda nos atropelava.

Agonizávamos entusiasmados. E a ansiedade por tudo que deixamos de fazer veio conosco.

Adquirimos conhecimentos sobre uma nova forma de fazer saúde mental, jeitos que podemos pensar em como aplicar no Brasil. Durante aquelas duas semanas que passamos em Montreal conhecemos vários grupos de ajuda mútua e organismos alternativos comunitários.

Entre os anos de 1960 e 1970, em Montreal, foi criada uma clínica comunitária. Surgiram vários projetos em parceria com organismos alternativos de saúde mental, comunitários e organismos do setor público. Os serviços alternativos recebem financiamento do governo e continuam autônomos em sua gestão. Os usuários de saúde mental estão presentes em todos os comitês de trabalho. No caso de Montreal, eles têm grande participação dentro dos serviços alternativos. Podem fazer o acolhimento. Há centros de atendimento à crise que atendem 24 horas e por telefone, além de disponibilizarem ambiente para acolhimento e hospedagem. Também vimos muita arte e cultura nos lugares que visitamos.

Eu creio que houve muito esforço e empenho por parte dos quebequenses para nos oferecer o melhor. Aprendemos sobre a reforma psiquiátrica deles. Visitamos vários estabelecimentos, as oficinas, os serviços alternativos de lá, pensamos nos CAPS daqui. A experiência que tivemos foi de grande importância. Trouxemos para o Brasil um aprendizado muito rico, de muita dedicação, determinação e trabalho. Foram dias inesquecíveis; ficaram gravados, não somente nas filmagens, mas em nossas lembranças.

Na primeira semana tirei várias fotos de quase tudo. A noite chegava cedo; às 17h já era noite, tínhamos que aproveitar bem nosso dia. Quis registrar cada momento, por isso levei uma máquina fotográfica. Dormia tarde e acordava cedo, mas não perdi nenhuma programação, mesmo cochilando às vezes.

Existem poucos prédios com elevadores. Penso que estimulam as pessoas a se exercitar, fazendo caminhadas, subindo escadas, etc. Vi poucos policiais nas ruas. Não há mendigos, o que vi foram pessoas de baixa renda pintando e vendendo telas magníficas no metrô. Encontramos estudantes de vários países fazendo intercâmbio. Alguns deles eram brasileiros. Eu me lembro do povo quebequense com muitas saudades. Algumas homenagens e eventos nos deixaram emocionados.

Estávamos nós em grande maioria (com exceção apenas da Tatiana) saindo do país pela primeira vez. Tendo como destino um país cuja língua oficial não

dominávamos, tampouco a segunda língua. Carregávamos a esperança de podermos contar uns com os outros e com os brasileiros que lá estariam. Apostávamos em nos fazermos entender nos contextos das relações. Se não fosse a Thais, eu não conseguiria usar os meios de transporte para chegar ao destino. A viagem foi muito legal para minha saúde. Era nossa oportunidade de testar as sementes de autonomia construída em laços solidários, que dizíamos serem capazes de germinar.

Em solo brasileiro, meses depois de retornar de nossa viagem, nos organizamos para escolher fotos, vídeos, situações, e assim produzir um filme (curta-metragem) que mostra esse percurso e se chama A Viagem Continua. Os encontros seriam para narrar um passado recente, para atualizar uma memória, para dar o nosso testemunho do que já foi. Eis que o fluxo dos encontros nos sacode e nos diz: a viagem continua. Está presente. É. A viagem ainda será. É futuro, é desejo.

O desejo de criar um registro audiovisual da viagem a Montreal surgiu num desses encontros rápidos passageiros nos corredores da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, no final de 2013. Os pesquisadores-viajantes Luciano Lira, Amauri e Regina e o viajante-realizador audiovisual Marcelo se conheciam do Ponto de Cultura Maluco Beleza e já haviam trabalhado juntos em outros projetos nas oficinas culturais do Serviço de Saúde Dr. Candido Ferreira. Certamente a ideia de produzir um filme sobre essa viagem tem raízes no interesse mútuo pelas questões dos direitos humanos, cidadania e saúde mental.

Para realização do curta-metragem, nos encontramos semanalmente no auditório da Saúde Coletiva da Unicamp, a fim de conversar e rever as muitas horas de material gravado durante a viagem. Também tivemos encontro via Skype com o pessoal do RJ e do RS. Foram por volta de dezesseis encontros iniciados em junho de 2014, para elaborar o roteiro, produção e finalização. Surgiu o interesse em gravar cenas e depoimentos sobre o cotidiano dos participantes de Campinas, para, de certa forma, assinalar o caráter de intercâmbio cultural da viagem. Regina sugeriu de gravarmos um depoimento seu na Igreja Messiânica, a qual frequenta, no bairro Cambuí. Gravamos com Nilson na Banca do Alemão, frutaria onde trabalha, no Terminal Central de Campinas. Marcelo participou de algumas reuniões da AFLORE, realizadas semanalmente na Estação Cultura de Campinas. O Luciano sugeriu uma cena na qual ele reproduzia uma mensagem carinhosa do amigo de Montreal que o presenteou com uma lanterna. Segundo o novo amigo, aquela pequena luz sempre o acompanharia

quando, porventura, a saudade apertasse, pois a lanterna pequenininha materializava a mensagem de sermos luzes uns para os outros.

A princípio, pensamos em fazer dois filmes: um público-político, outro íntimo, para mostrar para as respectivas famílias. No final de agosto, a produção da Semana de Audiovisual de Campinas, organizada pelo coletivo Fora do Eixo, nos convidou para participar do evento, pois nessa edição aconteceria a frente temática da luta antimanicomial, movimento de bastante relevância na cidade de Campinas. Decidimos fundir ambos os filmes num único curta-metragem de vinte três minutos e meio. A estreia do filme A Viagem Continua foi marcada para dia 17 de setembro de 2014 no Centro de Convivência Tear das Artes. Na sinopse, o indicamos como “um recorte audiovisual do intercâmbio cultural entre Brasil e Canadá”.

Logo no início do processo de desenvolvimento do curta, começamos a perceber que a potencialidade do projeto estava justamente na geração desses encontros semanais, nessa diversidade de experiências de vidas e saberes convergidos num movimento de criação de um objeto de reflexão, discussão e questionamentos socioeducativos. Foi uma grande oportunidade para disseminar ideias sobre a questão da luta antimanicomial, tão cara a nós...

Olhar para as fotos e vídeos produzidos durante os quinze dias em Montreal faz vazar a necessidade de se discutir e romper preconceitos. Olhar para a viagem não é voltar os olhos para o passado, mas vislumbrar adiante. É fazer derreter a neve da América do Norte em nosso calor tropical. É mais que a oportunidade de rever um roteiro; é promover encontros em que os buracos feitos pela viagem no cotidiano deixam entrar réstias de luz.

As pessoas não acreditavam que nós tínhamos ido ao Canadá em 2013. Temos contado nossa experiência nos serviços de saúde mental, nos eventos da área, nas rodas de conversa. Seguidamente somos chamados para falar com estudantes da área da saúde, com profissionais, e podemos contar sobre o que trouxemos de nossa experiência, tanto na viagem como na pesquisa e nos grupos de intervenção com o Guia GAM. As pessoas do meu relacionamento e da saúde mental se interessaram muito em saber sobre a cultura, os costumes, o trajeto da viagem.

Houve tantas outras falas interessantes que não foram capturadas pelas lentes sempre dispostas de nossas câmeras, tantos pontos de chegada que não foram mapeados, que escaparam ao GPS. Como as longas dez horas acima das nuvens para retornar ao Brasil, em que um pesquisador-viajante falou sobre os não ditos, as

poesias, a sua recusa ao benefício do INSS e de que às vezes “usuário não respeita usuário”, tamanho é o preconceito. O preconceito existe dentro de nós, os próprios usuários de saúde mental podem ser discriminatórios uns com os outros. Temos que trabalhá-lo, ou não conseguiremos viver em sociedade. É difícil, mas não impossível. É preciso se colocar no lugar do outro. Nós sofremos preconceitos; quando falamos que somos usuários de saúde mental, ele se intensifica. Temos a experiência de viver dia a dia com ele. E nos atrapalha, ficamos com o sentimento de baixa autoestima.

Essa conversa deixava o gosto na boca das palavras que não tiveram a chance de serem gravadas, de ter que ‘provar ao INSS ser uma doença para ter acesso a um direito’, misturadas ao grito de ‘sou uma pessoa, não uma doença’. Ou as indignações repetidas incessantemente, em diversos vídeos, por ‘trabalhar e não ter emprego ou ter tarefas sem ter remuneração’. Muitos de nós, usuários, temos atividades em saúde mental e seria justo termos alguma remuneração. Gostamos do que fazemos e podemos contribuir com nossa experiência sentida na carne. No entanto, necessitamos de auxílio financeiro para transportes, refeições, entre outros gastos.

Obrigada a todos que me ajudaram a dar esse passo rumo ao Canadá. Agradeço a todos pela hospedagem, pelo carinho e pelo cuidado, senti-me querida, amada e mais participativa dentro da pesquisa. A viagem foi tão maravilhosa que fui convidada para voltar e não hesitei. Voltarei. Se eu era turista ou andarilha errante, não sei; uma coisa eu tenho certeza, gostei muito da viagem, embora tenha ficado cansada, foram muitas as atividades.

Em 2014, quatro de nós (três pesquisadores-usuários e uma pesquisadora-doutoranda) voltamos a Montreal. Dessa vez, ficamos uma semana para o encerramento da pesquisa. Sentimos falta dos companheiros que não estiveram conosco. Foi muito emocionante. Cinco dias de muito trabalho. Houve a sugestão de fazermos um livro-documentário da ARUCI Brasil-Canadá. Ano que vem terá um encontro na França, torço para dar certo mais esta viagem. Será muito desafiador e legal. Temos outros sonhos que ainda esperamos concretizar, mas ir a Montreal, em Quebec, no Canadá, foi um sonho que se tornou realidade. Somos todos viajantes, e a viagem não acabou. Gostaríamos de recordar um companheiro de luta da GAM que faleceu enquanto estávamos em viagem. Deixamos a ele nossa homenagem, admiração e saudade.

Tem uma frase do guia que jamais esquecerei: “Sou uma pessoa, não uma doença”. A viagem não acabou, porque está eternizada no meu coração e na minha

alma. Foi inesquecível. Vou levar para a eternidade. Queremos continuar conversando, trocando ideias, construindo novas narrativas!

1.2 Considerações introdutórias

A gente escreve o que ouve – nunca o que houve.

Oswald de Andrade (2007, p. 48)

Tenho andado às voltas com o conceito de autonomia há alguns anos. Eu o recebi como se fosse prêmio de consolação quando não pude me enamorar de outro, o suicídio lógico. “O suicídio se torna lógico e até inevitável para o homem que apenas se elevou acima das sensações da besta”, murmura Dostoiévski em *Afirmações sem provas*. O inevitável para o russo era intolerável à época em que eu o tinha em minhas mãos. Afinal, questionar se o suicídio deve ou pode ser evitado não é pergunta que se faça. Suicidar-se é uma escolha a ser (des)respeitada? Não consegui, no curso de Filosofia, nenhum orientador para uma monografia dessa envergadura. As intenções de pesquisa foram revestidas, e as livres escolhas assumiram o status de ‘autonomia’, então enquadrada num terreno muito específico, a corrente ética principialista. O desejo de morte restringiu-se à morte por misericórdia – a ‘eutanásia’ – e tais linhas foram desenvolvidas em *Alcances e dificuldades do Principialismo: reflexões diante da eutanásia*.

No ano seguinte, o coordenador do meu curso de Psicologia, um psicólogo evolucionista – como ele gosta de ser lembrado –, perguntou em que pensava fazer minha segunda monografia. Respondi: autonomia e saúde mental. Com olhos compadecidos e bebendo café de rodoviária, ele sentenciou: “Tu sabes que eles [usuários de saúde mental] não têm autonomia, né?! É o que se chama de autonomia reduzida”.

O conceito de autonomia definido pelo principialismo e adotado atualmente de forma hegemônica pelas ciências biomédicas é pautado, grosso modo, pela capacidade racional de deliberação do agente. Logo, quando a razão foge às normas vigentes, o agente perde, de acordo com essa perspectiva, a excelência racional, tornando-se um agente com autonomia reduzida. Suspeitei que, se a resposta era tão simples, a pergunta devia estar errada. Quando as situações se complexificam e a nitidez do que vemos nos confunde, fica fácil perceber as fragilidades de uma argumentação simples. Basta considerar que o humano capaz de racionalidade instrumental para tomar decisões é

também capaz de racionalidade-loucura¹. É este desvio que proponho: em vez de perguntar “Os usuários de saúde mental são autônomos?”, talvez seja mais promissor deslocar, de *quem é*, para *o que é e quando há* autonomia em saúde mental. As políticas públicas brasileiras para a saúde e para a saúde mental têm apreço pelo conceito de autonomia, mas a que conceito se apegam? Questionamos, nos limites que nos cabem, a autonomia de todos os envolvidos no processo de fazer saúde mental. Ou, ainda, sob quais condições e critérios são possíveis ações de autonomia no contexto da saúde mental.

A pergunta *por quem* implica na construção e reconhecimento de fronteiras entre *quem tem* ou *é* e *quem não tem* ou *não é* autônomo. Todos os esforços feitos até o momento, durante o mestrado, foram tentativas de entender, suportar e sentir tanto a saúde mental quanto a autonomia como um processo ampliado, conjunto, e não de ‘uns para outros’ ou de ‘uns sobre outros’; processos e funções que não se limitam ao plano individual.

Em geral, as pesquisas de campo voltadas ao contexto da saúde mental pressupõem um entendimento a priori de autonomia. Não há descrição, explicação ou problematização do termo. Citam-no, apenas. Têm-se, como exemplos, as publicações de Moll e Saeki (2009), de Gauer et. al. (2006), de Moreira, Felipe, Goldstein, Brito e Costa (2008), de Kirschbaum e Paula (2002), embora estas últimas deem indícios de que a autonomia do usuário à qual se referem está diretamente ligada à capacidade de autocuidado.

Vê-se também que, quando porventura é feita, a discussão conceitual de autonomia se apresenta como puramente teórica, com referências, em sua maioria, a Kant, sem qualquer confrontação com o campo da saúde mental – nosso maior interesse. Em grande parte, são pesquisas oriundas dos programas de Pós-Graduação em Filosofia ou Educação, como é o caso de Silva (2010), de Trevisan (2011), de Reegen e Chaves (2007), de Schneewind (2005), ou ainda dos trabalhos de Giacoia Jr. acerca da autonomia, sendo estes últimos utilizados nesta escrita. A tentativa de aproximação das duas esferas – uma conceitual, outra do mundo da vida – no campo da saúde mental pode ser encontrada nas pesquisas empíricas com a ética aplicada principialista, de

¹ Não há nenhum motivo em especial que nos faça escrever racionalidade instrumental e racionalidade-loucura, a não ser nossa inaptidão para conceituar a loucura como contrária à razão ou para estabelecer possíveis distanciamentos entre elas. Para evitar entrar nessa seara problemática, apenas diremos que a primeira se refere ao previsto pela ética principialista e pelos sistemas éticos hegemônicos que têm sustentado as ações no âmbito sanitário e da saúde; e a segunda se refere aos considerados *loucos* em sua mais ampla definição.

caráter mais individualista, e com as políticas públicas e a saúde coletiva, que tomam o termo de forma mais problematizadora em sua esfera social. A esse respeito, servem de exemplos as publicações de Godoy, Gonçalves e Castro (2012), Abreu, Forlenza e Barros (2005), Borges, Mishima e McNamee (2008), Leal (2001), Ratto et. al. (2009), citadas e discutidas ao longo do texto.

Não é raro encontrarmos o termo ‘autonomia’ nas produções em saúde mental. Se por um lado esse uso irrestrito aponta a pluralidade de sentidos que se pode atribuir ao conceito, por outro também sugere ausência de discussões e uma possível naturalização. Isso, porém, não nos faz crer que este trabalho represente um avanço preciso ou formulação última no que se refere às elaborações conceituais. Antes, é um convite a divagar, exercitar, esburacar. Vale ressaltar que a possibilidade de fazer buracos nas ideias já consolidadas é uma das contribuições da utopia iconoclasta e aponta, para nós, tanto na saúde mental quanto nas teorizações sobre autonomia, campos férteis. Esburacar não significa fazer faltas ou evidenciar o que falta, o ideal ausente. Como bem lembram Deleuze e Guattari (2000, p. 44), “um buraco é tão partícula quanto o que por ele passa. Os físicos dizem: os buracos não são ausências de partículas, mas partículas que andam mais rápido do que a luz”. A autonomia como utopia iconoclasta parte de um descontentamento com o presente, com o que está aí, e prefigura outra forma possível (e não ideal) de vida – autonomies que são buscadas, que ‘ainda-não-são’ e não estão cristalizadas numa imagem, mas são procuradas por pistas, fragmentos, tropeços.

As conversas que gostaria de continuar têm como temática a autonomia em conceito, ato e exercício na saúde mental. Do ponto de vista conceitual, investigam-se, na história da filosofia ocidental, de forma circunscrita, os diferentes modos de significar e interpretar o termo ‘autonomia’. Percorre-se a literatura filosófica grega de Platão e Aristóteles e faz-se em seguida uma entrada na filosofia moderna com Kant e Nietzsche e na literatura contemporânea de Varela, da ética principialista. Pretende-se, com esse percorrido, clarear o conceito nos diferentes autores, problematizá-lo e atualizá-lo segundo nosso interesse, ou seja, que autonomia é possível em saúde mental.

No entanto, o percurso histórico-filosófico do termo ‘autonomia’ não é suficiente para entender as produções feitas em saúde mental nem desemboca nelas por si só. Por isso, havemos de considerar como pano de fundo o caminho que seguiu a saúde mental no Brasil, especialmente a partir da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB). Além disso, será preciso um dispositivo que permita o exercício do conceito –

para tanto, usaremos a estratégia da Gestão Autônoma da Medicação (GAM) e, decorrente dessa estratégia e desta pesquisa, a viagem a terras (por nós) desconhecidas (Montreal – CA).

A pesquisa de mestrado em questão insere-se no grupo de pesquisa GAM, que, por sua vez, realiza uma pesquisa imbricada entre universidade e comunidade, produzindo dados referentes à medicação, saúde mental, cidadania, autonomia. A GAM, como disparadora desse projeto, é de suma pertinência, pois, ao centrar-se na perspectiva dos usuários com respeito à experiência da medicação, coloca em discussão – via seu método de pesquisa participativa – os lugares dicotômicos e tradicionalmente instituídos de pesquisador-pesquisado, normal-anormal, médico-paciente, equipe profissional-usuário.

Nesse sentido, os desdobramentos GAM trazem problematizações à saúde mental vivenciada em território da RPB, interrogando se conseguimos, de fato, desinstitucionalizar a loucura, acolher o sofrimento e reduzir o espaço da exclusão social, colocando em questão qual autonomia é possível. Os pressupostos GAM se aproximam dos movimentos da RPB e antimanicomial, que mantêm como característica própria a garantia à cidadania às pessoas com diagnóstico de transtorno mental. Considerar esse direito implica o enfrentamento de questões fundamentais associadas às suas condições de possibilidade, tais como o respeito à autonomia, a ética do cuidado, os limites da tutela, os perigos do diagnóstico e do estigma social. São problemáticas que giram em torno do campo epistemológico e prático da saúde mental e que, não raramente, surgem de forma dicotômica, tal como se vê nas expressões ‘saúde-doença’, ‘sanidade-loucura’, ‘normalidade-anormalidade’, ‘capacidade-incapacidade’, ‘médico-paciente’, ‘profissionais-usuários’. Elas se emaranham numa complexa interconexão entre subjetivação, moral, ética e política.

Vale ressaltar que o horizonte utópico dessas problemáticas serve, como diz Galeano numa entrevista na Catalunya (TV3, 2011)², não para esclarecermos um modo de sermos autônomos, mas para nos fazer caminhar, para nos fazer ir adiante; e, dessa forma, ajuda-nos a demarcar o indizível da autonomia, o que escapa dos discursos e das políticas públicas, buscando uma autonomia outra que não é naturalizada e não é dada. Está aí enunciada em tropeços.

² Entrevista concedida ao programa *Singulars*, da TV3, na Catalunya, em 23 de maio de 2011, um dia após as eleições locais e regionais.

Com base no projeto de mestrado, tem-se a pretensão de pesquisar a autonomia na saúde mental nos quadrantes nacionais. Para tanto, é necessário considerar o contexto da RPB, na qual autonomia é um termo caro. Da autonomia, quer-se uma discussão conceitual, e por isso se faz um breve apanhado histórico-filosófico; quer-se, também, a autonomia em ato, e por isso se abordam a GAM como dispositivo e a viagem a Montreal, que se desdobra da GAM, como laboratório. A medicalização aparece nesse cenário como um ponto problemático da saúde mental. Ela substitui as grades que antes eram do manicômio, ao mesmo tempo em que possibilita e potencializa vidas em liberdade. Imbricam-se, nessa discussão, as implicações clínicas, éticas e políticas, e de subjetivação. Entenda-se ‘clínica’, aqui, em seu duplo sentido, como explica Benevides (2001): o sentido de *klinikós*, inclinar-se, acolhendo a pessoa e sua história; e o de *clinamem*, produzir um desvio para criar outras histórias, outras possibilidades de existência – de onde decorrem suas consequências éticas e políticas.

A narrativa que abre esta dissertação foi realizada de forma coletiva, e seus autores seguem logo abaixo do título. O texto está sem recuo e em itálico. Não há recuo, porque não é uma citação. Mas está em itálico, porque é um texto que fala por si, podendo desprender-se do restante da escrita, embora sua produção nasça com a intenção de fazer parte desta dissertação. Os passos para compô-los percorreram caminhos muito semelhantes, se não os mesmos. Para as citações diretas longas, adotaremos as normas da ABNT, recuo de 4 cm, espaçamento simples, tamanho 10. As cenas narradas, os registros do diário de campo ou dos hypomnemata estarão em recuo de 4 cm e em itálico. Não terão a fonte reduzida e estarão em itálico para indicar que não correspondem a uma citação, mas sim a elementos anteriores à dissertação propriamente dita; são enxertos saídos de outro lugar.

1.3 Objetivo primário e objetivos secundários

O objetivo principal é acompanhar e tensionar, por meio de uma pesquisa cartográfica, o desenrolar do conceito e a atuação da ‘autonomia’ na experiência de pesquisa GAM e seus desdobramentos. Em seguida, analisar e refletir para além dela, no campo da saúde mental. Decorrem daí os objetivos específicos: (a) tensionar os significados da autonomia em saúde mental e suas possibilidades de efetivação no

campo da reforma, para além da experiência GAM; (b) problematizar o saber-poder psiquiátrico nos modos de subjetivação e gestão dos tratamentos; e, por fim, c) problematizar a influência da participação de pesquisadores que vivenciaram ou vivenciam questões relacionadas à saúde mental, seja na condição de profissional de saúde, seja na de usuário, na construção de conhecimento a respeito do tema.

1.4 Apresentação do campo de pesquisa

Meu projeto de mestrado insere-se num projeto multicêntrico maior, intitulado *Pesquisa avaliativa de saúde mental: instrumentos para a qualificação da utilização de psicofármacos e formação de recursos humanos*. Trata-se de uma pesquisa constituída em parceria entre Brasil e Canadá através da *Alliance de Recherche Universités-Communautés Internationale – Santé Mentale et Citoyenneté*/Aliança Internacional de Pesquisas Universidades-Comunidades – Saúde Mental e Cidadania (ARUCI-SMC), sob coordenação de Maria Lourdes Rodriguez del Barrio, da escola de Service Social da Université de Montréal (UdeM), e, no Brasil, de Rosana Onocko Campos, do departamento e do PPG de Saúde Coletiva da Universidade de Campinas (Unicamp). Participam dessa pesquisa Analice de Lima Palombini, do PPG de Psicologia Social e Institucional da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS); Eduardo Passos, do PPG de Psicologia da Universidade Federal Fluminense (UFF); Erotildes Leal e Otávio Serpa, do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), além de associações de usuários de serviços de saúde mental de ambos os países.

Esse projeto multicêntrico fora selecionado para receber financiamento ao longo de cinco anos (2010-2014), pelo *International Development Research Center*/ Centro de Pesquisa para o Desenvolvimento Internacional (IDRC), que subvenciona projetos no âmbito da ARUCI-SMC.

A ARUCI-SMC, por meio de alianças entre instituições de nível superior e organizações enraizadas nas comunidades, visa à produção de conhecimentos e pesquisas inovadoras, com intuito de qualificar as práticas, os serviços e as políticas de saúde mental. Sua metodologia é centrada na participação ativa de todos os atores envolvidos. Assim, prevê a participação das pessoas diagnosticadas com transtornos

mentais graves, em todas as suas instâncias de decisão – desde planejamento e execução até avaliação de seus processos –, disseminando, dessa forma, conhecimentos e práticas de inovação social que asseguram o exercício da cidadania, combatendo a exclusão social no âmbito da saúde mental. Consoante à proposta ARUCI-SMC, a gestão dos projetos brasileiros se realizou através de reuniões multicêntricas que contam com a participação de docentes e discentes universitários, gestores e trabalhadores de serviços de saúde, além de usuários e familiares representantes dos locais nos quais tais experiências são desenvolvidas. Também compõem as instâncias de decisão do projeto ARUCI-SMC no Brasil o Comitê Cidadão, do qual participam usuários e familiares – estes últimos sem direito a voto –, sendo secretariado pelos trabalhadores e discentes; e o Comitê Gestor, formado pelos pesquisadores coordenadores do projeto em cada universidade brasileira e por representantes dos segmentos de trabalhadores, de usuários e de familiares.

Essa pesquisa multicêntrica possibilitou construir uma primeira versão do instrumento *Guia Brasileiro da Gestão Autônoma da Medicação* (Guia GAM-BR), a partir da tradução e adaptação do guia criado pelos serviços alternativos e associação de usuários de saúde mental em Quebec, Canadá. Voltado às pessoas com transtornos mentais graves, esse instrumento permite criar espaços de fala sobre a experiência de uso de psicofármacos, visando ao compartilhamento das decisões a esse respeito entre profissionais e usuários.

A proposta GAM foi empreendida em Quebec, segundo Rodrigues (2014), a partir de questionamentos sobre a falta de informação a respeito dos medicamentos, como os efeitos indesejáveis decorrentes do uso, a persistência do mal-estar apesar do tratamento, a dificuldade de retorno ao trabalho, o desejo de interrupção. Essas questões foram levantadas tanto por familiares e usuários de serviços de saúde mental quanto por organizações de serviços alternativos de saúde mental, como o *Regroupment des Ressources Alternatives en Santé Mentale du Québec* (RRASMQ)³ e a *Association des Groupes d'Intervention en Defense des Droits en Santé Mentale du Québec* (AGIDD-SMQ)⁴.

³ Organização sem fins lucrativos, fundada em 1983, reunindo uma centena de serviços alternativos em saúde mental espalhados por todo o território de Quebec, conforme consta no site oficial *Regroupment des Ressources Alternatives de Santé Mentale du Québec* (2015).

⁴ Segundo o site da *Association des Groupes d'Intervention en Defense des Droits en Santé Mentale du Québec* (2015), a associação foi fundada em 1990, visando à defesa de direitos e à luta por reconhecimento em saúde mental de Quebec.

Em 1993 foi criado, com base na proposta de um usuário de serviço alternativo de saúde mental de Quebec e com o apoio do RRASMQ, um comitê para estudar a medicação psiquiátrica e a possibilidade de se criarem recursos para a suspensão de seu uso, com a participação de usuários, familiares, profissionais, coordenadores de serviços, entre outros. Para responder à carência de informações sobre psicofármacos, a AGIDD-SMQ publicou, em 1995, o *Guide critique des médicaments de l'âme* e, em 1997, *L'Autre côté de la pilule*. A expressão 'gestão autônoma da medicação' surgiu pela primeira vez no documento de trabalho do comitê no ano de 1997, evidenciando um deslocamento da suspensão do uso de psicofármacos para as relações que os usuários estabelecem com a medicação. Em 1999 foi criado, com o apoio da AGIDD-SMQ, um projeto-piloto para a implantação da GAM que levou à elaboração, em 2001, do *Gestion autonome de la médication de l'ame – mon guide personnel*/Gestão autônoma da medicação da alma – meu guia pessoal (o que chamaremos aqui de Guia GAM Quebequense), composto por textos informativos, perguntas e espaços para respostas, com fins de ampliar a autonomia dos usuários de serviços de saúde mental no que diz respeito à gestão medicamentosa prescrita (RODRIGUES, 2014).

O trabalho com o Guia GAM objetivava tornar visível a pluralidade de relações estabelecidas com a medicação, ressaltando a necessidade de compartilhamento das decisões sobre seu uso entre os profissionais e usuários de serviços de saúde mental. Uma das concepções centrais do guia consistia em reconhecer o tratamento em saúde mental além da medicação, pensando nos usuários como pessoas, e não como doenças (RODRIGUEZ DEL BARRIO; PERRON; OUELETE, 2008). É a partir daí que a pesquisa no Brasil empreende esforços em traduzir, testar e adaptar o instrumento para a realidade brasileira.

Participaram as quatro universidades brasileiras referidas em parágrafos precedentes (UNICAMP, UFRGS, UFRJ, UFF), bem como trabalhadores e usuários de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de três cidades do Brasil: Campinas (SP), Rio de Janeiro (RJ) e Novo Hamburgo (RS). A construção do Guia GAM brasileiro realizou-se em interlocução direta com gestores, trabalhadores, residentes, usuários e seus familiares e pesquisadores dos três campos.

Devido ao caráter multicêntrico do projeto, foram necessárias, ao longo desses cinco anos, muitas viagens para realização das reuniões entre os diferentes estados. Esses encontros proporcionaram, segundo Marques (2012, p. 11),

a circulação por cidades diferentes e o compromisso de acompanhar as discussões que se produziam em cada encontro dos quais, nas universidades, os usuários passaram a fazer parte. Os espaços ocupados ao longo do processo da pesquisa permitiram aos seus integrantes colocarem-se um ao lado do outro, experimentando outros modos de relação e vida entre trabalhadores, usuários e pesquisadores, onde a troca de saberes e de práticas é vivenciada por todos. Vivemos o desafio de enlaçar o saber dos usuários, calcado na experiência de adoecer e de receber um tratamento, e o saber dos pesquisadores, alicerçado em metodologias que precisaram se flexibilizar e reinventar para acolher a opinião dos usuários. A participação ganhou o sentido de reconhecimento das diferenças, permitindo contribuições singulares para a metodologia de pesquisa.

A partir de 2011, a pesquisa seguiu em novos grupos de intervenção nos CAPS, tendo como objetivo (1) testar o uso do Guia GAM-BR, produzido na pesquisa multicêntrica anterior; (2) elaborar o Guia do Moderador, a fim de orientar o uso do Guia GAM-BR em grupos de intervenção; (3) acompanhar e analisar os possíveis efeitos que a experiência de participação nos grupos de intervenção com uso do Guia GAM-BR tem sobre a formação de pessoal universitário especializado para os serviços de saúde mental; (4) acompanhar a experiência de moderação em grupos de intervenção com uso do Guia GAM-BR, analisando os possíveis efeitos dessa experiência nos usuários-moderadores, nos participantes e na relação com a equipe do serviço.

Participaram dessa segunda etapa os grupos de intervenção dos serviços de saúde em Novo Hamburgo, em São Leopoldo e em Porto Alegre (RS), em São Pedro da Aldeia (RJ) e em Campinas e Amparo (SP). Cada grupo de pesquisa acompanhou diretamente os grupos de intervenção constituídos em seus estados, dessa vez em investigação própria a cada centro universitário participante do projeto multicêntrico maior, sem perder, no entanto, a articulação com os demais centros. No RS, essa segunda etapa foi nomeada *Guia GAM como dispositivo de intervenção e formação em serviços de saúde mental*, sob coordenação de Palombini (UFRGS). Com base nesses acompanhamentos, realizou-se a revisão final do guia, também em encontros multicêntricos, com a participação de todos os segmentos implicados pela pesquisa. Nessa revisão, aprimorou-se o texto final, disponibilizado, para uso público, em versão on-line (http://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/guia_gam.pdf).

O Guia GAM mostrou-se potente para uma série de conquistas: (1) instituir, nos serviços, espaços de fala a respeito da experiência de uso de psicofármacos, dando visibilidade à pluralidade de posições e escolhas em face da medicação; (2) chamar a

atenção da equipe e dos gestores para a importância desse tema, cujo enfrentamento tem consequências não só clínicas mas também éticas e políticas; (3) reafirmar os direitos em relação ao tratamento medicamentoso e à necessidade de compartilhar as decisões entre profissionais e usuários, trazendo o tema da autonomia, cidadania e cogestão à tona entre os usuários, suas famílias e equipes (CAMPOS; PALOMBINI; SILVA; PASSOS; LEAL; SERPA JR; MARQUES; GONÇALVES; SANTOS; SURJUS; ARANTES; EMERICH; OTANARI; STEFANELLO, 2012).

Para garantir os efeitos obtidos no processo de pesquisa, evitando que o Guia GAM fosse utilizado de modo prescritivo, as equipes de pesquisa dos três estados envolvidos no projeto de elaboração do Guia GAM (primeira etapa) dedicaram-se – em encontros multicêntricos, com a participação de acadêmicos, usuários, familiares e trabalhadores – à construção do Guia do Moderador GAM, com orientações para o uso da ferramenta e os pressupostos que a sustentam. O Guia do Moderador – disponível em (http://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/paganex/guia_gam_moderador_-_versao_para_download_julho_2014.pdf) – apresenta a estratégia GAM, narra brevemente o processo de adaptação da experiência canadense para o Brasil e aborda o Guia GAM passo a passo, bem como algumas estratégias de manejo de grupo e narrativas de experiências.

É ao final dessa segunda etapa da pesquisa, no acompanhamento de seus efeitos no que tange à autonomia em exercício por parte dos usuários de saúde mental participantes do projeto multicêntrico, que se situa o campo proposto à minha pesquisa.

De acordo com Passos, Palombini, Rodrigues, Emerich, Melo, Milward, Cervo, Marques e Zanchet (2013), o processo de adaptação do instrumento fez com que aparecessem diferenças nas concepções de autonomia e de gestão nos dois países, forçando uma inflexão estratégica adequada ao contexto brasileiro.

O sistema de saúde do Canadá, em sua tentativa de garantir o acesso dos usuários, optou não por construir uma rede de serviços públicos, mas por credenciar médicos privados como forma de compor com a categoria médica (CAMPOS et. al., 2012). Já no Brasil, desde a Constituição Federal de 1988, a saúde é concebida como um direito a ser garantido pelo Estado através de políticas sociais e econômicas. Também os modos de organização da saúde mental em cada país são distintos. A RPB, pautada na ideia de cidadania do usuário e de um cuidado em liberdade nos territórios, configura uma política voltada à criação e manutenção, pelo Estado, de serviços substitutivos do modelo asilar. Em Quebec/Canadá, o modelo asilar é combatido por

movimentos exteriores à máquina estatal, os quais fomentam a criação de serviços alternativos aos oferecidos pelo Estado. Enquanto no Quebec, explicam Passos et al. (2013), a estratégia GAM foi desenvolvida pelo movimento de usuários e serviços de saúde alternativos, com gestão exterior à máquina do Estado (embora sendo financiados por meio de políticas públicas), no Brasil a experiência se deu com base na relação entre universidade e serviços da rede pública de saúde mental, com a participação de gestores e trabalhadores.

A pesquisa no Brasil pautou-se no contexto da política de Estado da Reforma Psiquiátrica (RP) e no entendimento de acordo com o qual a autonomia passa por práticas coletivas, de compartilhamento e negociação entre diferentes valores e perspectivas. Tal entendimento faz referência aos estudos de Kinoshita (2001), que indicam que, quanto mais vínculos e redes de relações uma pessoa constrói, mais autônoma ela se torna.

Nesse processo, foram constatadas diferenças fundamentais entre o cenário sociocultural quebequense (que, por sua vez, difere do canadense) e o brasileiro, o que convocou esforços de pesquisa na adaptação do guia à realidade do Brasil. A questão dos direitos cidadãos, por exemplo, precisou ser mais detalhada na versão brasileira. Outros aspectos, relacionados à qualidade de vida, vinham atender à maior demanda dos usuários brasileiros no que concerne à discussão sobre o impacto da medicação na sexualidade e na sua inserção no trabalho. Por razões como essas, relatam Passos et al. (2013, p. 02), o trabalho grupal “com o Guia GAM foi considerado dispositivo de base a partir do qual a estratégia GAM pôde operar, levando a uma composição entre os saberes dos usuários, das equipes dos serviços e dos pesquisadores, numa gestão compartilhada do cuidado e da pesquisa”. Teve, como pressuposto, a ideia de que “o tratamento em saúde mental é mais do que o uso de medicamentos, e que as pessoas são mais do que uma doença, não podendo ser reduzidas aos seus sintomas” (CAMPOS et al., 2012, p. 969).

As questões trazidas pelo Guia GAM têm conteúdo simples e já contemplado pela legislação brasileira. No entanto, parece haver um hiato entre direito garantido e direito exercido. Esse não é um guia de novidades, mas de insistência pela contemplação e exercício de velhas questões. Até mesmo Guattari (2006, p. 200), nos

anos 90, falava ao público brasileiro⁵ sobre a necessidade de negociação entre usuários e médicos no que se refere à medicação. Para o visitante francês, os medicamentos, pela mesma razão que “qualquer outro vetor terapêutico, devem ser negociados com os pacientes; implicam uma escuta sensível de sua incidência, devendo as doses e os horários de ingestão ser objeto de um diálogo mantido entre o doente e aquele que prescreve”.

A GAM pode ser entendida por três ênfases: como estratégia, como pesquisa e como grupos interventivos com uso de guias GAM (Guia GAM-BR). Entende-se como estratégia a sua dimensão mais ampla, que engloba uma metodologia participativa tanto no âmbito acadêmico quanto no comunitário do processo de pesquisar, intervir nos serviços de saúde mental, produzir materiais específicos, pensar o uso desses materiais e suas reverberações (PASSOS, PALOMBINI, CAMPOS, 2013).

Se falamos da GAM como uma estratégia, é porque ela não pode ser reduzida a uma pesquisa. A GAM envolve os dispositivos dos guias (GAM e do moderador), os grupos de intervenção que ocorreram nos serviços, os atores que compõem esses serviços e viveram a implantação dos grupos ou suas reverberações. Diz respeito, ainda, a todos os coletivos que puderam se formar desses encontros, todos os eventos, oficinas, rodas de conversa, reuniões. Foi instrumento de atuação no Sistema Único de Saúde (SUS) do Rio Grande do Sul, ocupando espaço de política pública e infiltrando-se na educação permanente. Como tal, provocou tensão nas universidades, por meio dos docentes, discentes acadêmicos, trabalhadores, familiares e usuários, que articularam um novo jeito de fazer pesquisa.

Nessa direção, entendemos que, como estratégia – e para ter a eficácia que pretende –, a GAM deve ser operada em interações, promovendo o aumento de superfície de contato, criando pontos de referência, viabilizando o acesso às informações e a reflexão a respeito, facilitando e qualificando o diálogo, multiplicando as possibilidades de encarar e negociar, quando for o caso, o uso de psicofármacos, mas não apenas. A estratégia se infiltra em diferentes contextos e por diferentes atores. Não é apenas o uso de psicofármacos que é questionado, mas, tendo-o como ponto de partida, questionam-se, também, o modo de operar dos serviços de saúde mental; as relações estabelecidas entre usuários, familiares e profissionais de saúde; as aproximações e distanciamentos entre meios acadêmicos e territórios comunitários; a

⁵ Abertura da conferência do Ciclo de Conferências e Debates do Colégio Internacional de Estudos Filosóficos Transdisciplinares, realizado na Casa França-Brasil, no Rio de Janeiro.

maquinaria do fazer científico, com seu processo pouco democrático de pesquisar. Assim, a abordagem se afirma não só como clínico-política mas também como ético-epistemológica, pois, para que não reste apenas como ‘mais informações sobre o uso medicamentoso pessoal’, a GAM deve se dar como ação no serviço, como pesquisa participativa na universidade, como aproximação entre academia e comunidades, intervindo nas relações estabelecidas entre profissionais de saúde, usuários, familiares, docentes e discentes da área.

No seu bojo, há a clara pretensão de criar outros movimentos possíveis no cuidado em saúde mental, visando à ampliação de ações de autonomia e cidadania dos usuários e seus familiares. Nesse sentido, o *locus* de ação pode estar tanto nos diferentes serviços assistenciais e de saúde onde circulam os usuários como nos modos de produzir conhecimentos, pela inserção em projeto de pesquisa científica, atuação nas instituições de ensino superior, eventos de saúde mental, entre tantas outras possibilidades experimentadas pelos pesquisadores-usuários.

A estratégia GAM tem ampla afinidade com os compromissos da saúde, entre eles o de fazer proliferar a vida de forma digna. Segundo o Ministério da Saúde (2003), o compromisso do SUS é fortalecer seu caráter de rede, incitando outras redes à conexão. Garantir ao usuário acesso aos serviços e participação no tratamento é um princípio que esse sistema de saúde assume, concebendo-o como um direito. Isso se dá através do estabelecimento de vínculos, da construção da corresponsabilidade e da adoção de uma perspectiva ampliada da clínica, transformando os serviços em locais de acolhimento e enfrentamento coletivo das situações ligadas ao problema.

1.5 Problemática

O problema da pesquisa se inicia com a seguinte questão: a respeito de qual conceito de autonomia podemos argumentar no contexto da saúde mental? E como exercê-lo? A autonomia que se quer investigar, porém, não é restritiva aos usuários de saúde mental; antes, diz respeito a todas as pessoas diretamente envolvidas nesse processo de fazer saúde. Devido à amplitude da questão, focamos na autonomia de todos os envolvidos com a estratégia/pesquisa GAM. Referimo-nos às possibilidades de ações autônomas nas relações estabelecidas entre docentes, discentes, usuários, trabalhadores e familiares, bem como entre universidade e comunidade e entre

universidades. O que está em jogo é discutir sob quais condições e critérios são possíveis ações de autonomia em saúde mental, tendo como recorte um processo de produção do conhecimento justamente acerca da autonomia em saúde mental (conteúdo e metodologia da pesquisa GAM). Dito de outra forma, investiga-se a questão da autonomia, ao mesmo tempo em que se tenta experimentá-la em performance. Ou seja, pesquisa-se sobre quando há autonomia, considerando as implicações de subjetivação, de ética e de política, e tenta-se fazer esse pesquisar de forma que possibilite o livre exercício de autonomia dos envolvidos. Não se trata diretamente dos grupos que fizeram uso do Guia GAM, mas diretamente da pesquisa GAM, do processo de pesquisar.

A problematização faz-se em torno da ‘autonomia’: da participação do usuário de psicofármaco na decisão e cogestão de seu tratamento; da composição de forças contrapostas a saberes-poderes capazes de diagnosticar e prescrever modos de vida; da construção dos discursos que compõem a saúde mental. Nesse sentido, ressaltam-se a experiência dos pesquisadores-usuários e os modos de empoderamento que a participação em pesquisas propicia, sobretudo no que diz respeito a conhecimento e cuidado de si.

Há pelo menos quatro pontos que gostaria de amarrar no dissertar: (1) a retomada histórico-filosófica do conceito de autonomia; (2) o exercício de autonomia na saúde mental, via experiência GAM; (3) a participação em pesquisas/na pesquisa GAM como forma de empoderamento, por meio da construção de conhecimento sobre si; (4) a experiência de imersão numa viagem de 15 dias a Montreal – CA. Proponho que esses quatro fios tracem a discussão acerca da autonomia, dos processos de subjetivação no campo da saúde mental e das construções de saberes-verdades.

1.6 Método

Trata-se de uma pesquisa cartográfica, que busca acompanhar processos de produção e atualização de realidades. Consideram-se a relação sujeito/objeto e a pretensão de neutralidade como comprometidas, uma vez que todos os sujeitos envolvidos estão implicados na constituição de conhecimento, na criação de realidades e nas suas consequências políticas (PASSOS; BARROS, 2009).

Vale ressaltar que, por meio da cartografia, não há coleta de dados, mas produção, visto que se considera impossível isolar objetos em pesquisas de subjetividades para análise. Com efeito, parte-se do pressuposto de sua criação conjunta e constante – daí se dizer que toda pesquisa é também interventiva de modos de vida.

É impossível também traçar metas a serem atingidas a priori. Assim, o trabalho não se dá de modo prescritivo. O que há são linhas norteadoras e questionadoras, na pretensão de acompanhar processos que produzam e atualizem realidades.

Deleuze e Guattari (2000) defendem que a cartografia seja ‘modelo’ do rizoma, pois nela se circunscreve a possibilidade de mapeamento de forças, encontros e devires do ‘objeto’ estudado. Desse modo, é possível conectar tais intensidades umas às outras em todas as dimensões do mapa, entrando por qualquer lado, abolindo todo tipo de centralização e promovendo mudança e reconstrução constantes. O efeito, de acordo com Streppel (2011), é uma produção que mapeia a si mesma e uma pesquisadora que se inclui no mapa a partir da libertação de suas virtualidades, impessoalizando-se e entregando-se completamente à dimensão das forças em movimento.

Assim, o método cartográfico deve ser traçado no e a partir do plano da experiência. Primordialmente, o cartógrafo mergulha na malha dos agenciamentos que emergem entre sujeito e objeto de pesquisa. Há que se perceber, de acordo com Barros e Kastrup (2009, p. 42) – no sentido específico da sensibilidade –, mundos, configurações territoriais da existência, efemeridades, transitoriedades. Barros e Kastrup (2009) descrevem como característico da prática cartográfica uma espécie de “acionamento no nível das sensações”.

Quando retornamos de Montreal, fizemos uma grande muvuca no aeroporto Pierre Elliott Trudeau (Montreal). Alguns quebequenses trouxeram latas de sirop d'érable e os brasileiros tentaram guardá-las em suas malas. Muitas trocas de presentes, abraços, recomendações, agradecimentos. Um aglomerado de pessoas que iam se deslocando, se empurrando, atrapalhando a visão dos outros passageiros. Embarcamos. Em Toronto, no Pearson, demoramos uns trinta minutos para conseguir desembarcar. Algum problema com a aeronave impediu que as portas se abrissem. Os passageiros começavam a se agitar.

Tínhamos pouquíssimo tempo entre desembarcar e pegar o voo com destino a Guarulhos. A ansiedade aumentava. As pessoas reclamavam, se consolavam, se angustiavam, em diversos idiomas.

Quando conseguimos desembarcar, partimos com pressa ao portão setenta e sete. O embarque já estava em andamento. Eu andava mais depressa, na frente, tentando verificar se estávamos indo pelo caminho certo; os demais seguiam no seu ritmo. Alguém fazia a mediação entre mim e os que vinham por último. Havia uma pesquisadora-usuária com dificuldades para caminhar aquele dia. Havia quem pudesse me ver, interagir com o grupo do meio e saber se quem vinha com passos lentos e doloridos estava bem. Quando entramos no avião com destino ao Brasil, conferimos se os membros do nosso grupo estavam todos presentes. Cada um fez a contagem umas cinco vezes. Estávamos todos lá. Da cabine, os cumprimentos vinham em português. A sensação de alívio foi imediata. Tentou-se a decolagem diversas vezes, mas não saíamos do chão. As luzes se apagavam e se acendiam. Mais uma vez as pessoas se assustavam, faziam pedidos aos deuses, se consolavam, reclamavam da empresa aérea. Nós conversávamos com quem estava ao nosso lado. Agora quase todos falavam em português. Um passageiro puxou conversa com uma das pesquisadoras-usuárias. Ela contou bastante animada sobre a viagem que realizara, falou da saudade de casa e da alegria daquela experiência. Ao final, enfatizou: “Nós somos um grupo de usuários de saúde mental. Mas temos uma psicóloga nos acompanhando”. O interlocutor virou-se para trás, olhou e fez um aceno com a cabeça. O pesquisador-usuário ao meu lado me avisou que era de mim que estavam falando, caso eu ainda não tivesse percebido. Demorei alguns segundos para entender que havia uma psicóloga ali, e ela era eu. Mais tarde, quando desembarcamos, o pesquisador-usuário sentado à minha direita disse que devíamos descer com calma, que agora teríamos

tempo, e me pediu para dar esse recado a todos. Concordei – e, sem entender o pedido, disse que ele mesmo poderia fazer o comunicado. Ele se ergueu e tentou falar. Alguns concordaram, outros estavam envolvidos em conversas paralelas. Ele se sentou novamente e me disse então que usuário não respeita usuário. Naquele momento eu me assustei e me dei conta do quanto eu só estava ali porque nutria uma profunda confiança no grupo. Eu também havia partido para um país desconhecido sem dominar nenhum outro idioma que não o meu nativo. E contava com o grupo para me localizar, enfrentar as dificuldades, encontrar abrigo e ter com quem conversar. A sensação com a qual me deparava ali mostrava minha vulnerabilidade e fragilidade; o quão eu dependia de um grupo forte, que sustentasse algum sentimento de segurança.

Atingir a dissolução do pesquisador no campo diz respeito a assumir a indissociação sujeito-objeto como primordial e reconhecer a dualidade sempre como efeito de pesquisa. Para Passos e Eirado (2009), a experiência é a base do surgimento de si e do mundo. Conforme explica Streppel (2011), uma experiência de abuso faz surgir o abusador e a vítima, inexistentes pré-experiência. Dissolver o ponto de vista do observador é, portanto, não abdicar da observação, mas sim dessa inversão que situa a experiência em instâncias determinadas como sujeito e objeto de pesquisa. É dissolver-se no procedimento narrativo da ‘desmontagem’ das cenas, fazer as conceituações e os usos de autonomia nas práticas de saúde mental gaguejarem, tecer as tramas do agenciamento coletivo de enunciação e as supostas individualidades.

A pesquisa consistiu em acompanhar dez (mais uma comigo) pessoas vinculadas à estratégia e pesquisa GAM (entre 2009 e 2014) na condição de pesquisadores-usuários de saúde mental, pesquisadores-trabalhadores e pesquisadores-acadêmicos (docentes e discentes). Realizamos uma viagem a Montreal, em novembro de 2013, para um encontro de formação internacional de pesquisas imbricadas entre comunidades e universidades. Na ocasião, foram produzidos blog, fotografias e vídeos diversos. Tratou-se de acompanhar e tensionar, por meio de uma pesquisa cartográfica, o desenrolar do conceito e a atuação da autonomia na experiência de pesquisa GAM e

seus desdobramentos. Para tanto, os participantes foram convidados (1) a falar sobre suas experiências na estratégia/pesquisa GAM, mais especificamente sobre o que nelas se refere à temática da autonomia; (2) a compartilhar as fotografias feitas durante a viagem, por eles julgadas apropriadas à divulgação (vide blog mantido on-line e disponível ao público no endereço <<http://diariodebordodeunsloucos.blogspot.ca>>); e, por fim, (3) a narrar coletivamente essa experiência.

A narrativa coletiva abre esta dissertação e foi produzida entre agosto de 2014 e janeiro de 2015. Cada participante desenvolvia uma escrita individual e a compartilhava com o grupo. Assim, fomos reunindo as partes e discutindo o texto como um todo, fosse por Skype, fosse pessoalmente. Combinamos que todos poderiam modificar, acrescentar e suprimir elementos do texto, bem como que todo o conteúdo escrito deveria ser aprovado por todos.

A cada atualização do texto, havia a leitura e a avaliação dos autores. Durante as discussões a respeito, escolhemos entre as imagens por nós produzidas, algumas para compor a dissertação.

Usaram-se como ferramentas metodológicas diários de campo e hypomnemata, fotografias, vídeos.

Por ‘diário de campo’, entendemos o registro do pesquisador num processo cartográfico. De acordo com Barros e Kastrup (2009, p. 70-71), para a pesquisa cartográfica é importante o registro das visitas e das atividades, reunindo tanto informações precisas (o dia da atividade, qual foi ela, quem estava presente) quanto impressões menos nítidas que emergem no encontro com o campo. Esses relatos não se baseiam em opiniões, interpretações ou análises objetivas, mas buscam, sobretudo, captar e descrever aquilo que se dá no plano intensivo das forças e dos afetos. Podem conter associações que ocorrem ao pesquisador durante a observação ou no momento em que são elaborados. Longe de ser burocrática, sua elaboração requer até mesmo um certo recolhimento, cujo objetivo é possibilitar o retorno à experiência do campo. O diário de campo acompanha a processualidade da própria escrita. Um processo aparentemente individual ganha uma dimensão claramente coletiva quando o texto traz à cena falas e diálogos que emergem do campo. Tenho produzido diários de campo desde março de 2013, quando ingressei nos encontros do grupo de pesquisa.

Os hypomnemata, na Grécia, eram cadernetas utilizadas para controle contábil. No entanto, Foucault (2006) resgata de Sêneca a concepção de que, para além do suporte à memória, os hypomnemata guardam, de forma material, o que foi lido,

ouvido, pensado, destinado à releitura ou à meditação posterior. Eles se compõem como parte do próprio autor, sem, no entanto, funcionarem como diários íntimos. Ao utilizar os hypomnemata, ao colocá-los à disposição, reativamo-los para nós mesmos, captando o que já foi dito com a finalidade de nos constituirmos. Assim, meus hypomnemata são virtuais e contêm, também, anotações da vida ordinária. São registros, escritos, reflexões, resumos, anotações, desenhos, que, de forma mais ampla que o diário de campo, têm a função de ajudar na constituição do ser mestranda.

Embora Barros e Kastrup (2009) tragam diário de campo e hypomnemata como sinônimos, nesta dissertação guardamos uma diferenciação. Tal diferenciação se deu no processo do pesquisar. Ao diário de campo destinei todas as anotações diretamente relacionadas ao pesquisar, à problemática, à temática em questão. Pensamentos e inquietações que me levaram a refletir sobre a pesquisa, mas que não mantinham com ela uma ligação direta, não consegui colocá-los no diário. Passei a escrevê-los em outro lugar. Esse novo espaço chamei de hypomnemata. Nos hypomnemata, escrevi sobre angústias, cinema, teatro, música, espetáculos e situações ordinárias que de alguma forma me invadiam e forjavam a questão da autonomia – com alguma distância da pesquisa.

As fotografias e os vídeos são referentes à viagem a Montreal-QC, no Canadá, realizada durante quinze dias. Participaram uma usuária de saúde mental do Rio de Janeiro/RJ, uma de Novo Hamburgo/RS, um de São Leopoldo/RS, quatro usuários e uma familiar de Campinas/SP, uma estudante de doutorado da Universidade de São Paulo e eu, estudante do mestrado da UFRGS. Todos tiveram interlocução privilegiada com uma estudante de doutorado da Universidade de Montreal, brasileira e pertencente ao núcleo original da pesquisa GAM no Brasil.

A viagem a Montreal serve de dispositivo para a pesquisa da dissertação. Por dispositivo, adotamos o entendimento de Foucault (1979), que o compreende como uma combinação de elementos heterogêneos. É composto por discursos, instituições, organizações arquitetônicas, legislações, medidas administrativas, proposições científicas, filosóficas, morais, filantrópicas, enfim, uma série de subsídios discursivos e não discursivos.

Segundo Deleuze (1988), os dispositivos são, para Foucault, “máquinas que fazem ver e falar”, como um novelo multilinear, ou seja, composto de linhas de diferentes naturezas: de visibilidade, de enunciação, de força e de subjetivação. Para Barros (1997), o caráter por excelência do dispositivo é ser ativo. Como tal, contém

disposição e coloca em ação determinado conjunto de experiências envolvendo campos de saber, de normatividade e de subjetivação. Ainda, segundo a autora, a primeira consequência característica de uma filosofia dos dispositivos é o repúdio aos universais. Trata-se de uma mudança de orientação, que se desloca do eterno para aprender o novo, para criar, ousar, devir. Apropriamo-nos das palavras de Barros (1997, p. 103-104) para dizer:

O trabalho com o dispositivo-*viagem* [alteração nossa] se dá no desembaraçamento das linhas que o compõem – linhas de visibilidade, de enunciação, de força, de subjetivação. Por isso dizemos que nosso trabalho é cartográfico. Numa cartografia o que se faz é acompanhar as linhas que se traçam, marcar os pontos de ruptura e de enrijecimento, analisar os cruzamentos dessas linhas diversas que funcionam ao mesmo tempo. É transformando que se conhece. Logo, insistimos, não há sentidos a serem revelados, mas a serem criados. É da fecunda tensão das linhas que configuram um dispositivo que algo de novo poderá advir. As cartografias são multiplicidades que não formam um todo e se algum todo é formado é o das partes ao lado.

O que caracteriza um dispositivo, segue Barros (1997), é sua capacidade de irrupção naquilo que se encontra bloqueado de criar; é seu teor de liberdade em se desfazer dos códigos que procuram explicar dando a tudo o mesmo sentido. O dispositivo tensiona, movimenta, desloca, provoca outros agenciamentos. Ele é feito de conexões e ao mesmo tempo produz outras. Tais conexões não obedecem a nenhum plano predeterminado. Elas se fazem num campo de afecção onde partes podem se juntar a outras sem com isso formar um todo. O dispositivo está sempre referido a um regime de enunciação, operando sentidos diversos. Cabe, então, perguntar com qual regime e com quais sentidos tal dispositivo se produz (p. 104).

A viagem a Montreal serviu de laboratório de imersão. A sugestão era de que fizéssemos uso compartilhado, entre todos os viajantes, de equipamentos para vídeos e fotografias, com o intuito de registrar e posteriormente narrar coletivamente a experiência. Tal proposta não se assemelha à captura do real, mas à produção de realidades, numa construção de linguagem alternativa (à puramente escrita) em pesquisa, contemplando-se aí o pesquisar *Com*. Entendemos que pesquisar com o outro, como explicam Moraes e Kastrup (2010, p. 07), tem mais a dimensão de verbo do que de substantivo, visto que implica conceber a atividade de pesquisa como engajada e situada no modo de fazer de seu cotidiano e no campo. Tal proposta indica que é preciso

acompanhar os processos em ação, fazendo-se na prática cotidiana das pessoas que vivenciam a problemática investigada.

Da mesma forma que nos parece plausível tal experiência de imersão do ponto de vista cartográfico, também nos parece possível nos aliarmos à discussão sobre a experiência e o sujeito da experiência de Bondía (2002). O autor observa que as palavras “produzem sentido, criam realidades e, às vezes, funcionam como potentes mecanismos de subjetivação”. A experiência, por exemplo, é,

em espanhol, “o que nos passa”. Em português se diria que a experiência é “o que nos acontece”; em francês a experiência seria “ce que nous arrive”; em italiano, “quello che nos succede” ou “quello che nos accade”; em inglês, “that what is happening to us”; em alemão, “was mir passiert”. A experiência é o que nos passa, o que nos acontece, o que nos toca. Não o que se passa, não o que acontece, ou o que toca (2002, p. 21).

Logo, a informação não é experiência. Relatar o período em que mantive contato com a GAM ou o período de imersão na viagem não é o suficiente. É preciso mais; é preciso ter sido afetada pela experiência e saber que cada experiência é única (impossível de universalização), evocando a fala dos nós que engendramos em nós. Bondía (2002) explica que o acontecimento pode ser comum, mas a experiência é sempre singular e de alguma maneira impossível de ser repetida. Ninguém pode aprender da experiência do outro, a menos que essa experiência seja revivida e tornada própria.

Em perspectiva semelhante, Eirado e Passos (2009) tecem considerações importantes sobre a dissolução do ponto de vista do observador, a começar pelo entendimento da inseparabilidade entre objetivo e subjetivo: “Todo campo da observação emerge da experiência entendida como plano implicacional em que sujeito e objeto, teoria e prática, têm sempre suas condições de gênese para além do que se apresenta como forma permanente, substancial e proprietária” (2009, p. 110).

A experiência, a possibilidade de que algo nos aconteça ou nos toque, requer um gesto de interrupção, de demora nos detalhes, de suspensão da opinião, do juízo, da vontade, do automatismo da ação. Requer que se cultivem a atenção e a delicadeza do que nos acontece, de escuta dos outros, dos encontros, do que se cala. A experiência trazida por Bondía se aproxima da atenção flutuante de Kastrup (2009) na cartografia.

Para a autora, a atenção flutuante proposta por Freud é reafirmada em oposição à atenção seletiva. Trata-se de uma ferramenta que toma o pesquisador como aquele que presta ou busca prestar igual atenção a todos os aspectos do campo onde se insere, a partir de uma ‘suspensão’ dos próprios valores e dos conhecimentos prévios sobre o que pretende pesquisar. A busca, portanto, não envolve saber precisamente onde fixar a atenção (o que implicaria o estabelecimento de uma ‘prioridade atencional’ ou a suposição de algo inegável a ser captado), mas sim permitir que a atenção se faça e pouse onde lhe aprouver. Segundo a autora, na cartografia a atenção não seleciona os aspectos sobre os quais deverá se debruçar a partir de um campo dado; antes, produz, ela própria, o campo perceptivo.

Bondía (2002) trata o sujeito da experiência como uma espécie de território de passagem, uma superfície sensível que é afetada de algum modo por aquilo lhe acontece. É um ponto de chegada, que recebe o que chega e que, ao receber, lhe dá lugar. A experiência soa como “aquilo que nos acontece, nos sucede”. O sujeito da experiência é, sobretudo, um espaço onde têm lugar os acontecimentos, definindo-se por sua passividade, disponibilidade, e não por sua atividade. Bondía (2002) ressalta, no entanto, que se trata de uma passividade que não se opõe ao ativo, mas que é feita de paixão, de padecimento, de paciência, de atenção, como uma abertura. Assim, o sujeito da experiência é um sujeito exposto; pouco importam sua posição, oposição, imposição, proposição, mas, sim, sua maneira de se expor, com toda vulnerabilidade e risco que isso evoca. Por isso, é incapaz de experiência aquele a quem nada ameaça.

Parece-nos, então, que a escolha metodológica pela cartografia é justificada, na medida em que nos permite experimentar com os próprios nervos e fazer chegarem à própria voz as teorizações (re)produzidas. Com efeito, não basta apostar na possibilidade teórica de a autonomia ser fomentada em redes humanas de apoio; é preciso colocar-se em apuros e procurar redes nas quais se pode confiar e encontrar ajuda. Não basta abrir os portões dos manicômios; é necessário extirpar de nossas ações e entranhas a racionalidade manicomial.

Nesse sentido, a viagem a Quebec e a participação na pesquisa GAM garantem o laboratório. A viagem parecia de antemão uma excelente oportunidade para sentir em minha própria carne o peso das palavras facilmente proferidas. Estávamos todos, com exceção das estudantes de doutorado, partindo para outro país sem qualquer domínio da língua. Estávamos todos entregues às potências do que poderíamos criar, o que por sua vez nos traria delícias ou mazelas. Era a possibilidade de experimentar um terreno para

além da cercania loucura/normalidade, já que os desafios se apresentavam a todos nós, independentemente de possuímos ou não um diagnóstico. Desafios, aliás, que devem apresentar-se sempre; mas ali estávamos ávidos em evidenciar o que se encontra para além das estigmatizações. Era nossa oportunidade de testar as sementes de autonomia construída em laços solidários, que dizíamos serem capazes de germinar.

A política narrativa e a problemática deste projeto impõem uma disposição, uma atitude, um *ethos* a ser desenvolvido, o que parece estar relacionado ao desapego e ao entregar-se ao seu processo de construção. Mas o quanto estamos dispostos a nos entregar, nos misturar, ser o ‘objeto’ de estudo e, com esse campo, nos transformar? Bondía arrisca alguma resposta:

Não se pode captar a experiência a partir de uma lógica da ação, a partir de uma reflexão do sujeito sobre si mesmo enquanto sujeito agente, a partir de uma teoria das condições de possibilidade da ação, mas a partir de uma lógica da paixão, uma reflexão do sujeito sobre si mesmo enquanto sujeito passional. E a palavra paixão pode referir-se a várias coisas (2002, p. 26).

De acordo com Bondía (2002), a experiência é em primeiro lugar um encontro ou uma relação com algo que se experimenta, que se prova. E carrega inseparavelmente a dimensão de travessia e perigo. A experiência é uma paixão que funda uma ordem epistemológica (forma de conhecer), uma ordem ética (modo de conduzir-se) e uma estética (estilo de expressão). O saber de experiência, continua o autor, dá-se na relação entre o conhecimento e a vida humana de modo particular, subjetivo, relativo, contingente, pessoal. Se a experiência não é o que acontece, mas o que nos acontece, cada pessoa, ainda que enfrente o mesmo acontecimento que outra, tem uma experiência única. Por isso, reiteramos a importância das narrativas compartilhadas, que vão além da simples informação, cuja produção não deixa apenas um cadáver, que não se fazem pelo exército de uma pessoa só. Esse entendimento da experiência é importante para colocar em discussão o poder psiquiátrico e as verdades que são criadas sobre o ‘sujeito psiquiátrico’, bem como para justificar nossa metodologia de pesquisa e as tentativas de pesquisar *Com*.

Há peculiaridades no pesquisar. Há processo de fazer conjuntamente, de produzir conhecimento de forma engajada e em partilha, mas há também pequenas sutilezas que nos impedem de sermos apenas ‘pesquisadores’. As delicadezas da saúde mental, por

exemplo, exigiram alguns cuidados, como demanda de escutas longas sobre como o processo de pesquisa afeta a vida diária. Sade, Ferraz e Rocha (2013) concebem as implicações metodológicas da confiança como um *ethos* na pesquisa cartográfica. Por meio dos estudos de James, Stern, Rolnik e Despret, eles definem a confiança no entrelaçamento das noções de engajamento e indeterminação. A questão da constituição e do manejo dos vínculos no processo de pesquisa é pensada como um regime de contratação. Uma vez que na cartografia a produção de conhecimento é indissociável da construção de novas condições de existência, a aposta é na ideia de que a confiança na experiência implica a promoção de uma experiência compartilhada capaz de ampliar a potência de agir.

Como lembra Bondía (2002), se o experimento, para as concepções positivista e empirista, é repetível, na experiência a repetição é impossível – há nela sempre algo de inédito. Se o experimento é previsível, a experiência tem a dimensão de incerteza irreduzível. Assim, “a experiência não é o caminho até um objetivo previsto, até uma meta que se conhece de antemão, mas é uma abertura para o desconhecido, para o que não se pode antecipar, nem pré-ver, nem pré-dizer” (2001, p. 28).

A viagem também possibilitou o refinamento da questão da autonomia. Se num primeiro momento a autonomia estava sendo pensada num âmbito de saúde mental amplo, agora há que se fazer o adendo de pensá-la como participação de pesquisa. Esse modo de fazer pesquisa é uma tentativa de esburacar ideias consolidadas sobre os modos de fazer pesquisas científicas. É uma utopia que vislumbra frestas, quando não as produz, nas construções que temos sobre saúde mental e RPB. É a busca por tropeços no andar da autonomia garantida nas diretrizes das políticas nacionais de saúde mental.

As pistas norteadoras ou incentivadoras em que temos nos amparado para entrar no problema da pesquisa estão na tentativa de deslocar a autonomia definida como autodeterminação racional e individual – definição que tem base nas teorias filosóficas até a modernidade e na ética principialista (ou biomédica), na contemporaneidade – para uma concepção em que ela se exprime como potência de (re)invenção da vida, de composição de laços sociais e afetivos e de articulação de coletivos solidários de existência. As decorrências desse deslocamento são as mudanças de articulação moral, ética e política sobre a responsabilidade, então corresponsabilidade e cogestão da saúde e da vida.

A pesquisa foi realizada sob parecer ético CAAE: 36468114.5.0000.5334, do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, respondendo aos seus preceitos legais.

PARTE II

NÃO HÁ CÉU PARA OS CONCEITOS

(...) Os conceitos não nos esperam inteiramente feitos, como corpos celestes. Não há céu para os conceitos. Eles devem ser inventados, fabricados ou antes criados (...) é necessário substituir a confiança pela desconfiança, e é dos conceitos que o filósofo deve desconfiar mais (...)

- Deleuze & Guattari (1992, p. 13)

2.1 Jogos de verdade e processos de subjetivação: interconexões éticas e políticas

Optamos por abrir a seção teórica discutindo os processos de subjetivação. Entendemos que, ao abordar a questão da autonomia, convocamos também as questões acerca da constituição do sujeito e dos saberes que discursam sobre esse sujeito, classificando-o como louco ou são, além das implicações éticas, políticas e de subjetivação. Assim, as linhas que seguem versam sobre modos de subjetivação e jogos de verdade na constituição do sujeito, bem como sobre as implicações em termos de autonomia, ética e política daí decorrentes.

Consideramos sujeito e mundo, como explicam Eirado e Passos (2009), possibilidades existenciais que se coengendram, distinguindo-se sem se separarem. É jogo que só se faz jogando.

Baroni, Vargas e Caponi (2010) observam que os discursos em torno da saúde mental com frequência se reportam à doença, ao distúrbio, ao transtorno. O estabelecimento dessa relação se dá com a noção de doença mental, que surge quando a psiquiatria se apropria da experiência da loucura e a torna uma entidade nosológica. ‘Saúde mental’ é um termo atrelado ao saber psiquiátrico, mas também à história da saúde pública, para a qual, no que diz respeito ao campo mental, a doença consistia em interesse primário. Foram os debates intensos e longos em torno da doença mental,

objeto da psiquiatria, e depois a própria psiquiatria que fizeram emergir o termo e o campo da saúde mental.

As fronteiras impostas para cercear os *loucos* e suas possibilidades de existência são apresentadas rapidamente por Gabriel Garcia Márquez (1992) no conto *Eu só vim telefonar*. Nele, uma mulher qualquer entra no manicômio por engano, mas, por não ter a proteção dos jalecos brancos, é desacreditada em suas tentativas argumentativas de sair, as quais inclusive são usadas contra ela, para mantê-la trancafiada, num delírio científico e legitimado. Genial na literatura, perverso no mundo da vida. E a perversidade não está em reconhecer alguém numa situação de sofrimento ou considerada problemática, necessitando da intervenção de outro, mas sim em desconsiderar a história e o desejo do indivíduo, aprisionando-o numa única possibilidade, a de *ser doente*, com a obrigatoriedade de curvar-se aos mandos dos especialistas, tendo seus discursos desvalidados. O que faz alguns discursos mais legítimos que outros? O que torna a palavra dos especialistas mais verdadeira que a palavra de qualquer pessoa acerca de si mesma?

Essa desqualificação ou inabilidade para falar de si parece ocorrer quando o sujeito é também objeto de um conhecimento específico. Segundo Noto (2009), Foucault lembra – n'*As palavras e as coisas*, na *História da loucura*, no *Vigiar e punir* e n'*A vontade de saber* – que o sujeito foi igualmente constituído como objeto de conhecimento das Ciências Humanas e como objeto de dominação por meio de certas práticas institucionais de poder⁶. Para Foucault, são “os processos de subjetivação e de objetivação que fazem com que o sujeito possa se tornar, na qualidade de sujeito, objeto de conhecimento” (2004, p. 236). Nas Ciências Humanas, deparamo-nos com práticas discursivas em que o sujeito torna-se o objeto privilegiado de investigação e de discursos que podem ser verdadeiros ou falsos.

Os jogos de verdade se definem, diz Carvalho (2007), a partir da própria concepção de verdade. São, para Foucault, “um conjunto de regras de produção da verdade” (2000, p. XVIII), ou seja, “não a descoberta das coisas verdadeiras, mas as regras segundo as quais, a respeito de certas coisas, aquilo que um sujeito pode dizer decorre da questão do verdadeiro e do falso” (FOUCAULT, 2004b, p. 235). Isso significa afirmar que os jogos de verdade são os modos pelo quais os discursos podem ou não se tornar verdadeiros, de acordo com as circunstâncias em que são ditos,

⁶ Vale lembrar que essa concepção será deslocada pelo filósofo nos anos 80. Trataremos disso mais adiante.

situados em certos procedimentos que “conduzem a um certo resultado, que pode ser considerado em função de seus princípios e de suas regras de produção” (FOUCAULT, 2000, p. 302).

É necessário, argumenta Carvalho (2007), levar em consideração a multiplicidade de jogos de verdade que permeiam o funcionamento dos discursos de verdades – os jogos dos jogos. Existe todo um conjunto de signos a ser satisfeito – como os comportamentos, as circunstâncias – para se entrar na ordem do discurso e se determinar quem diz a verdade. Ainda assim, num jogo de verdade estabelecido, há a possibilidade de se descobrir algo que faça mudar alguma regra ou até todo um conjunto de regras.

Ao examinar a relação entre os jogos de verdade e a objetivação do sujeito nas Ciências Humanas, argumentam Castanheira e Correia (2012), Foucault foi conduzido às relações de poder, uma vez que os discursos das Ciências Humanas parecem funcionar como práticas discursivas e, sobretudo, como práticas coercitivas. Ele abre a análise para como os saberes se tornam dispositivos políticos que auxiliam os mecanismos de poder, bem como para quais são os efeitos coercitivos das práticas discursivas e das práticas institucionais, que por sua vez funcionam numa dinâmica circular em que a mecânica do poder reclama os efeitos de verdades. Trata-se, explica Foucault, de

uma análise dos “jogos de verdade”, dos jogos entre o verdadeiro e o falso, através dos quais o ser se constitui historicamente como experiência, isto é, como podendo e devendo ser pensado. Através de quais jogos de verdade o homem se dá seu ser próprio a pensar quando se percebe como louco, quando se olha como doente, quando reflete sobre si como ser vivo, ser falante e ser trabalhador, quando ele se julga e se pune enquanto criminoso? Através de quais jogos de verdade o ser humano se reconheceu como homem de desejo? (1984, p. 12).

O que faz o indivíduo se reconhecer num diagnóstico de *transtorno mental*? O que faz esse diagnóstico do humano? Pela perspectiva foucaultiana, os diagnósticos são legitimados em jogos de saber-poder. E, nesse sentido, Guareschi, Lara, Azambuja e Gonzales (2011) são claras quando afirmam que

o conhecimento, através do dispositivo científico, produz verdades sobre os sujeitos, produz, portanto, modos de assujeitamento, ou seja, estabelece um determinado ser-sujeito-assujeitado nas verdades que o constituem e naquelas que sobre ele são formuladas. Nesse sentido, a pesquisa deve colocar o conhecimento e os saberes produzidos em questionamento, para compreender como tomamos algo como verdade e como essa verdade produz os modos de ser sujeito (2011, p. 200).



Para Medeiros, Bernardes e Guareschi (2005), é possível pensar tanto as práticas que forjam o conceito de saúde quanto os sujeitos que são o objeto dessas práticas. São práticas discursivas provocadoras de formas de subjetivação na contemporaneidade – e, ao falar de práticas discursivas, referimo-nos a exercícios cotidianos que dizem respeito à relação que o ser humano estabelece consigo mesmo e com o mundo a partir de códigos, regras e normas produzidos socialmente. Edifica-se assim uma série de regulamentos e de modulações que orientam a maneira como o ser humano deve se relacionar consigo mesmo e com o mundo.

É importante enfatizar aqui que não se trata apenas de uma concepção de conhecimento, mas de uma edificação que produziu marcadores na forma de os sujeitos reconhecerem-se e relacionarem-se consigo mesmos. Segundo Castanheira e Correia (2012), Foucault operou um deslocamento em seus estudos no final dos anos 1970. Ele foi da noção de saber-poder para a noção de governo dos homens pela verdade. Os autores explicam que, se a noção de saber-poder funcionava como chave de análise das técnicas, procedimentos e tecnologias de sujeição e dominação que constituem o sujeito, a ideia de governo é entendida como mecanismo de conduta para os homens. É a partir desse deslocamento que Foucault percebe o exercício do poder como sempre ligado à subjetividade e à verdade.

De acordo com Ferreira Neto (2004), Foucault dedicou seus últimos trabalhos para a elaboração de uma genealogia do sujeito de desejo na modernidade. Um sujeito constituído historicamente, e não como conceito universal. A preocupação estava em expor a determinação contingente de nossos modos atuais de subjetivação e a possibilidade de construção de novos processos de subjetivação, numa perspectiva ético-política.

Se por um lado a constituição do sujeito como objeto de conhecimento das Ciências Humanas e como objeto de dominação do poder ocorre de forma passiva, como uma sujeição, explica Noto (2009), por outro a constituição do sujeito por si mesmo é ativa – e, em oposição à sujeição, denomina-se ‘subjetividade’. É a partir da constituição da subjetividade que Foucault empreende uma ontologia do sujeito como *ser do sujeito* que é constituído pelo próprio indivíduo.

O processo de constituição da subjetividade, segue Noto (2009), implica a relação do indivíduo consigo mesmo. Nesse processo, o sujeito toma-se como objeto a ser conhecido (objetivação) e trabalha na constituição de si como sujeito (subjetivação). Quando se objetiva, o indivíduo diz as verdades de si por meio de práticas discursivas; quando se subjetiva, diz a verdade de si e se constitui como sujeito daquilo que conhece (práticas de si). O cerne da questão sobre o sujeito e a verdade, para Foucault, está em saber por meio de quais modalidades o indivíduo se constitui e se reconhece como sujeito em jogos de verdade. E, aí, entende-se sujeito não como indivíduo, mas como efeito constituído nas práticas de si.

Ainda segundo Noto (2009), o grande problema daí decorrente diz respeito à situação-limite do sujeito. Ele fica posicionado entre uma relação consigo mesmo e uma relação exterior a si (eixos do saber e do poder) ao mesmo tempo. Se por um lado é o

próprio indivíduo que se constitui como sujeito, por outro as verdades que ele atribui a si e as práticas que realiza sobre si são provenientes de modelos normativos existentes independentemente de si. Como sublinha Deleuze (2005, p. 109), “a ideia fundamental de Foucault é a de uma dimensão da subjetividade que deriva do poder e do saber, mas que não depende deles”.

Evidenciar os jogos de verdade, dizem Guareschi et al. (2011), é um exercício de estranhamento que desassujeita e possibilita a construção de outras relações, seja entre a ciência, o Estado, o mercado econômico, o sujeito de direitos. Para Carvalho (2007, p. 220), essa possibilidade é aberta por meio da crítica, uma vez que

todo processo de sujeição se encontra na confluência das ações da verdade no correlacionar de forças instaladas no eixo poder-saber. Portanto, a crítica como a arte de não ser governado como *isto*, nem pelo preço que pagamos, coloca-se como ponto vital na ação de toda resistência às regulamentações que asseguram as mesmas perspectivas da verdade. Eis aí o passo inicial para uma política de desassujeitamento.

Se alguns jogos se modificaram e permitiram, ao menos em cenário nacional, abrir as grades do manicômio e desenclausurar os loucos, outros se fizeram e nos lançaram em tramas ainda mais complexas. Consideremos o refinamento e a banalização dos psicofármacos, por exemplo. A medicalização substitui as grades que antes eram do manicômio, ao mesmo tempo em que possibilita e potencializa vidas em liberdade. E, aqui, é necessário lembrar os interesses econômicos e as estratégias da indústria farmacêutica na produção de um determinado tipo de verdade e na consequente comercialização de um tipo de saúde.

Nosso desafio, como sujeitos, é promover novas formas de subjetividade através da recusa do tipo de individualidade que nos foi imposto. Talvez, diz Foucault (1995), o objetivo atual deva ser não o de descobrir, mas o de recusar o que somos. E aí também vale recordar os modos como historicamente temos conceituado a autonomia.

Para Foucault (2004a), o sujeito se define de maneira ativa pelas técnicas de si, que não são inventadas por ele, mas sim encontradas na cultura como propostas ou imposições do meio social. A apropriação desses arranjos culturais o remete para as relações de saber-poder. A análise dessas relações, por sua vez, permite estabelecer a ligação entre os sujeitos e os jogos de verdade. Cada apropriação se remete a um jogo específico, com regras delimitadas que determinam o verdadeiro e o falso.

Conforme explica Tedesco (2012), a partir de Deleuze e Canetti, os discursos podem não descrever uma situação, mas impõem uma realidade de orientação, um enquadramento. Quando um saber médico dirige a alguma pessoa um diagnóstico de transtorno mental que a torna incapaz de ter seu discurso e vontades validados, então se põe em pauta a discussão sobre a veracidade ou não do diagnóstico. A partir daí, pode-se negar ou não a declaração, mas já se tem uma orientação de comunicação. A sentença diagnóstica se dá com base num somatório de fatores que permeiam as relações e demandam a normalização dos corpos e dos modos de vida, com colaboração direta da própria pessoa, dos familiares, da sociedade. Por isso, Tedesco (2012) insiste na ideia de que a predicação pode ser rejeitada, mas não a direção que é dada à conversação. Assim, esses enfoques – no caso, os discursos sobre doença mental –, em sua relação de determinação recíproca com o empírico, instituem uma nova realidade a ser tratada.



Baroni et al. (2010) ressaltam que, na obra *Sujeito e poder*, Foucault tem sua atenção voltada para os processos de subjetivação que atuam na constituição do indivíduo. Para os autores,

ao tratar o sujeito, constituído ao mesmo tempo em que se constitui como efeito dos jogos de verdade, emerge como tema as estratégias de resistência. Estratégias que se apresentam como a maneira possível, dentro dessas relações de poder, de o sujeito criar diferentes respostas, linhas de fuga à captura dos poderes por meio de pequenas possibilidades diárias de recusa aos discursos e práticas que normalizam. Abre-se, portanto, a possibilidade de pensar nesse sujeito se esteticizando, não apenas através do seu reconhecimento nas normas, mas a partir da produção de novas formas de subjetividade, novos estilos de vida, reposicionando-se frente ao estabelecido (2010, s.p.).

Segundo Nardi e Silva (2009), em sua reflexão sobre a relação dos sujeitos com a verdade, Foucault evidencia a precariedade dos modos de subjetivação contemporâneos, o que o faz retornar aos gregos para pensar a experiência de si na Grécia antiga. Nessa retomada, realizada na *Hermenêutica do sujeito* (2006), a prática do cuidado de si implica a relação com o outro, ou seja, coloca em cena questões éticas e políticas. Segundo os autores (ibidem), a relação sujeito-verdade envolve a reflexão ética, pois os julgamentos éticos precisam do reconhecimento ou correção do outro e, como tais, se compõem num esquema intersubjetivo.

Por meio dessas complexas relações intersubjetivas, também se cria o sujeito ético em interconexões com a verdade. Em entrevista a Becker, em janeiro de 1984, Foucault (2004b) define a ética do cuidado de si como prática da liberdade. Antes de chegar a essa resposta resumida, porém, o filósofo arquiteta seu pensamento no deslocamento das questões sobre os jogos de verdade para as que dizem respeito às práticas de si. Considera-se aí o modo coercitivo como os sujeitos criaram a si nos discursos de verdade sobre o sujeito, tendo como exemplos a psiquiatria e o sistema penitenciário – práticas coercitivas que, na contemporaneidade, se apresentam também nas práticas de autoformação do sujeito, “um exercício de si sobre si mesmo através do qual se procura elaborar, se transformar e atingir um certo modo de ser” (p. 265).

Ainda de acordo com Nardi e Silva (ibidem), a ética pode ser entendida como a problematização dos modos de existência. Esse entendimento relaciona-se intimamente com o nosso processo de pesquisa. A discussão que propomos tem decorrências éticas e políticas, e é preciso levar em conta as condições que as tornam possíveis. A problematização, explicam os autores, refere-se às relações para com o outro e consigo. Assim, a ética é vinculada à constituição de um sujeito capaz de se apropriar dos destinos de sua vida. Foucault (2004b) propõe que a ética seja pensada como a forma

privilegiada de reflexão sobre os modos de viver e que a vida seja concebida como a expressão de uma obra singular por meio da ampliação do grau de liberdade. Vale ressaltar que ele prefere ‘práticas de liberdade’ a ‘processos de liberação’, uma vez que a segunda construção pode dar a ideia de uma essência humana a ser recuperada, liberada. No exercício das práticas de liberdade, é preciso incluir certo grau de liberação e de dominação. Cabe, assim, a produção de estratégias para que se possam estabelecer maior reciprocidade e alternância de posicionamentos de poder e verdade, num movimento intrínseco de resistência às formas de dominação.

Evidenciar os jogos de verdade, dizem Guareschi et al. (2011), é um exercício de estranhamento que desassujeita e possibilita a construção de outras relações, seja entre a ciência, o Estado, o mercado econômico, o sujeito de direitos. Aqui é necessário lembrar os interesses econômicos e as estratégias da indústria farmacêutica na produção de um determinado tipo de verdade e na consequente comercialização de um tipo de saúde. Portanto,

aceitar um determinado conceito ou ideia de saúde implica escolher certas intervenções efetivas sobre o corpo e a vida dos sujeitos individuais, e implica, ao mesmo tempo, uma redefinição deste espaço onde se exerce o controle administrativo da saúde dos indivíduos, entendidos como grupo humano, como população (CAPONI, 2009, p. 64-65).

Baroni et al. (2010), a partir de Conrad, ponderam que a medicalização pode ocorrer por movimentos de colaboração dos grupos de leigos e pessoas diagnosticadas. Essa noção põe em xeque o entendimento de que as pessoas diagnosticadas são vítimas passivas no processo de imposição da ciência médica. Os autores ainda ressaltam que são as descrições das sensações e o autorreconhecimento como doente que dão conteúdo à operação clínica. Esse processo de fabricação de diagnósticos é perpassado por linhas de verdades que vão além do saber médico, pautando as relações do sujeito com a verdade do corpo e da própria saúde.

É preciso observar, contudo, que em contextos nos quais se opera com os conceitos de cidadania, dever e sujeito de direitos (com legitimidade jurídica via Constituição de 1988), como é o caso do SUS, as implicações não se limitam à organização política de um sistema de saúde. Elas atingem, também, os modos de produzir subjetividades, por meio de práticas que estabelecem valores, como o de saúde,

de cidadania e de sujeito de direitos, a partir de um dever do Estado. Nesse sentido, ser cidadão e sujeito de direitos são formas de subjetividades, formas de viver e de relacionar-se consigo, produtoras de efeitos nas (inter)relações entre saúde, cidadania e Estado de direito.

O cuidado de si pressupõe conhecimento de si, por isso é epistemológico; implica considerar-se nas relações com os demais, por isso é ético; envolve o governo de si nas relações com os demais, por isso é político. É a partir dessas consequências éticas e políticas do último Foucault, argumenta Branco (2001), que se podem situar as possibilidades de autonomia e liberdade dos indivíduos. Segundo o autor, as lutas de resistência nas relações de poder estão atreladas ao ‘cuidado de si’ e visam à defesa da liberdade. As lutas em torno do estatuto do indivíduo afirmam o direito à diferença, a não estar enquadrado na norma ou na maioria.

Se por um lado tais lutas apoiam as escolhas que melhor convêm a cada um, sem se pautarem pelo padronizado, havendo liberdade para criação e invenção de si, por outro são contrárias ao isolamento do indivíduo. “O processo de singularização somente tem sentido quando culmina na superação do individualismo pela nova aliança do indivíduo com novas formas de vida e novos vínculos comunitários” (BRANCO, 2008, p. 05). Autonomia, nesse sentido, é o exercício de estilismo de si, como forma de desviar as prescrições de modos de ser. Parece-nos, então, que é possível pensar a autonomia como exercício de cuidado de si e manifestação de práticas de liberdade, viabilizando a construção da cidadania e da vida pública e política. Trata-se da tentativa de criar quadrantes mais participativos e menos excludentes, numa aposta em ideias de cogestão e corresponsabilidade. Ainda podemos questionar: se a autonomia não tem sede, é possível afirmar que ela está nas relações que se estabelecem? É possível afirmar que a autonomia se sustenta nas relações? Estes questionamentos só parecem passíveis de resolução abordando não a autonomia como capacidade e resultado, mas como processos de autonomização.



A discussão sobre autonomia, assim, é inseparável das discussões sobre liberdades, éticas e políticas. Não há autonomia e ética sem liberdade, assim como toda ética e toda liberdade produzem e são produzidas por políticas. Nas palavras de Foucault (2004b, p. 712), “a liberdade é a condição ontológica da ética. Mas a ética é a forma refletida que a liberdade assume”. E, como assevera Branco (2001), a autonomia buscada pelas lutas de resistência é de esfera pública e não restritiva. É a conquista, passo a passo, da reinvenção constante de novas formas de sociabilidade e novos estilos de existência.

A subjetividade se engendra na relação com o outro, no ponto de inflexão entre o assujeitamento e a resistência aos mecanismos disciplinares e de controle. As práticas de cuidado em saúde mental se realizam no encontro e operam com distintas possibilidades de subjetivação, caminhando de um processo biopolítico para um processo de biopotência, da serialização à singularização. Elas promovem a atualização de processos intensivos de viver – e não apenas sobreviver. Apostam na invenção/produção de subjetividades afetadas pelo encontro com a alteridade, agenciando novas possibilidades de fazer andar a vida.

Com base em Foucault, pensamos nos modos de assujeitamento e jogos de verdade aos quais fomos submetidos durante muitos séculos; também pensamos, porém, nas possibilidades de resistência e invenção de novos processos de subjetivação, processos esses que nos permitam uma existência autêntica, ética, política, estética e criativa.

Dessa forma, quando colocamos em questão o alargamento da autonomia, é no sentido de questionar as possibilidades de sermos autônomos na contemporaneidade, numa perspectiva de autonomia que vai além dos modelos impostos e restritos a uma racionalidade que não admite experiências de loucura.

2.2 Autonomia: conceituações e usos

Dissemos que esta pesquisa tem como objetivo problematizar o conceito de autonomia. Como forma de tensionar a discussão, propomo-nos a fazer uma dobra no que tradicionalmente (como veremos a seguir) se considerou o pilar de sustentação da possibilidade do agir autônomo: a capacidade racional de deliberação do agente. Para tanto, tentamos esticar o conceito de autonomia, testando sua resistência e flexibilidade para abarcar diversas situações. Conforme veremos, em seus esforços de conceituação, muitos teóricos permitiram que essas situações escapassem, seja por perceberem as barreiras que elas imporiam para a delimitação conceitual, seja por simples desinteresse.

Estamos falando das expressões humanas tidas como ‘anormais’ no que se refere à saúde mental. É a força dessa complexidade que queremos lançar contra os modos tradicionais de se conceituar a autonomia e colocar à prova sua elasticidade.

O tema central da discussão é o conceito de autonomia, sendo a saúde mental um de seus desdobramentos. Não pretendemos, no entanto, questionar se os loucos são autônomos. Nossas questões não são contra a loucura, mas contra a autonomia. Não perguntamos quem é autônomo; antes, o que é ou pode ser a autonomia e quando há autonomia. Ou, ainda, sob quais condições e critérios são possíveis ações de autonomia.

As linhas que seguem, nesta seção, têm a função de dar notícias dos modos de conceituar a autonomia em autores referenciados no assunto, bem como dos usos feitos do termo no campo da saúde. Ressaltamos que se trata de breves notícias, a fim de possibilitar a problematização do conceito e sua atualização nas políticas e práticas de

saúde mental brasileira, sem a pretensão de esgotar o debate ou aprofundar a investigação em um ou outro autor.

2.2.1 Breves notas sobre a autonomia na Antiguidade

O emprego mais antigo da palavra ‘autonomia’, de acordo com Siqueira-Batista e Scharamm (2008), remonta à antiguidade grega. A palavra, derivada do grego – *autos* (próprio) e *nomos* (regra; governo ou lei) –, foi primeiramente usada com referência a autogoverno da pólis (cidade-estado). Autonomia tem, assim, uma acepção política no sentido de autarcia (autogoverno, suficiência), que em Aristóteles (2011, 1252b) corresponde à pólis/cidade autossuficiente. Do ponto de vista aristotélico, portanto, a autossuficiência diz respeito à cidade, não aos indivíduos separadamente: “Quem for incapaz de se associar ou quem não sente essa necessidade por causa da sua autossuficiência, não faz parte de qualquer cidade, é um bicho ou um deus” (2011, 1253b). Por isso o filósofo afirma que o homem é por natureza um animal político (2011, 1253a). Vale ressaltar que o homem ao qual Aristóteles se refere é varão, livre, adulto e tem posses. Escravos, mulheres, crianças e loucos precisavam ser tutelados por esses *homens* e através deles podiam ter garantida a eudaimonia (vida boa), pois eram considerados naturalmente incapazes para tal.

Segundo Siqueira-Batista e Scharamm (2008), as teorias éticas e morais⁷ desenvolvidas na cultura helênica parecem corroborar a perspectiva que considera a liberdade humana como domínio de si e submissão dos instintos à razão em favor da

⁷ Faz-se aqui uso ordinário dos conceitos de ética e moral. Não é produtivo avançar numa discussão de modo a distingui-los neste momento. A questão pode reaparecer ao longo da pesquisa, mas, por ora, prefere-se tratá-la genericamente. Como explica Cenci (2000), as dificuldades em distinguir ética e moral remontam às próprias coincidências etimológicas dos termos, com significados quase idênticos: tudo aquilo que se refere ao modo de ser, à prática de certos hábitos ou costumes. A palavra ‘ética’ procede do grego, *ethos*, ‘morada’, ‘lugar onde vivemos’, e posteriormente passou a significar ‘o caráter’, ‘o modo de ser’. Por sua vez, ‘moral’ procede do latim, *mos*, *moris*, que originalmente significa ‘costume’ e passou a designar ‘caráter’, ‘modo de ser’. Para fins didáticos, corriqueiramente se considera a ética como reflexão sobre os modos e as possibilidades de ser, criando parâmetros de justificação racional e legitimação para o agir humano. Já a moral, como reflexão sobre os costumes, valores e normas válidas para um contexto específico numa determinada época, com caráter prescritivo, normativo e material (VALLS, 1993). A essas tentativas de distinção, Foucault faz uma contribuição importante, que é conceber a ética como diretamente vinculada à constituição do sujeito. Assim, ele considera a moral “como o conjunto de regras e preceitos vinculados pelas instituições prescritoras – como a família, a religião, a escola e o trabalho”, enquanto a ética, como “a conduta dos indivíduos em relação a essas regras”, implicando a “análise dos modos de constituição da relação dos sujeitos consigo mesmos e com o mundo” (NARDI, SILVA, 2009, p. 143).

organização da pólis. Essa argumentação, que está presente tanto na obra de Platão (2012) quanto na de Aristóteles (2011), é sempre pensada no âmbito do homem-cidadão, e não no do homem-indivíduo. Considera-se que é o domínio da razão relativamente aos impulsos sensíveis que faz o homem ser livre, e não escravo de seus apetites e vícios.

A passagem pelos gregos é rápida e tem somente a função de dar breve notícia de como a autonomia naquela esfera conceituava-se e fazia-se de forma diversa. Estava diretamente relacionada à independência da cidade, não à dos indivíduos. Com efeito, a autonomia da Grécia antiga parece não ganhar lugar no contemporâneo, exceto para aqueles que julgam necessário tutelar algumas classes de pessoas (crianças, jovens, mulheres, escravo/as), seja porque supõem que essa é a garantia da manutenção da ordem social, seja porque consideram tais pessoas como incapazes de atingir uma vida boa por si mesmas. A quem atribuímos esse tipo de pensamento nos dias atuais?

Seguiremos com Kant, que faz a autonomia ganhar força e centralidade no indivíduo. Antes dele, o conceito foi refinado pelos estoicos, Santo Agostinho, Rousseau, Lutero, Maquiavel, entre tantos outros. Todas essas colaborações foram importantes no trajeto da autonomia da pólis para o indivíduo. Concentraremos esforços na conceituação feita por Kant, por haver muitos resquícios de sua teoria nas políticas públicas de saúde, educação e direitos humanos na contemporaneidade.

2.2.2 Breves notas sobre a autonomia em Kant

As revisões do conceito de autonomia pautadas em Kant (SEGRE, SILVA, SCHARAMM, 1998; GIACOIA JR, 2013) ressaltam a importância do humanismo renascentista, da revolução científica, do ceticismo e do iluminismo. É com base em tais influências que se tornam possíveis no pensamento kantiano tanto a construção do indivíduo moderno quanto a aplicação do conceito de autonomia ao indivíduo. Em rigor, não há menção ao conceito de autonomia, pelo menos não diretamente, entre os filósofos anteriores a Kant. Mas, através do conceito de vontade, o de autonomia se faz subjacentemente presente.

O maior objetivo de Kant, diz Giacoia Jr (2012), é examinar de forma sistemática o alcance e os limites próprios da razão em seus diferentes usos, o que

culmina no empreendimento teórico da filosofia transcendental. Kant discrimina e analisa as condições de possibilidade da experiência e do conhecimento dessa experiência, seja no âmbito cognitivo próprio das ciências formais, como a matemática e a lógica, seja no das ciências da natureza, como a física. E investiga também as condições de possibilidade da experiência moral.

Tanto no fundamento da ciência da natureza quanto no da experiência moral existem juízos sintéticos a priori. Tais juízos são encontrados como fundamento da matemática e da física. Na matemática, têm-se o conceito de soma de dois números quaisquer e o conceito de outro número [exemplo dado por Kant na *Crítica da razão pura*: $7 + 5$ (dois números) = 12 (outro número)]. Na física, há uma operação sintética para a qual não basta, como fundamento, o princípio de não contradição (por exemplo: todo efeito deriva de uma causa, de acordo com uma regra invariável).

Em ambos os casos, a ligação é efetuada como uma propriedade dos objetos. E tais enunciados não são juízos da percepção (por definição, todo fato empírico é contingente e particular); antes, têm uma pretensão à validade objetiva e universal cuja legitimidade nenhum conhecimento extraído da experiência pode atestar.

Aqui, interessa saber que os juízos são sintéticos e a priori porque são universais e que sua validade objetiva não depende da experiência; é anterior a ela. Ter essa clareza é importante tanto para saber como Kant concebe a moral (e conseqüentemente a autonomia) quanto para entender onde, segundo Nietzsche, se localiza seu ponto frágil e passível de crítica. De acordo com Giacoia Jr (2012, p. 31),

(...) tais juízos são sintéticos, posto que configuram um conhecimento extensivo a todos os conceitos e no qual o predicado agrega ao conceito do sujeito notas não compreendidas nesse conceito; e são, todavia, *apriorísticos*, pois sua universalidade e sua validade objetiva não derivam da experiência.

A filosofia crítica de Kant, explica Giacoia Jr (2012), propõe-se a examinar como são possíveis juízos sintéticos a priori. Esse exame vale para todos os domínios em que tais juízos são constatáveis – inclusive para o da práxis humana, como na moral e na ética. A existência de juízos relativos à moral e à ética se expressa pela fórmula do imperativo categórico: “Age sempre como se a máxima de tua vontade pudesse tornar-se também o princípio de uma lei universal” (KANT, 2011, p. 70-79). O cerne da

filosofia moral de Kant, segundo Schneewind (2001), está situado na ideia de uma lei que os seres humanos impõem a si mesmos, proporcionando a si mesmos um motivo para lhe obedecer. O fundamento dessa síntese não pode se dar *a posteriori* (na experiência), uma vez que o imperativo categórico vincula a vontade humana à lei moral por intermédio da universalidade necessária das máximas dessa vontade. Trata-se de uma ligação que reivindica validade objetiva e universal, o que nenhuma experiência pode prover. A ética de Kant, comenta Giacoia Jr (2012), é uma ética do dever, concebida e formulada como uma ética normativa que prescreve regras para o agir humano tendo como referência valores que reivindicam para si a validade universal. Nesse sentido, é uma filosofia moral deontológica⁸. Para Kant, os agentes que são moralmente autogovernados são autônomos, conforme explica Schneewind (2001).

Kant extrai o termo ‘autonomia’ do pensamento político dos séculos XVII e XVIII, quando ele foi usado em discussões sobre os estados como entidades autogovernadas. A ideia de moralidade como autonomia em Kant, ainda segundo Schneewind (2001), é algo novo na história do pensamento.

Na *Crítica da razão pura* (mesma obra que apresenta a discussão sobre os juízos sintéticos a priori), Kant faz objeções à metafísica. De acordo com ele, trata-se de uma área que busca conhecimentos impossíveis de serem alcançados, como a liberdade, a imortalidade da alma e Deus.

A liberdade – conceito que nos interessa para chegarmos à autonomia –, embora não possa ser conhecida, pode ser pressuposta (KANT, 2005, p. 79-80). Para Kant, essa pressuposição implica tomar o homem como livre e portador de vontade pura, ou seja, de uma vontade capaz de agir segundo princípios que ela mesma se impõe por meio da razão (KANT, 2005, p. 81). Nesse sentido, explica Giacoia Jr (2013), é por sermos racionais, livres e autônomos que podemos agir moralmente. A autonomia da vontade identifica-se como autodeterminação da razão por meio de valores e normas que possibilitam ao homem sair do estado de minoridade e atingir o de maioridade.

Já nos *Fundamentos da metafísica dos costumes*, Kant (2011) afirma que a autonomia não é incondicional – e, portanto, precisa submeter-se a um critério de universalidade. Isso porque, além da vontade pura (guiada pela razão e conseqüentemente capaz de se converter em ação universal), há no homem uma vontade

⁸ Uma teoria ética deontológica estabelece um critério (um princípio ou um procedimento/meio de decisão, etc.) para saber se uma regra expressa uma obrigação genuinamente moral (DALL’AGNOL, 2004, p. 89).

passível de determinação sensorial, que exige prudência. Assim, é necessário submeter as ações humanas ao crivo da universalização tanto do imperativo categórico – “age sempre como se a máxima de tua vontade pudesse tornar-se também o princípio de uma lei universal” – quanto do imperativo prático – “age de tal modo que possas tratar a humanidade, tanto em tua pessoa como na pessoa de qualquer outro, nunca somente como mero meio, mas sempre como um fim” (KANT, 2011, p. 70 -79).

Schramm (1998) explica que a autonomia em Kant não depende da simples ausência de condicionamentos externos, mas sim da capacidade de escolher embasando-se em princípios morais e sem coação externa heterônoma (da lei, da cultura, por exemplo). Essa é a condição necessária para a responsabilidade. Com efeito, a lei moral autônoma é fundamentada e legitimada na ‘vontade boa’ do agente, sem interferência de outros fatores, sem designação (heteronomia). O modo seguro de fazer essas escolhas, segundo Kant, é guiando-as com base na razão – ou seja, de uma maneira tal que a razão dê a si mesma suas próprias leis, sem derivá-las de algo exterior como a ‘vontade má’ (desejos e interesses privados) ou a ‘vontade superior’ (divina).

Dalbosco (2005, p. 75) ressalta que é decisiva, para a filosofia prática kantiana, a passagem da liberdade natural para a liberdade moral e política, por sua vez caracterizada pela passagem da coação (*Zwang*) à obrigação (*Verpflichtung*), sob a condição de que só pode se sentir obrigado aquele que tem direito à lei universal. A lei à qual o sujeito se sente obrigado a obedecer é aquela da qual ele mesmo é legislador e soberano.

Dessa argumentação, Kant extrai a noção de dignidade humana, inseparável da de autonomia. Para Giacoia Jr (2012), o sentido atual dos conceitos de dignidade, liberdade e personalidade está profundamente impregnado da filosofia crítica de Kant. Isso, segue ele, pode facilmente ser percebido, por exemplo, na constituição brasileira, na bioética atual, na carta da ONU sobre os direitos universais. “É sobre a realidade objetiva da lei moral, cuja validade é universal, que Kant assenta seus conceitos de dever, boa vontade, imperativo categórico, liberdade, autonomia, assim como de consciência moral e respeito” (GIACOIA JUNIOR, 2012, p. 24).

O pensamento de Kant é o que mais ganha destaque. Seu pressuposto é o de que humanos têm dignidade e podem sair de um estado de minoridade para um de maioria por meio do conhecimento. Percebemos, assim, que em tal concepção há pouco espaço para pensar a loucura. Os loucos também são dignos. Mas há possibilidade de autonomia na loucura? A autonomia, ou a moral (não tratamos os

termos como sinônimos, mas, como vimos em Kant, só é possível falar em autonomia porque falamos em moral), é universal, serve para todos, independentemente das experiências e das relações que se estabelecem.

Kant aponta um horizonte possível para a formulação de projetos que hoje se encontram na esteira universalista dos direitos humanos. Essas teses têm importantes desdobramentos nas filosofias vindouras pós-Rousseau, especificamente em Nietzsche, pensador sobre o qual nos deteremos um pouco mais longamente.



2.2.3 Breves notas sobre a autonomia em Nietzsche

Um dos principais críticos de Kant é Nietzsche. Em nosso itinerário, traçado com a finalidade de encontrar os tropeços do conceito de autonomia, parece-nos pertinente estabelecer um diálogo com o crítico. Não para buscar nele uma conceituação de autonomia que favoreça nosso objetivo (autonomia no processo de fazer saúde mental), mas para encontrar nele uma fuga ou desvio da noção consagrada.

Conhecido como crítico da cultura, Nietzsche desconstrói a golpes de martelo os pressupostos racionalistas kantianos. Para ele, a gênese das concepções éticas tradicionais é fraca, impotente e ressentida (NIETZSCHE, GM, 1998) – uma ‘moral de rebanho’, de servidão. O impulso do martelar vem da crítica ao processo civilizatório. De acordo com Giacoia Jr (1989), a cultura ocidental, para Nietzsche, caracteriza-se desde Sócrates por afirmar que a verdade é necessária: “Nada é mais necessário do que a verdade, e em proporção a ela o resto só tem um valor de segunda ordem” (NIETZSCHE, 1999a, p. 196 - GC § 344).

Conforme explica Mosé (2009), Nietzsche observa que a civilização ocidental se fez a partir de uma única interpretação do mundo, a interpretação socrático-platônica. Consideremos *A República* (2008), por exemplo. Nesse texto, Platão apresenta o mito da caverna por meio de um diálogo entre Sócrates e Glauco, e o pilar de sustentação de tal alegoria está na crença de que há uma verdade para a qual o pensamento deve se elevar, verdade essa que está fora da caverna.

A crença em uma única verdade destrói a pluralidade e o devir presentes na mitologia grega. Segundo Mosé (2009), a mitologia é uma forma de interpretar o mundo com a mediação da arte, e não da verdade; isto é, o mito é uma forma de relacionamento com o mundo, sem a pretensão de obter daí uma única verdade. Para Vernant (2002), estudioso da história helênica, o mito é processo vivo de compreensão da realidade. No entanto, não se trata de uma verdade pautada em explicações racionais, coerência lógica, rigor argumentativo ou evidências; trata-se de uma verdade que é intuída, ou seja, percebida de maneira espontânea, sem exigência de comprovações. O mito é, portanto, uma intuição compreensiva da realidade, uma forma espontânea que o humano tem de se situar no mundo, sem dicotomia entre o verdadeiro e o falso. Nas palavras do autor, “(...) entre a literatura e a religião, bem como entre a narrativa fictícia e a verdade do que é contado, entre a fabulação do mito e a autenticidade do divino implicado na narração, não existia, nos tempos arcaicos da Grécia, esse corte, essa incompatibilidade que somos levados a estabelecer” (VERNANT, 2002, p. 230).

Com Platão, explica Giacoia Jr (1989), a crença no valor incondicional da verdade é levada às últimas consequências, fundando-se como pilar da cultura ocidental. Ao verdadeiro é atribuído o caráter de bem supremo. Nessa direção, o *bem*, o *verdadeiro*, o *justo* e o *belo* são equivalentes, ao passo que o erro e a ignorância são a origem efetiva do mal. É importante estabelecer essas distinções entre os mitos e a

filosofia grega. Com base nelas, entendemos, de Nietzsche, tanto sua crítica à história da filosofia quanto sua noção de autocriação.

A vontade incondicional de verdade se revela como um princípio hostil às condições da vida em geral. A questão ‘por que ciência?’ recoloca o problema moral: “para que em geral moral, se vida, natureza, história, são ‘imorais?’” (1999a, p. 197 – GC § 344). A verdade é produto do nosso medo da morte, não da nossa curiosidade, diz Mosé (2009) a partir de Nietzsche; é a necessidade psicológica de estabelecer no mundo uma duração. Não somos capazes de lidar com a vida como ela é (nascimento, morte, transformações), não nos sentimos fortes o suficiente para afirmar a vida como ela é. A história do conhecimento humano é a história da cristalização da ideia de verdade. Nietzsche está criticando a forma dualista como a história da filosofia entendeu a vida, sempre na perspectiva de separar o verdadeiro, o bem, o belo, do falso, do mal, do feio, mantendo os primeiros e tentando banir os últimos, sem aceitar que esses estados fazem parte da vida e podem ter nela sua importância.

O problema desse esquema rígido, explica Nietzsche, são as limitações às quais submetemos a vida e as crueldades às quais nos submetemos em nome de uma ‘moral de rebanho’, ou seja, uma moral obedecida, não refletida.

Conforme Giacoia Jr (1989), por conta de sua natureza moral, o valor atribuído à verdade necessita, segundo Nietzsche, de uma avaliação. Tal avaliação só pode ser efetivada com um critério que sirva de base para a medida do valor. Deve se tratar, portanto, de um critério que não se transforme em objeto de avaliação por intermédio de outro valor – ou seja, que não seja subsumido por outro valor. O que permite a Nietzsche efetuar tal avaliação é a vida:

Seria preciso ter uma posição fora da vida e, por outro lado, conhecê-la tão bem quanto um, quanto muitos, quanto todos que a viveram, para poder em geral tocar o problema do valor da vida: razões bastantes para se compreender que este problema é um problema inacessível para nós. Se falamos de valores, falamos sob a inspiração, sob a ótica da vida: a vida mesma nos coage a instituir valores; a vida mesma valoriza através de nós, quando instituímos valores (...) (1999b, p. 377 - CI, MC §5).

Para Machado (2011), Nietzsche é um defensor da vida. Em vez de ser avaliada, é a vida que, em última instância, faz a avaliação. O autor considera que essa ideia se remete ao conceito de vontade de potência: é a nossa vontade de potência que pode ser

afirmativa ou negativa, que se expressa através de determinadas avaliações. “Se é admissível suspeitar que tanto a falsidade quanto a verdade fazem parte das condições gerais de vida (...), de onde poderiam, então, a ciência e a cultura que nela repousam extrair sua crença incondicionada de que a verdade é mais importante do que toda outra coisa, do que qualquer outro valor?” – provoca Giacoia Jr (1989, p. 99). Trata-se de uma desqualificação de possíveis condicionamentos vitais que, do ponto de vista da vida em geral, são igualmente “legítimos, bons e úteis” (GIACOIA JR, 1989, p. 99).

Nietzsche, de acordo com Giacoia Jr (2012), não questiona as condições de possibilidade dos juízos sintéticos a priori no âmbito da moralidade, como faz Kant; antes, denuncia que os juízos sintéticos a priori são erros fundamentais da razão. Para os valores, deveres e obrigações, a pergunta nietzscheana é genealógica; ela se volta para um exame da gênese dos valores morais e do valor dessa gênese. Nas palavras do próprio Nietzsche, “sob que condições o homem inventou para si os juízos de valor ‘bom’ e ‘mau’? E que valor têm eles? Obstruíram ou promoveram até agora o crescimento do homem? São indícios de miséria, empobrecimento, degeneração da vida? Ou, ao contrário, revelam-se neles a plenitude, a força, a vontade da vida, sua coragem, sua certeza, seu futuro?” (1998, GM, p. 09).

Nietzsche coloca em questão os valores de bom e mau, bem e mal. Conforme Giacoia Jr (1989), o processo civilizatório é visto, nessa perspectiva, como um prodígio de crueldade empregado pela humanidade contra si mesma, como um terrível processo de domesticação e sublimação das pulsões selvagens do animal-homem. Esse processo lento e penoso de aquisição de costumes se apresenta para Nietzsche como condição de surgimento das formas sutis e refinadas da cultura superior (superior à vida), de formação e conformação da humanidade em seu devir.

Nietzsche é particularmente contrário às concepções kantianas de lei moral, dever incondicionado, imperativo categórico, consciência moral e virtude; conseqüentemente, é contrário à ética deontológica (moral dos deveres), normativa, na medida em que ela reconhece obrigações e formula preceitos que são regras de conduta com pretensão de validade geral, mas legitimadas pelo livre consenso racional. Temos aí um adversário da deontologia, das éticas prescritivas – e, por sua vez, de todo imperativo categórico (GIACOIA JR, 2012). Como assevera o filósofo n’*A gaia ciência*:

eu penso no velho Kant, que, como castigo por ter deixado escapar ‘a coisa em si’ – também uma coisa muito ridícula! –, foi colhido pelo ‘imperativo categórico’, e com ele retornou de novo, de coração e por engano, para ‘Deus’, ‘alma’, ‘liberdade’ e ‘imortalidade’, igual a uma raposa, que retornou por engano à sua jaula: — e tinham sido sua força e inteligência que haviam arrombado aquela jaula! — Como? (1999a, p. 191 – GC § 335).

Nesse trecho, Nietzsche faz duas considerações importantes. Primeiro, denuncia a teologia metafísica na qual Kant recai – e que por sua vez ‘se disfarça’ de filosofia crítica –; segundo, reconhece a força e a inteligência de Kant para libertar o espírito das prisões teológica e metafísica, de modo que o retorno aos velhos arquivos da metafísica teria representado um retorno enganoso.

Com a expressão ‘retorno enganoso’, diz Giacoia Jr (1989, p. 106), Nietzsche se refere ao argumento kantiano que funda a moralidade na ideia de liberdade da vontade, pressupondo que a liberdade é propriedade da vontade de todo ser racional (KANT, 2011). Recorrer a esse tipo de explicação sobre a proveniência das categorias morais não significa, para Nietzsche, romper com a metafísica tradicional; pelo contrário, significa retomá-la, uma vez que se trata de um tipo de explicação que permanece no horizonte da categoria lógica de finalidade, o que pressupõe a existência velada de uma *ratio*/razão operando e dirigindo de antemão o destino da espécie.

Para Nietzsche, diz Giacoia Jr (1989), a genealogia da moral é ao mesmo tempo a genealogia da própria *ratio*, cuja especificidade consiste em não tomar seus objetos de investigação como naturais, e, sim, como resultados de um processo formativo, presumivelmente ocorrido na pré-história da espécie e recuperado hipoteticamente pela reflexão filosófica. Sigamos mais um pouco com o deboche de Nietzsche em relação a Kant:

Admiras o imperativo categórico em ti? Essa “firmeza” de teu assim chamado juízo moral? Essa “incondicionalidade” do sentimento: “Assim como eu, todos têm de julgar aqui”? Admira antes teu egoísmo nisso! E a cegueira, mesquinhez e despreensão de teu egoísmo! Pois é egoísmo sentir seu juízo como lei universal: e um cego, mesquinho e despreensioso egoísmo, ainda por cima, porque denuncia que ainda não descobriste a ti mesmo, que ainda não criaste para ti mesmo nenhum ideal próprio, bem próprio: — pois este não poderia nunca ser o de um outro, quanto mais, então, o de todos, de todos! (1999a, p. 191-192 – GC § 335).

Conforme esclarece Giacoia Jr (2012), a indignação de Nietzsche se dá em relação ao compromisso que Kant assume ao formular o imperativo categórico. Trata-se do compromisso com uma lei que, por se pretender universal, não pode valer para uma singularidade autêntica e genuinamente pessoal, sob o risco de suprimi-la. A ética em Kant parece ser mais compatível com uma noção liberal de dignidade, ao passo que em Nietzsche parece dizer mais respeito à defesa da singularidade, motivo pelo qual é incapaz de firmar qualquer pacto com pretensões de universalidade.

A genealogia nietzscheana da moral constitui uma ousada tentativa de inversão do ponto de vista kantiano. Para pensar de modo causal (com juízos sintéticos a priori), é necessário ter no humano um ser regular, previsível. A reverência aos costumes, explica Rabelo (2007), passa da coerção externa para uma representação interna de bem, de virtude. O homem virtuoso é aquele que incorporou, por meio de um processo cruel de domesticação, a faculdade não natural de agir por regras (NIETZSCHE, 1998 – GM, II, § 1-3). Nesse cenário, o poder de se responsabilizar e o poder de dar garantias de si mesmo no futuro, de levar a cabo uma palavra empenhada – ou seja, de estar em dívida ou em culpa –, são pressupostos de relações recíprocas entre o cumprimento de uma obrigação e a conquista de uma prerrogativa de direito. Eticidade e direito, consequências da civilização, não são, para Nietzsche, determinações concretas da liberdade; são, antes, domínios antiéticos da liberdade.

De acordo com Rabelo (2007), o espaço possível para a liberdade, segundo Nietzsche, dá-se com o domínio da própria vontade; sem esse autodomínio não há causalidade da vontade (eu quero, logo eu faço). A figura por excelência do indivíduo capaz de prometer é a do indivíduo autônomo. Aquele que não tem controle sobre si mesmo, ou seja, sobre sua própria vontade, não tem, no limite, condições de prometer (pois lhe falta precisamente a condição primeira, a regularidade). A referência é ao ‘homem-massa’, para o qual o devir é desconhecido e que, por um estranhamento de si mesmo, poderá ter acesso à sua má consciência. Vale destacar que consciência moral difere de má consciência (consciência de culpa).

Nietzsche, segundo Rabelo (2007), ataca a atitude de negação – e que se faz passar por afirmação – daqueles que se consideram ‘bons’ e ‘conhecedores’ da verdade. Eles não reconhecem os limites da mera interpretação, num mundo onde tudo é devir – seja por fraqueza ingênua (no caso dos que absorvem tal atitude), seja por vingança (no caso dos que a fomentam). A má consciência pode ser vista como subsequente ao ressentimento; como um ressentimento autoconsciente que aumenta a si mesmo se

alimentando de si mesmo, como um ressentimento que acusa a si mesmo como culpado. Esse processo ocorre em dois momentos principais: o primeiro, o da “simples consciência animal” (NIETZSCHE, 1998, p. 72-75 – GM, II, § 16-17); o segundo, mais sofisticado, elaborado pelo sacerdote ascético, se configura como pecado.

O que Platão criou como ideia o cristianismo transformou em religião, diz Mosé (2009). De tal perspectiva, a vida é considerada um erro, porque fazem parte dela os erros do sentido. O pensamento, que é a ideia pura, a alma pura, surge depois da morte. Assim, o ponto de vista que se baseia na existência de dois mundos – e para o qual um é erro, e o outro verdade – aproxima-se da noção judaico-cristã, que vê esta vida como erro, e a outra como perfeição. Daí Nietzsche afirmar que o platonismo é um cristianismo para o povo (Anticristo, § 59).

Em sua interpretação de Nietzsche, Deleuze (1976) distingue dois tipos de niilismo. O primeiro é negativo, quando se nega esta vida em nome de outra (platônica ou cristã). Os valores superiores são nesse caso os valores da idade média, como o paraíso pós-morte. Na modernidade, com a ciência, não se quer mais esperar a morte – assim, mata-se Deus (morte que é marco da modernidade).

O segundo niilismo é reativo: quando a ciência nasce, a religião perde seu valor; não se nega mais esta vida em nome de outra, mas se cria a ilusão de futuro. Segundo Machado (2011), é uma reação da modernidade relativamente às teorias metafísicas e ao próprio cristianismo. Trata-se da ideia de laicização da modernidade, de perda do sagrado e assim por diante. O homem reage a Deus e em seu trono coloca o cientista, segue Mosé (2009). É um tipo de niilismo em que não se quer morrer em função da vida paradisíaca, mas em que se institui a ideia de futuro promissor. Se antes não se vivia o presente em nome do paraíso, agora, na modernidade, não se vive o presente em nome do futuro. O problemático disso é que – tanto quanto a ideia de um pós-morte – a aposta no futuro tira o homem do instante, do devir, do conflito que é a vida.

Esses dois niilismos (negativo, na forma platônica ou cristã, e reativo, na forma moderna) fundamentam a nossa moral com a negação do corpo, das sensações, do agora, da transformação, da contradição e do conflito. Assim, nos levam à construção de uma imagem idealizada de nós mesmos e dos outros. Segundo Mosé (2009), para Nietzsche, a história da filosofia é a história do pensamento humano, da negação da vida, da ilusão. O homem construiu uma história de si muito superior à que pode suportar; conseqüentemente, precisa viver tentando atingi-la. Diante disso, o questionamento de Nietzsche é contra esse modo de ser.

Nos dois casos o niilismo reflete a negação da realidade – e é contra essa postura que Nietzsche se coloca. De acordo com Mosé (2009), tanto no niilismo negativo quanto no reativo há uma desvalorização da vida presente, seja pelos ideais de verdade e paraíso, seja pela promessa de progresso e futuro. A resposta de Nietzsche ao niilismo (de ambos os tipos) é a busca da superação do homem no presente, dia após dia. Esse homem parte da afirmação da morte; arquiteta e inventa a si mesmo, em vez de aceitar um conceito preestabelecido; tem coragem de lidar, a cada segundo de sua vida, com o conflito que é a escolha em cada situação, e não atribui essa tarefa nem a Deus, nem à moral estabelecida, nem aos pais, nem à geração passada; entende que, independentemente de sua história, existe um instante supremo – *este* –, que o seu gesto determina. Ele não tem consciência desse gesto e clareza racional. Mas é o instante e a capacidade de ler a si mesmo, rever a si mesmo, construir a si mesmo, que o fazem forte.

Nietzsche não diz quem é o super-homem, mas sugere que ele está na superação de si, na invenção de si, e não na verdade. É o homem que se supera e que se inventa no presente.

Conforme explica Mosé (2009), o super-homem de Nietzsche não é compatível com os exemplos de homem forte que temos no mundo. O super-homem nietzscheano é o inverso desses modelos sociais de homem forte, pois o que temos na sociedade são exemplos de fraqueza e covardia. O poder de força, para Nietzsche, está no enfrentamento das contradições em relação à vida e à morte. O homem forte de Nietzsche é um homem frágil para a sociedade – por isso sensível e por isso ético.

Para Machado (2011), um dos principais objetivos de Nietzsche ao criar uma filosofia trágica – que tem como ideia mais importante a afirmação do eterno retorno – é possibilitar uma *gaia ciência*, ou seja, um saber alegre. Tal saber deve defender a alegria de viver, a alegria incondicional para com a vida e a realidade, a aprovação jubilosa da existência. Tem-se, assim, o resgate da inocência, que significa a liberação da culpa e a capacidade de rir de si mesmo. O trágico, para Nietzsche, afirma Giacoia Jr (2014)⁹, é assumir a vida integralmente – com o que nela há de sombrio, de prazeroso, de sofrimento, de luminosidade. Assumir a vida sem acréscimo nem subtração.

⁹ Durante o tópico especial *Para além do ressentimento: por uma clínica da grande saúde*, ministrado pelos professores Oswaldo Giacoia Junior e Alfredo Naffah Neto, tendo como responsável a professora Simone Mainieri Paulon.

Em Nietzsche, a justiça da vida não se dá pela ordem moral, mas pela estética. De acordo com Giacoia Jr (1989), a superação da servidão inerente à eticidade tradicional ocorre pela transfiguração da liberdade e pela autonomia da vontade: “O homem livre é não ético, porque em tudo quer depender de si, e não de uma tradição (...). Uma autoridade superior, a que se obedece, não porque ela manda fazer o que nos é útil, mas porque ela manda” (NIETZSCHE, 1999c, p. 141 – A). Arquitetam-se, assim, a vontade, a criatividade e o sentimento estético como genuínas afirmações de vida (SIQUEIRA-BATISTA; SCHRAMM, 2008).

Se em Kant temos a submissão da individualidade a uma lei moral racional, em Nietzsche temos a singularidade dos pensamentos, sentimentos e impulsos determinando o que fazer. Nietzsche institui o conceito de ‘vontade de poder’ como potência criadora, que pretende não apenas a autoconservação mas também a autossuperação e o autodesenvolvimento.

A autonomia e a autenticidade encontram-se para além do homem, num devir ético-estético. O que Nietzsche faz é problematizar a moral, buscar seu valor próprio, que, até então, se colocava como inquestionável, como absoluto. Para Giacoia Jr (2012), a genealogia nietzscheana da moral tem-se demonstrado compatível com as propostas éticas não normativas, nas quais *éthos*¹⁰ é entendido como forma de vida, como estilística da existência, conforme encontramos nos pensadores pós-modernos. Além disso, Nietzsche mantém viva a suspeita radical de que sempre podem subsistir, de maneira subliminar, aspirações tirânicas de poder e dominação, mesmo em teorias com princípios, fundamentos e valores pretensamente universais.

Insistimos em Nietzsche por duas razões: primeiro, por ser o maior crítico de Kant, filósofo que, como vimos, é um dos principais teóricos acerca da autonomia no ocidente; segundo, por trazer ao debate as noções de vontade de potência/vontade de poder e possibilidade de autocriação, ideias que desembocam em nossa defesa da autonomia como autocriação, num paradigma ético-estético. Avancemos agora em direção ao pensamento psicanalítico, em sua crítica a Kant que se inspira também em Nietzsche.

10 Vale ressaltar que há duas variações de grafia para o termo *ethos* (sem acentuação): *éthos* (caráter) e *éthos* (hábito/costumes). Essa duplicidade de sentido deve-se a questões de tradução, por existirem duas palavras distintas para cada um desses termos traduzidos (FERREIRA, 2009). Aqui optamos pela segunda variação, que é a utilizada por Giacoia Jr.



2.2.4 Breves notas sobre a autonomia na psicanálise

Contra o entendimento kantiano de autonomia também se destaca a psicanálise. Siqueira-Batista e Schramm (2008) explicam que isso se deve a pelo menos dois motivos: primeiro, à noção de inconsciente, que, como possível ditame das preferências e opções aparentemente estabelecidas como atividades conscientes, abala o reinado de autodeterminação consciente da razão iluminista; segundo, ao deslocamento da tríade consciente, inconsciente e pré-consciente para a tríade Eu, Isso e Supereu, que anuncia a participação do processo civilizador na formação do psiquismo.

De acordo com Braz (1999), o surgimento do conceito de inconsciente de Freud marca uma ruptura com o pensamento da filosofia moderna. Uma vez que parte da ideia de que não há acesso livre e constante ao inconsciente e de que estamos sob sua influência, a proposta freudiana se contrapõe à noção de homem como possuidor de razão e capaz de se autodeterminar, o que culmina num questionamento sobre as premissas que constituem a argumentação tradicional acerca da autonomia.

Braz explica que o Eu consciente é determinado pelo inconsciente, pelo Supereu e pela realidade externa. O Eu, assim, é um precipitado de inúmeras identificações. De acordo com Ferraz (2009), o sujeito na psicanálise é fruto da incorporação parcial de ‘outros’. Dessa perspectiva, acreditar na autonomia é uma incongruência ou uma utopia, uma vez que o sujeito permanece mais comprometido com a heteronomia do que com a autonomia. Há uma desconformidade entre o Isso e o Eu, do que resulta que não há uma unidade no indivíduo que delibere ou legisle sozinha. São os conflitos e as disputas entre as pulsões e o Eu que podem causar adoecimento.

Já Lacan, conforme Poli (2005), ao retomar a obra de Freud a partir de conceitos como Inconsciente, Identificação e Eu, assinala a derrocada do Eu como a força dominante na estrutura psíquica do sujeito, desvelando sua impotência perante o Inconsciente. Para resgatar o sujeito freudiano da psicologia e, ao mesmo tempo, reportá-lo à relação com a cultura, Lacan utiliza o termo ‘alienação’. O sujeito, assim, operaria em conflito constante, e a situação só seria sustentada por meio de artifícios, entre eles a alienação. Poli (2005) ressalta, no entanto, que na fase final de sua produção Lacan não faz mais referência a tal termo; nesse contexto, o emprego de ‘separação’ e ‘exclusão’ se tornam mais habituais.

Mencionamos o conceito de alienação em Lacan, mesmo que breve e sucintamente, por entendermos que ele marca uma diferença com relação ao conceito mais tradicional de autonomia. Com efeito, no processo de alienação está em jogo a dependência do sujeito para com o Outro. De acordo com Kaufmann (1996), o termo ‘alienação’ em Lacan comporta uma lógica da escolha forçada, destinada a definir as formas de conjunção-disjunção da relação do Sujeito com o Outro. Nos primeiros Seminários de Lacan (anteriores a 1968 ou até o Seminário XV), o termo ‘alienação’ é aplicado para dar conta da relação especular do sujeito para com a imagem – seja a do ‘eu ideal’, seja a do ‘duplo rival’. Lacan salienta que o sujeito é alienado ao significante – o outro ao qual o sujeito se aliena não é somente o da imagem; ele é o Outro do simbólico. Ainda segundo Kaufmann (1996), Lacan considera que a significação da alienação é constituinte do eu; ela aparece na relação de exclusão constituinte da estrutura do sujeito, na relação dual do eu para com o eu. Sugere-se, assim, que a exclusão ‘tu ou eu’ é consequência da alienação ‘tu és eu’; por isso, é impossível tanto a manutenção quanto o desaparecimento de ambos os termos ao mesmo tempo.

Para Freud, o outro (semelhante/rival) passa a contar apenas na introdução à fase fálica ou quando se refere aos fenômenos sociais. Para Lacan, todavia, o outro

(semelhante/rival) está como fundador da dimensão imaginária da alienação, havendo uma dualidade própria ao sujeito que estabelece, desde sua origem, a função de domínio e submissão de si mesmo. O Eu, para Lacan, afirma Poli (2005), é esse mestre que o sujeito encontra num outro. A consideração do outro como semelhante (como duplo, potencial e fantasisticamente) é condição necessária para o sujeito construir uma identidade entre o eu e o tu. Nesse sentido, o ponto de partida é um princípio de equivalência. Por ser um processo constitutivo do sujeito, a alienação recai sobre todos, em maior ou menor grau. O sujeito nasce no campo do grande Outro; é a fala do Outro sobre o bebê que o constitui como sujeito. E, uma vez que nascemos no campo do Outro, estamos sempre alienados a ele de uma ou outra forma. O que pode acontecer é a separação. A alienação é obrigatória, mas a separação não.

O grande Outro não se confunde com o pequeno outro, imaginário, das semelhanças, espelho e rival (PALOMBINI, 2007). O grande Outro diz de um lugar anterior e exterior ao sujeito, e que por sua vez o determina. O Outro se remete ao campo do simbólico, como tesouro dos significantes que banham o sujeito ao vir ao mundo. Apresenta-se, porém, encarnado, primordialmente, no outro materno. “A mãe empresta seus significantes para dar sentido ao ser do infante, o qual busca nisso decifrar o enigma do desejo do adulto, a quem se oferece como objeto” (PALOMBINI, 2007, p. 140). No entanto, nessa operação, ainda resta algo de fora, para além do simbólico; algo da ordem do inapreensível, que cai entre o sujeito e o Outro, constituindo, justamente, a parte do ser que é perdida na operação de alienação. É perdida por não se identificar com o sentido atribuído pelo desejo materno, e é nesse movimento que o corte e a separação são permitidos. É o furo que Lacan chama de objeto *a*, causa do desejo. O sujeito liga-se e ao mesmo tempo separa-se do seu Outro, pelo que falta a ambos, não pelo que ambos provêm.

Cabe destacar que o sujeito, nessa acepção do termo, é um efeito do discurso, diferentemente do que ocorre no caso do sujeito jurídico ou do indivíduo psicológico. A noção de sujeito na psicanálise tal como a propõe Lacan distancia-se radicalmente da de pessoa, com a qual, no entanto, tendemos a confundi-la. Sujeito é o que um significante representa para outro significante, enquanto o Outro é um lugar lógico em relação a esse sujeito. O sujeito que resulta da relação de um significante para com outro não é nem um, nem outro; ele aparece na divisão, no corte, entre os dois significantes.

Não há, portanto, diz Poli (2006), para a psicanálise, um sujeito abstrato e universal que regule a epistemologia e a ética de sua prática. E o conceito de autonomia

como imposição de leis a si mesmo, tal como foi genericamente apresentado nas seções precedentes, é passível de crítica, desde a psicanálise, considerando-se as determinações inconscientes e o valor da história, da cultura e das relações que movem e produzem significação do agir humano para além das demandas explicitadas conscientemente (POLI, 2006).

Com este tópico, encerramos o percorrido da Antiguidade à psicanálise. Podemos perceber que, com exceção da psicanálise, poucas são as perspectivas que se aliam à discussão no campo da saúde mental. O cenário é oposto ao que encontramos na ética aplicada principialista, que marca presença na maior parte das referências sobre a autonomia nessa área.

2.2.5 Breves notas sobre a autonomia na ética principialista

Beauchamp e Childress (2002) se apoiam em Belmont Report, David Ross e William Frankena para a construção da bioética conhecida como principialismo¹¹, a partir das teorias de moral comum, baseadas em princípios de natureza tanto teleológica¹² quanto deontológica¹³ (CAMPI, 2004).

De acordo com Pessini (2002), a reflexão ética principialista norte-americana resulta da preocupação pública com pesquisas em seres humanos. Uma série de fatos histórico-culturais chamou a atenção para a ética aplicada. Em 1974, devido aos escândalos envolvendo experimentação com seres humanos, o governo norte-americano constituiu, via Congresso, a *Nation Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research* / Comissão Nacional para a Proteção dos Seres Humanos da Pesquisa Biomédica e Comportamental. Essa comissão tinha o objetivo de desenvolver um estudo capaz de identificar os princípios éticos básicos que devem nortear a experimentação com seres humanos nas ciências do comportamento e na biomedicina, além de elaborar, num prazo de quatro meses, um relatório de pesquisas envolvendo fetos humanos.

¹¹ Para Almeida e Schramm, o termo ‘*principlism*’, que normalmente é traduzido como ‘principalismo’, ganha uma tradução melhor com ‘principialismo’ (com i), com a qual se evita a derivação de ‘principal’ e se marca a derivação de ‘princípios’ (1999, p. 22).

¹² As teorias teleológicas sustentam que o bem é aquilo para o qual todas as nossas ações, escolhas, etc., tendem. São teorias que postulam um fim para a ação – e que consideram a ação como boa ou má na medida em que ela promove ou não esse fim (DALL’AGNOL, 2004, p. 20).

¹³ Ver nota de rodapé nº 8.

A comissão publicou o *Belmont Report*¹⁴ em 18 de abril de 1979 (BELMONT, 1979a), no qual julgou oportuno divulgar recomendações a respeito de como enfocar e resolver os conflitos éticos levantados pelas ciências biomédicas (PESSINI, 2002). Rocha (2008) salienta que o relatório apresentou uma proposta diferente de orientação a pesquisas com seres humanos. Vale lembrar que tais pesquisas até então eram guiadas por códigos que tinham vários problemas – e para muitos deles a abordagem principialista forneceu resolução.

Tratava-se de códigos muito específicos, que se referiam a situações particulares e, assim, não se aplicavam a casos posteriores. Como tais, não eram operativos, pois suas regras se mostravam, com frequência, inadequadas em situações complexas (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2002). A comissão dispunha de documentos como o Código de Nuremberg (1947) e a Declaração de Helsinque (1964), dentre outros, mas considerou o caminho apontado por eles difícil de operar.

O *Belmont Report* propôs um método baseado na aceitação de três princípios éticos mais globais – o respeito às pessoas, a beneficência e a justiça –, que por sua vez deveriam prover as bases para que se pudessem formular, criticar e interpretar algumas regras específicas. A esses três princípios, somava-se a necessidade do consentimento pós-informação, em respeito à autonomia dos sujeitos pesquisados (BELMONT, 1979a). Embora outros princípios fossem vistos como também relevantes, os três citados foram identificados como fundamentais, por estarem “profundamente enraizados nas tradições morais da civilização ocidental, implicados em muitos códigos e normas a respeito da experimentação humana que tinham sido publicados anteriormente” (PESSINI, 2002, p. 10).

De acordo com Goldim (2000), foi no *Belmont Report* que ficou estabelecido, pela primeira vez, o uso sistemático de princípios na abordagem de dilemas bioéticos, em continuidade à tradição norte-americana proposta anteriormente por William Frankena. Campi (2004) destaca que ficou instituído o dever de respeitar a pessoa em termos kantianos, ou seja, como fim em si mesmo, e não como mero meio. Porém, Pessini e Barchifontaine consideram que o conceito de autonomia no *Belmont Report* “não é o kantiano, o homem como um ser autolegisador, mas outro muito mais empírico, segundo o qual uma ação se torna autônoma quando passou pelo trâmite do consentimento informado” (2002, p. 46). O principialismo, apresentado no livro *Princípios de ética*

¹⁴ Relatório Belmont, por ter sido desenvolvido no Centro de Convenções Belmont, em Elkridge, no estado de Mariland.

biomédica, publicado por Beauchamp e Childress, baseou-se nesse relatório, acrescentando àqueles princípios um quarto, a saber, o da não maleficência, distinguindo assim beneficência e não maleficência.

Assim, Beauchamp e Childress (2002) elencam quatro princípios *prima facie*, não absolutos, a saber, autonomia, beneficência, não maleficência e justiça. Partem dos pressupostos do consentimento informado, da liberdade de pensamentos, da não coação, da capacidade de escolha, da existência de opções, todos associados à dignidade humana. A discussão sobre o respeito à autonomia – foco do nosso interesse aqui – é o primeiro tópico apresentado e se desenvolve ao longo de mais de 70 páginas. Talvez isso se deva à relevância teórica que o conceito de autonomia assume nas discussões bioéticas, aliada à complexidade e à dificuldade de aplicá-lo aos conflitos e dilemas do mundo da vida.

Para Beauchamp (1994), ‘autonomia’ é um termo associado a várias ideias, como privacidade, voluntariedade, liberdade de escolha e aceitação da responsabilidade pelas escolhas feitas. Trata-se de respeitar a liberdade e a capacidade/qualidade do agente em tomar decisões, levando em conta sua capacidade de compreensão, de raciocínio, de deliberação, de escolha independente e de ação voluntária, bem como a existência de opções. A ação autônoma precisa atender a condições indispensáveis: (1) intencionalidade, condição que leva em conta que os atos são intencionais ou não intencionais (não há graduação de intenção, ou seja, não há atitude mais ou menos intencionada; ou é intencionada ou não é); (2) entendimento, condição que pode estar satisfeita em maior ou menor grau; e, por fim, (3) liberdade de escolha, isto é, ausência de fatores determinadores da ação, condição que, igualmente, pode ser satisfeita em maior ou menor grau. Assim, as ações podem ter graus de autonomia, em função dos diferentes graus de satisfação das suas duas últimas condições (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002). Almeida (1999) ressalta que o princípio de respeito à autonomia surgiu no bojo do processo de secularização das sociedades e está enraizado na tradição liberal ocidental.

Beauchamp e Childress postulam que, para ser considerada autônoma, uma ação deve contar com apenas certo grau de entendimento e liberdade de alguma coerção. Não é necessário um entendimento pleno ou uma completa ausência de influência. Esperar por essas condições seria, de acordo com Campi (2004), ilusório, pois nenhum indivíduo é totalmente livre de influências e nem sempre detém toda a informação sobre a questão alvo da ação autônoma. De acordo com Muñoz e Fortes (1998), dizer que o

homem não é um ser totalmente autônomo não significa dizer que sua vida é completamente determinada por mecanismos controladores (emoções, fatores econômicos e sociais, influências religiosas, etc.). Apesar de todos os condicionantes, o ser humano pode se mover dentro de uma margem própria de decisão e ação. Nas palavras de Beauchamp e Childress, “limitar a decisão dos pacientes ao ideal da decisão inteiramente autônoma priva esses atos de uma posição significativa no mundo prático, onde as ações das pessoas raramente – ou nunca – são completamente autônomas” (2002, p. 141).

O princípio de respeito à autonomia, para os autores (ibidem, 2002), implica tratar as pessoas de forma a capacitá-las a agir autonomamente, embora não determine por si mesmo o que uma pessoa deve saber ou fazer para ser livre, tampouco o que é uma justificativa válida para a restrição da autonomia. Trata-se de um princípio que obriga os profissionais a revelar informações, verificar e assegurar o esclarecimento e a voluntariedade e encorajar a tomada de decisão adequada. Os autores ressaltam, no entanto, que, apesar da amplitude das obrigações de respeito à autonomia, o princípio não é tão amplo que possa se aplicar a pessoas não autônomas – embora pessoas não autônomas possam, às vezes, fazer escolhas autônomas. Recorrem, como exemplo, ao caso de pacientes psiquiátricos internados e considerados incapazes de cuidarem de si mesmos, declarados legalmente inaptos, mas que ainda assim podem ser capazes de fazer escolhas autônomas, como definir preferências alimentares, recusar medicações, entre outras (ibidem, 2002). Vale lembrar que o princípio não deve se aplicar a pessoas que não podem agir de forma suficientemente autônoma (e que não têm condições de se tornar autônomas), pois elas podem se mostrar imaturas, inaptas, ignorantes, e desse modo são passíveis de coação ou exploração. Crianças, indivíduos irracionalmente suicidas e dependentes de drogas são os exemplos citados.

No âmbito dessa discussão, um paradigma importante e que pretende assegurar o respeito à autonomia é o do consentimento informado e expresso. Para Campi (2004), desde os julgamentos de Nuremberg, a obtenção do consentimento da pessoa antes de qualquer intervenção relevante tornou-se fundamental não apenas para pesquisas científicas mas também para o tratamento de enfermidades. No *Belmont Report*, a indicação é clara: “El respeto a las personas requiere que se dé a los sujetos, en la medida en que sean capaces, la oportunidad de elegir lo que les sucederá. Esta oportunidad se proporciona cuando se satisfacen las normas adecuadas para obtener un consentimiento consciente” (BELMONT, 1979b, p. 06).

Segundo Beauchamp e Childress (2002), a capacidade para a decisão é um dos fatores que são levados em conta nas discussões sobre a decisão autônoma e a validade do consentimento. Por ‘capacidade’, eles entendem a habilidade para realizar uma tarefa. Essa habilidade deve ser compreendida como algo específico, não como algo global; ou seja, uma pessoa pode ser competente para realizar determinada tarefa, mas incompetente para outra. Não podemos considerá-la totalmente incompetente ou totalmente competente. Há que se analisar em particular o caso que se apresenta – seu contexto psicológico, o nível de informações que foram prestadas, o grau de importância da decisão a ser tomada, etc. Os critérios sobre a competência específica variam em cada contexto, já que dependem da tarefa em questão.

Godoy, Gonçalves e Castro (2012, p. 26), também com embasamento principialista, afirmam ser necessária a aproximação entre ética e prática médica no campo da saúde mental, em especial no que se refere aos sujeitos diagnosticados com esquizofrenia – nas palavras dos autores, “por sua característica clínica incapacitante em um âmbito social”. Em perspectiva bastante semelhante, Gauer et al. (2006, s. p.) alegam que, “em todas as situações em que existem sintomas psicóticos, encontraremos pacientes que claramente não são competentes para tomar decisões racionais a respeito do seu tratamento”. Para Beauchamp e Childress (2002), a complexidade da situação se expressa quando admitimos que um sujeito pode ser incapaz de realizar uma tarefa numa determinada época e ser inteiramente capaz em outra. Pode-se estar diante de sujeitos considerados incapazes, mas com possibilidade de restaurarem sua autonomia. Para agir com prudência nesses casos, é necessário estabelecer algumas distinções entre as enfermidades – por exemplo, entre as que resultam em alterações crônicas do intelecto, da linguagem ou da memória, e as que se caracterizam pelo rápido restabelecimento dessas funções, como no caso de transtornos transitórios. Nas palavras de Beauchamp e Childress (2002, p. 153), “é conveniente avaliar o entendimento do paciente, sua habilidade deliberativa e sua coerência ao longo do tempo, fornecendo, concomitantemente, aconselhamento, apoio e informação”.

A palavra ‘incapacitante’ parece se lançar como um duro golpe. Tais sujeitos estão incapacitados de quê? Incapacitados em que sentido e em quais contextos? Resisto, mas é inevitável dobrar a questão, considerá-la em seu avesso: estão capacitados para quê? ‘Capacidade’ e ‘incapacidade’, de qualquer forma, são termos que nos levam a um segundo conjunto de questões, o que diz respeito aos critérios e aos juízes (aqueles que são autorizados a) para se determinar entre um caso e outro. A partir

disso, criam-se dispositivos, saberes e políticas que tentam arcar com o que foi julgado. Dos manicômios aos CAPS¹⁵, o que mudou com referência ao (in)capacitado sujeito em sofrimento mental?

Como definir e avaliar a capacidade para deliberar, fazer escolhas e se responsabilizar por elas? Quais são as condições de possibilidade para que um sujeito seja considerado capaz? Como vimos, quando aplicado à saúde mental, o principlismo pode ser bastante restritivo quanto a quem considerar capaz. Como alargar a noção de capacidade? A reabilitação psicossocial propiciaria algum alargamento da capacidade para tomar decisões? Também não podemos nos furtar a pensar a capacidade social: quais capacidades a cidade permite que tenhamos? E quem estaria apto a avaliar se o indivíduo se encontra ou não em condições de fazer escolhas? O que pode ser considerado ‘estar mentalmente competente para decidir’? O princípio da autonomia, para o principlismo, prevê que os sujeitos estejam em plenas condições de deliberar, fazer escolhas e assumir as consequências de seus atos, condição que não é inteiramente satisfeita em sujeitos que padecem de alguma ‘desordem mental’, expressão usada pelos autores Beauchamp e Childress (2002).

Segundo a lógica principlista, em casos de ausência ou redução da autonomia, é necessário o auxílio de terceiros (profissionais de saúde, familiares), entrando em cena outro princípio *prima facie*, a beneficência. Beauchamp e Childress (2002) não se abstêm de fazer defesa de um paternalismo justificado em situações específicas. De acordo com eles, o paternalismo tem um lugar válido na medicina, mas seu papel não é a fixação de critérios de capacidade. Os incapazes geralmente são aqueles tratados de modo paternalista, mas também pode haver motivos paternalistas válidos para impugnar as decisões de pessoas capazes. Assim, o paternalismo justificado deve ser diferenciado da atitude de busca de critérios para a capacidade, a fim de se evitarem situações nas quais se diz que a decisão do paciente é arriscada demais e que, portanto, ele é incapaz.

Do ponto de vista de estudos que tendem para uma ciência positivista, podem-se citar as pesquisas biomédicas, nas quais se destacam os pressupostos cognitivos, que fazem uma associação direta entre autonomia e capacidade de cognição. Abreu, Forlenza e Barros (2005) inter-relacionam a capacidade autônoma com capacidades

¹⁵ Segundo a Portaria 336 de 2002 do Ministério da Saúde, a qual estabelece os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em suas diferentes modalidades, esses serviços devem estar capacitados para realizar prioritariamente o atendimento a pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo. Os CAPS devem funcionar como serviço ambulatorial de atenção diária, segundo a lógica do território.

ligadas especialmente à memória de fixação e às funções executivas (formulação de objetivos e de conceitos, motivação, planejamento, autorregulação, *insight*, abstração, análise, manipulação de conhecimentos adquiridos e flexibilidade mental). Nessa concepção, é possível avaliar a autonomia com base em escalas que indicam o comprometimento em cuidar de si e executar tarefas cotidianas.

Conforme destacam Medeiros, Bernardes e Guareschi (2005), a disciplina científica que se propôs a ‘descobrir’ o que torna os seres humanos sujeitos da razão foi a Psicologia, por meio das relações que se estabeleceram entre Ciências Humanas e práticas sociais no final do século XIX. A Psicologia emerge nas condições de possibilidade que a episteme da modernidade industrial permitiu. Para as autoras, a constituição da Psicologia como ciência se deu por três eixos: o da razão (como apontado acima), o do inconsciente e o das psicotécnicas. Foram também esses eixos que possibilitaram a emergência da saúde no campo da Psicologia.

Ora, é justamente o segundo eixo – o inconsciente – que mancha a soberania inquestionável da razão. O inconsciente é o território da diferença, da diferença que o sujeito faz de si em relação à razão. Diferença porque não é somente o campo da razão que constitui o indivíduo, mas também o de uma região de desconhecimento. Diferença relativamente a um ‘eu consciente de si’, em função da impossibilidade do governo de si por ferramentas da consciência. Ao contrário do que é apontado no primeiro eixo, não se trata do sujeito que conhece, mas do sujeito marcado pelo desconhecimento. Por esse prisma, é onde o ser humano se desconhece que ele se torna sujeito, e não onde se conhece. Nos processos inconscientes, e não nos conscientes, localiza-se a verdade dos modos de viver. Em outras palavras, nessa perspectiva, o inconsciente torna-se a região onde se encontra a verdade do sujeito.

Na Psicologia, criam-se tecnologias para o ser humano tornar-se sujeito do desconhecimento (quando se passa a defender a tese de um inconsciente que é desconhecido pelo sujeito em vez da tese de um sujeito autoconsciente e conhecedor de si), desenvolver-se como humano, compreender o modo como vive e transformá-lo. São estratégias de autoconhecimento – um autoconhecimento que se faz por meio de práticas que acessem aquilo que se desconhece de si mesmo. Foucault (1999, p. 113-145) lembra que, nesse período, lança-se mão da confissão, num jogo de verdade no qual a escuta e o falar de si como técnica psicológica constituem uma espécie de confissão contemporânea. Por desconhecer a si mesmo, o sujeito tem no outro, na alteridade, a chave do que desconhece. Entra-se num jogo de decifração psicológica,

engendrado, entre outras, pela metáfora edípica, principalmente no encontro com a esfinge.

Os instrumentos que o ser humano, historicamente, adota para constituir a si mesmo são compreendidos como produções culturais, práticas de significação, práticas simbólicas e lutas por imposição de sentidos que estabeleçam formas de relação dele consigo mesmo, como um 'eu', como um indivíduo com uma interioridade (MEDEIROS, BERNARDES, GUARESCHI, 2005). Tal interioridade ganha um campo de exterioridade, pois passa a ser objeto, a produzir verdades sobre o sujeito – e, assim, se torna uma realidade que precisa ser acessada mediante tecnologias psicológicas.

Nesse sentido, quando funda uma interioridade em que se encontram as condições para a produção de saúde ou doença, a Psicologia passa a dizer sobre os fenômenos de normalidade e anormalidade do sujeito. O importante das psicotécnicas é a edificação que fazem do sujeito. Estabelecem hierarquias e criam classificações que utilizam, como critérios, escalas de comparação: mais apto/menos apto; mais inteligente/menos inteligente. Objetiva-se, com as psicotécnicas, o nivelamento dos sujeitos com base em critérios de normalidade e anormalidade que se aproximam da definição do conceito de saúde como ausência de doença. O que interessa, aqui, é demarcar um tipo de ciência que se considera capaz de distinguir, via critérios previamente estabelecidos, pessoas aptas ou inaptas a agir com autonomia.

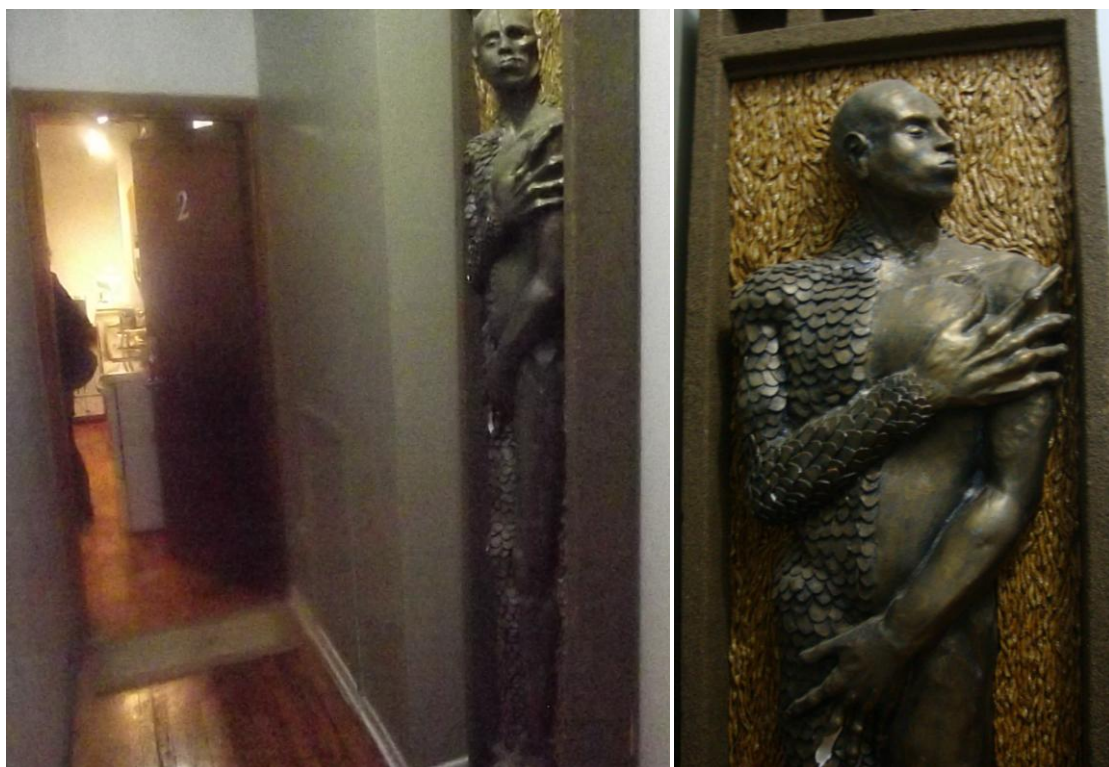
No entanto, para Barros e Passos (2000), o atraente no campo da Psicologia diz respeito, justamente, ao que nele não pode ser resolvido, ao que se mantém como incompletude ou abertura constituinte, através da qual a condição humana se configura a um só tempo como marcada pela crise e fortalecida pela atitude crítica. O humano, para esses autores, é dotado de capacidade de desenvolvimento – e nos interessa contrapor essa *capacidade* às noções apresentadas até aqui –, experimentando paradas e bloqueios na sua evolução. Dispõe de memória, inteligência, linguagem; mas esquece, erra, se contradiz. Não se assume essa estranha condição com facilidade, alertam os autores (Barros e Passos, 2000); ao contrário, as tentativas historicamente hegemônicas foram de resolução da crise subjetiva, tomando-se como meta o estado de normalidade, de adaptação.

Conforme ponderam Borges, Mishima e McNamee (2008), a forma como a autonomia vem sendo discutida e proposta no âmbito da saúde pela área biomédica se afina com a lógica médica positivista, que por sua vez se apodera do corpo humano e o toma como sua propriedade de entendimento e controle. Nessa perspectiva, a escolha

autônoma configura-se como a capacidade de compreender qual é a melhor escolha entre várias, sendo que a melhor está justificada dentro do arcabouço científico.

Insisto na explanação sobre a ética principialista porque ela parece refletir o modo hegemônico como temos lidado com a autonomia no contexto da saúde. A maior parte das pesquisas centradas no conceito de autonomia se ampara no principialismo. Como vimos, nessa racionalidade, de cunho positivista, a autonomia é definida pela qualidade do agente e pode ser exercida em graus diversos. A situação da autonomia em saúde mental, de tal ponto de vista, não é complexa; há a esse respeito uma resposta evidente: a impossibilidade de existência de autonomia em qualquer circunstância que fuja ao que se julga normal.

Nossa posição perante essa proposta é de embate. A GAM apresenta uma oposição ao principialismo; não a definimos, porém, por contraste, pelo que a GAM não é, mas pelo que é. E aí dizemos, junto de Kinoshita (2001), que é autônomo aquele que tem pontos de apoio, que tem com quem contar. Quanto mais pontos de apoio tiver, mais autônomo é o sujeito. Dessa forma, na GAM, toda autonomia é feita *com* o outro. Essa noção que Kinoshita oferece inspira-se na perspectiva autopoiética de autonomia, que Maturana e Varela apontam. Seguimos com ela antes de avançar na explanação sobre autonomia nas reformas Psiquiátrica e Sanitária brasileiras, RPB e RSB, respectivamente.



2.2.6 Breves notas sobre a autonomia em Maturana e Varela

A maioria das discussões acerca da autonomia parte da tentativa de contrastá-la com a heteronomia. Contrapõe-se, assim, a esfera individual, de impor leis a si mesmo (autodeterminação), à esfera social (determinações exteriores, interpessoais, culturais, sociais). Para escapar dessa dicotomia, Eirado e Passos (2004) recorrem ao conceito de autonomia de sistema, de Varela, considerando o efeito de retroação da autonomia sobre si mesma. Com tal efeito, ela engoliria a heteronomia, tornando-a seu princípio, constituindo-se como sua possibilidade. Assim, para Eirado e Passos “é preciso que se pense a autonomia não apenas como o ato de determinar-se a si mesmo, no sentido fraco, mas como o ato de criar-se a si mesmo, no sentido forte” (2004, p. 79). Para operar o deslocamento de autodeterminação para autocriação, precisamos abandonar a dicotomia criador-criatura, concebendo seus elementos como elementos que “se entrelaçam formando um circuito, no qual se diferenciam sem, contudo, poderem se separar” (2004, p. 79). A dificuldade em pensar a autonomia reside, segundo eles, na “tentação sempre renovada de separar e opor radicalmente planos que, embora distintos, não podem ser concebidos um sem o outro e são inseparáveis” (2004, p. 79). Dito de outro modo, trata-se de considerar um deslocamento: em vez de entender a autonomia como fixada na individualidade, entendê-la como em movimento.

Na teoria da biologia do conhecimento, de Maturana e Varela (2004), encontramos a noção de autonomia no sentido de autocriação e autopoiese. Para essa teoria, o ser vivo é o domínio por excelência da autonomia, já que sua existência se define e se constrói a partir de atos pragmáticos. Gama (2010) reconstitui esse raciocínio, alegando que o centro da argumentação em *A árvore do conhecimento* (MATURANA; VARELA, 2004) possui duas vertentes: (a) a primeira prevê que o conhecimento não é meramente o processamento de informações oriundas de um mundo anterior à experiência do sujeito que conhece, em que o sujeito se apropria da experiência para fragmentar e explorar o mundo; (b) a segunda prevê que os seres vivos são capazes de produzir seus próprios componentes ao interagir com o meio: vivem no conhecimento e conhecem no viver.

Para atualizar a dinâmica da autonomia nos seres humanos, é preciso entendê-los como parte do mundo; é preciso observar a si mesmo enquanto se observa o mundo. Esse passo é fundamental, pois permite compreender que entre ser humano e mundo não há hierarquia ou separação, mas sim cooperatividade. Maturana e Varela (2004)

afirmam que os seres vivos são autônomos quando considerados isoladamente, imaginando-os em bolhas. Todavia, quando levam em conta a relação com o meio, admitem que eles dependem de recursos externos para viver. Nessa lógica, autonomia e dependência deixam de ser opostos excludentes para serem complementares, de forma que uma constrói a outra, numa dinâmica circular. Aqui se deflagram os seres vivos, por sua organização autopoietica, ou seja, por sua capacidade de produzir de modo contínuo a si próprios. Nas palavras dos autores, “sua organização [é] tal que seu único produto são eles mesmos, inexistindo separação entre produtor e produto. O ser e o fazer de uma unidade autopoietica são inseparáveis” (MATURANA; VARELA, 2004, p. 89). Segundo Gama (2010), é nesse funcionamento que se exprime a autonomia, na relação e especificação de si mesmo, como vemos na organização autopoietica.

Deste breve passeio podemos extrair algumas notícias, expostas a seguir.

(a) A autonomia na Grécia é referenciada à *polis*, não aos cidadãos. Seu conceito diz mais respeito a uma autarcia (autogoverno) do que a uma autonomia (impor leis a si mesmo). Assim, os indivíduos devem submeter seus instintos à razão em nome da organização e da independência da cidade.

(b) Em Kant, a autonomia é pensada para o sujeito. Um sujeito é autônomo se é capaz de submeter sua vontade à racionalidade e assim agir moralmente. A teoria moral de Kant busca validade universal e anterioridade em relação à experiência. Assim, tem-se o imperativo categórico, que por sua vez deve ser seguido independentemente da experiência. Kant entende que o imperativo categórico exprime uma lei válida de antemão, de forma que as experiências é que devem se pautar por ele. As proposições kantianas ganham força e são influências ainda na contemporaneidade – nos direitos humanos, por exemplo.

(c) A crítica de Nietzsche é contra a teoria moral kantiana, mais especificamente contra sua pretensão de universalidade e de anterioridade à experiência. Nietzsche não faz uma defesa da autonomia; ao contrário, critica fortemente o homem autônomo (de Kant), pois vê nele um ser que é capaz de empenhar sua palavra no futuro (prometer, impor leis a si), sendo que, para isso, nega a potência de criação da vida, deixa de criar para obedecer.

(d) A partir da psicanálise, cria-se um problema importante para a autonomia, que até então vinha sendo definida em termos de capacidade racional dos agentes. Ao formular a hipótese do inconsciente, a psicanálise propõe que há no humano uma esfera desconhecida por ele mesmo e ingovernável.

(e) Na ética aplicada principialista, a autonomia está vinculada à capacidade de cognição, deliberação e responsabilidade.

(f) Maturana e Varela compreendem que os seres vivos só podem ser considerados autossuficientes quando tomados isoladamente. Quando o que se considera é sua relação com o meio, percebe-se que eles dependem de recursos externos para viver. Nessa lógica, autonomia e dependência deixam de ser opostos excludentes para serem complementares, de forma que uma constrói a outra, numa dinâmica circular.

A busca por estas notícias tem o propósito de nos levar a pensar qual autonomia é possível em saúde mental. Há algum modelo de autonomia a que temos nos prendido nos modos de fazer saúde? Qual é ele? Sobre que outros modos é possível pensar e argumentar? No percorrido, encontramos uma autonomia universalista; contra ela, uma aposta na singularidade e autocriação – além da criação do inconsciente, que abala o seu reinado. O que propomos a seguir é outro desvio dessa autonomia universal. Não a recusaremos, como fazem Nietzsche e a psicanálise. Mas apostaremos em outra via (em um *a posteriori*), feita de modo compartilhado e com espaço para experiências de loucura, e não só de razão instrumental.

2.2.7 Breves notas sobre a autonomia nas reformas brasileiras (Sanitária e Psiquiátrica)

Para além da perspectiva biomédica, que se pauta nas noções defendidas pela ética principialista no Brasil, o termo ‘autonomia’ é adotado e benquisto pelos movimentos sociais que vão de encontro aos modelos hegemônicos. Leal (2001) faz um mapeamento dos modos de compreender a autonomia em materiais bibliográficos identificados com a RPB entre os anos de 1986 e 1998. Segundo a autora, um dos traços presentes nas noções de autonomia desses materiais é a existência de um projeto de totalização, o qual buscava romper com a dicotomia entre indivíduo e sociedade como condição indispensável para garantir o princípio ético de cuidar sem segregar. A construção de um outro lugar social para a loucura convocava à revisão das imposições supostamente antagônicas entre indivíduo e sociedade.

A autora (ibidem) sintetizou quatro formas de compreensão da autonomia que ganharam visibilidade. (i) Autonomia referida a livre-arbítrio, independência,

autossuficiência e autogoverno. (ii) Autonomia como uma característica sempre limitada, em função da divisão interna do sujeito (entre o eu e o outro de si). Nesse caso, o sujeito da vontade (eu) é visto como permanentemente cerceado, ao passo que o social, introjetado, é concebido como uma terceira instância no ‘interior’ do sujeito, diferenciado, por suas características próprias, do eu e do outro de si. (iii) Autonomia dizendo respeito ao indivíduo livre, independente, autossuficiente, mas que tem essa potência limitada pelas obrigações para com o meio onde está inserido. (iv) Autonomia definida como capacidade do indivíduo de gerar normas para sua vida, capacidade essa que parte de sua possibilidade de ampliar relações com o social.

Leal (ibidem) ainda se dedica a elencar o que considera as principais decorrências de cada um dos modos de conceber a autonomia. (i) No primeiro modo, o social não é tematizado e, com isso, corre-se o risco de se igualar subjetividade à – nas palavras da autora – mera singularidade. Perde-se, assim, a complexidade do fora, do social, bem como a dimensão política da loucura e do próprio cuidado. (ii) No segundo modo, o social é tematizado a partir de uma categoria interna do sujeito, sendo que a subjetividade é aproximada da singularidade. O risco, nesse caso, é o de se reduzir ou mesmo não se considerar a dimensão política da clínica. (iii) No terceiro modo, indivíduo e mundo são vistos como articulados, e a subjetividade não pode mais ser compreendida como puro sinônimo de singularidade. O problema aqui é que indivíduo e sociedade são definidos de modo monolítico, com caráter absoluto e atemporal. O risco, no caso desse modo de compreender a autonomia, é tomar a subjetividade humana como algo determinado por uma razão sem história, com o que ela perde sua principal característica contemporânea, a de ser uma subjetividade sem centro e passível de definição a cada período histórico. (iv) No quarto modo, a relação entre o indivíduo e o social é marcada por um caráter processual que lhe garante historicidade. A concepção é contextual e depende igualmente das possibilidades de relações do indivíduo e do caráter histórico e social da vontade, valor tomado como intrinsecamente articulado à capacidade de promover novas relações. O risco desse modelo, para a clínica, é se elidirem as possibilidades de teorização e conhecimento tanto do indivíduo quanto da sociedade, bem como se perder a dimensão daquilo que é particular tanto para o indivíduo quanto para a sociedade.

Frente à pluralidade de noções e usos do conceito, nos cabe perguntar: por qual sentido de autonomia luta a RPB? Essa pergunta não reclama um sentido unívoco ou

um consenso diante da diversidade. Antes, é um reconhecimento da multiformidade do termo e um convite a pensar sobre ele no exercício das práticas diárias¹⁶.

Nascidas num momento político comum, as duas reformas brasileiras, sanitária e psiquiátrica, ora se aproximam, ora se separam (FURTADO; CAMPOS, 2005). A primeira implementa políticas públicas importantes em saúde, cujos princípios por sua vez reverberam na segunda, em sua luta pela saúde mental. As políticas públicas em saúde estão, sempre, pautadas no conceito de autonomia e, embora não se debrucem sobre ele, colocam-no numa relação íntima com o conceito de cidadania.

Conforme Passos et al. (2013), se nos remontarmos à trajetória que se deu a partir dos anos 1970, com movimentos que se insurgiram contra a ditadura civil e militar instalada no Brasil com o golpe de 1964, poderemos inferir que se trata de uma trajetória que deu origem à atitude ético-política inerente ao conceito de cogestão, sendo a RSB uma das expressões dessa resistência no campo da saúde. Os autores sustentam tal ideia nas movimentações ocorridas em diversos segmentos favoráveis a organizações autogestadas e de esquerda, com as quais eclodiram muitas formas de resistência ao autoritarismo, num contexto de luta pela redemocratização do país.

Conforme explica Paim (2013), a Constituição Federal de 1988 incorporou uma concepção de seguridade social como expressão dos direitos sociais inerentes à cidadania, integrando saúde, previdência e assistência. Ao assimilar proposições formuladas pelo movimento da RSB, reconheceu o direito à saúde e o dever do Estado, mediante a garantia de um conjunto de políticas econômicas e sociais, entre as quais se incluiu a criação de um sistema de saúde universal, público, participativo, descentralizado e integral. O movimento que impulsionou a RSB, diz Fleury (2008), tomou para si o projeto de construção contra-hegemônica de um novo patamar civilizatório, com implicações na cultura, na política e nas instituições, para, então, viabilizar a saúde como um bem público. As diretrizes que orientaram esse processo foram: (a) um princípio ético-normativo que insere a saúde como parte dos direitos humanos; (b) um princípio científico que compreende a determinação social do processo saúde-doença; (c) um princípio político que assume a saúde como direito universal inerente à cidadania em uma sociedade democrática; (d) um princípio sanitário que entende a proteção à saúde de forma integral, desde a promoção, passando pela ação curativa até a reabilitação.

¹⁶ Esse ponto – do exercício da autonomia – será abordado com mais profundidade na parte III desta dissertação.

Gastão Campos (2000) tem papel precursor na aposta da cogestão em saúde. Para Campos (ibidem), a cogestão envolve a negociação entre atores diferentes que possuem forças sociais diferentes. Quanto mais vínculos as pessoas formam e quanto maior é a rede de relações que estabelecem, maior é sua autonomia e, logo, maior é seu poder de interferência na construção conjunta da realidade. A gestão compartilhada do cuidado possibilita o desenvolvimento de uma competência coletiva, fundamental para a produção de saúde dirigida às necessidades da população.

A RSB, para Passos et al. (2013), pode ser entendida como a criação de condições para a democracia institucional por dentro da máquina do Estado, sem a necessidade de aboli-lo. O Estado, nesse sentido, não é “tomado de assalto”, como propõe a autogestão, mas modificado, com a finalidade de se criarem espaços coletivos democráticos. Segundo Passos et al. (2013), diferentemente da proposta da autogestão, a cogestão implica uma espécie de concessão feita, seja a um determinado contexto de trabalho, seja ao Estado. Assim, para os autores, a cogestão deve ser pensada como estratégia para a emergência do sujeito de direitos, nas suas dimensões macro e micropolíticas. Nesse sentido,

do ponto de vista macropolítico, por um lado, a cogestão pressupõe arranjos nos processos de trabalho em saúde que colocam lado a lado os diferentes sujeitos, como nas práticas de gestão participativa nos serviços de saúde. Do ponto de vista micropolítico, por outro lado, a cogestão expressa reposicionamentos subjetivos dos que se colocam lado a lado e que se corresponsabilizam e assumem protagonismo distribuído nos processos de produção de saúde.

O conceito de autonomia e a garantia de autonomia aos usuários de saúde e saúde mental são uma constante tanto na RSB quanto na RPB. Na legislação que funda o SUS em 1990 – a chamada lei 8.080 –, não há uma definição precisa acerca do que se entende por autonomia no contexto do SUS, embora se demarque claramente a “preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral” (BRASIL, 2014). Na época, o presidente da República, Fernando Collor de Melo, vetou alguns artigos da lei em questão. Tais artigos se referiam à participação social e à transferência de recursos entre os governos. No entanto, mediante pressão social, os

vetos foram derrubados, e criou-se a lei 8.142 poucos meses depois, naquele mesmo ano¹⁷.

A lei 8.142/90 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, entre outras providências. Mas não faz qualquer menção ao termo ‘autonomia’. Em políticas mais atuais, como a portaria de nº 106, de 11 de fevereiro de 2000, que dispõe sobre os residenciais terapêuticos, há menção à preocupação em “garantir assistência aos portadores de transtornos mentais com grave dependência institucional que não tenham possibilidade de desfrutar de inteira autonomia social e não possuam vínculos familiares e de moradia”. Ora, o que se entende por “inteira autonomia social”? E o que seria uma autonomia social incompleta? O artigo 4 dessa mesma portaria estabelece que os serviços residenciais terapêuticos em saúde mental devem ter um projeto terapêutico “centrado nas necessidades dos usuários, visando à construção progressiva da sua autonomia nas atividades da vida cotidiana e à ampliação da inserção social”.

A Política Nacional de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas (2003), por sua vez, faz referência a uma abordagem clínico-política, com aposta na redução de danos como ação no território capaz de intervir na construção de “redes de suporte social, com clara pretensão de criar outros movimentos possíveis na cidade, visando avançar em graus de autonomia dos usuários e seus familiares”.

Já no material *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*, publicado em 2004 pelo Ministério da Saúde, o trecho que faz menção à “construção da autonomia possível de usuários e familiares” nos dá algum indício de uma autonomia pensada em graus de possibilidade. Nas políticas nacionais, o conceito de cogestão aparece na Política Nacional de Humanização (PNH). Essa é uma das diretrizes que orientam a administração dos processos de trabalho em saúde, a partir da qual se “inclui o pensar e o fazer coletivo” (BRASIL, 2004). A PNH se alinha ao conceito de cogestão ou gestão compartilhada, ao protagonismo, à corresponsabilidade, ao estabelecimento de vínculos solidários e à participação coletiva na gestão e produção da saúde. Com efeito, diz Ramos (2012), cogestão é um processo em que todos os envolvidos podem

¹⁷ Embora a lei orgânica do SUS (lei 8.080/90) não explicita o conceito de autonomia em seu texto e embora todas as ocorrências referentes à participação do usuário no sistema sejam vetadas, entendemos que o descontentamento popular em relação a tais vetos e a criação de uma lei (lei 8.142/90) que abrange os vetos configuram ações de autonomia e cidadania em ato. O estabelecimento da lei do controle social, poucos meses depois de seu conteúdo ter sido impedido, tem repercussões no enlaçamento que se dá entre ações de cidadania, controle social, participação popular, produção de saúde e autonomia.

exercer protagonismo e criar possibilidades de escuta e acordos, numa estratégia privilegiada de ampliação da autonomia.

O que se pode perceber nesses textos é a ligação sempre presente entre autonomia, participação e interação social, laços sociais e familiares. Como salienta Ramos (2012), não se resolveria o problema acerca do sentido de autonomia nas políticas, pois essa noção surge como um efeito das práticas que podem atualizá-la. A ausência de univocidade em relação ao conceito de autonomia, segue ele (2012), não indica uma carência conceitual a ser suprida teoricamente e impressa à legislação. As práticas de saúde que se referem à autonomia são construídas por aproximações e distanciamentos com outros conceitos e políticas, atualizando de modo singular um determinado sentido.

Para Kinoshita (2001), autonomia é a capacidade do indivíduo de gerar normas para a própria vida a partir da ampliação de suas relações sociais. Considera-se autônomo aquele que estabelece maior número de relações em rede. Uma vez que sujeito e mundo se mantêm em relação de codependência, então a ampliação da autonomia consiste no aumento de inserção em relações desse tipo.

Assim, não se entende a autonomia individual como autossuficiência, mas como capacidade de estabelecer redes e se retroalimentar – é pela insuficiência que se ajuda e se busca apoio nos demais, é pela ajuda recebida que se pode ser suficiente, nunca autossuficiente, sempre suficiente pelo que se compartilha. Tal concepção torna a noção de autonomia próxima à de cogestão.

2.2.8 Breves notas sobre a implicação ético-política da autonomia

Com base nas linhas teóricas que seguimos até aqui, podemos assinalar a implicação do uso conceitual e performático do termo ‘autonomia’ em ações morais, éticas e políticas. Antes de dar início a esse tópico, porém, é pertinente marcar a diferença entre uma ética de fundamento e uma ética de fundação.

Há uma discussão ética baseada em fundamentos e outra baseada em fundação. A discussão que recorre a fundamentos, como a teoria kantiana (com o imperativo categórico) e o principialismo (a partir de quatro princípios), apoia-se em juízos ou princípios preconcebidos, anteriores à experiência. Já a discussão ética que aposta na

fundação apoia-se na experiência, a partir do que é vivido. Stengers (2002) é a referência que dá corpo a essa discussão e nos ajuda a sustentá-la, ainda que o foco de sua investigação não seja a ética, mas a epistemologia. Ele parte da distinção entre fundamento e fundação feita por Deleuze (1988, p. 85). Vejamos o que diz:

[...] devemos distinguir a fundação e o fundamento. A fundação concerne ao solo e mostra como algo se estabelece sobre este solo, ocupa-o e o possui; mas o fundamento vem sobretudo do céu, vai do ápice às fundações, avalia o solo e o possuidor de acordo com um título de propriedade. O hábito é a fundação do tempo, o solo movente ocupado pelo presente que passa. Passar é precisamente a pretensão do presente. Mas o que faz com que o presente passe e que se apropria do presente e do hábito deve ser determinado como fundamento do tempo. O fundamento do tempo é a Memória. Foi visto que a memória, como síntese ativa derivada, repousa sobre o hábito: com efeito, tudo repousa sobre a fundação. Mas o que constitui a memória não é dado deste modo. No momento em que ela se funda sobre o hábito, a memória deve ser fundada por uma outra síntese passiva, distinta do hábito. E a síntese passiva do hábito remete a esta síntese passiva mais profunda que é da memória: *Habitus* e *Mnemósina*, ou a aliança do céu e da terra. O Hábito é a síntese originária do tempo que constitui a vida do presente que passa; a Memória é a síntese fundamental do tempo que constitui o ser do passado (o que faz passar o presente).

Nessa esteira argumentativa, pretendemos nos desviar dos enunciados éticos acerca da autonomia que venham do céu (o que é autonomia nos seus fundamentos). Em vez deles, preferimos os que são da ordem do possível (que autonomia pode ser experimentada e conceituada), aqueles que “se diferenciam *a posteriori*, consoante uma lógica que não é aquela do juízo, em busca de um fundamento, e sim a da fundação: ‘Aqui, nós podemos’” (STENGERS, 2002, p. 100).

A ética como fundação se aproxima do que Spink (2008) chama de visão performática da ética – algo constitutivo da prática diária e sobre o qual somos discursivamente competentes –, enquanto a ética baseada em fundamentos percorre o caminho inverso – o que a autora chama criticamente de uma lista de itens a serem verificados para o fornecimento de uma garantia moral de bom comportamento. Para Barros e Passos (2000), a fundação é uma forma de implicação e de interferência que se mostra ativa na produção tanto do seu objeto quanto do sujeito. Segundo os autores, devemos aceitar que esse ato é sem fundamento. No entanto, ao abandonar as garantias do fundamento, o pensamento corre o risco de se perder na indiferença e no relativismo.

É em reação a essa ameaça que devemos afirmar nossas escolhas conceituais e definir nossas posições críticas.

As discussões éticas de fundamento trazem um problema central para a saúde mental, pois supõem, anteriormente à experiência, quem são aqueles que podem ou não agir de forma autônoma. Em tais suposições, indivíduos são separados em categorias pelos jogos de forças dominantes. Já uma ética de fundação procura basear-se na experiência e tem como limite a interação com o outro.

Ao tecer uma conceituação de autonomia que é imbricada com seu exercício, ou seja, uma conceituação de autonomia que vem do solo, e não do céu – e que, portanto, se faz da experiência, e não da teorização prévia –, entendemos a linguagem (o que se conceitua) como pragmático-política (o que se exercita). Assim, temos uma noção de autonomia que é performática, que se faz na/da experiência, convocando reflexões éticas e políticas, também fundadas na experiência.

Tedesco (2012), com base em Austin, explica que, para acontecer a performatividade, há necessidade de especificações não linguísticas. São as condições de efetuação do ato, que parecem ser definidas no ‘exterior’, nas circunstâncias em que se profere o dito. A enunciação “declaro o réu culpado”, exemplifica Tedesco (2012), só tem peso jurídico se as circunstâncias empíricas lhe conferem sentido (se é proferida por um juiz de direito durante sessão reconhecidamente jurídica). Ou seja, o sentido das enunciações depende do mundo empírico, dos fatores circunstanciais, da dimensão extralinguística. Assim, toda enunciação é performativa, e é a força performativa da linguagem, e não sua competência representativa, que está em jogo. Desse modo, na medida em que decide o sentido, o extralinguístico também compõe a linguagem – e daí questionarmos não apenas o *que é* mas ainda *quando há* autonomia em saúde mental.

É nessa lógica – a de uma autonomia que se faz *fazendo* – que para nós se torna impossível propor a discussão a respeito da autonomia do outro, do usuário. Pois, para falar dela, teríamos que buscá-la no alto. Aqui embaixo, com os pés na terra, todo questionamento sobre a autonomia implica colocar a si próprio em questão.

Chegamos, então, a uma noção de autonomia que se dá por fundação, não por princípios; dá-se por pragmática e tem por prerrogativa o efeito de autonomização. Embora na autonomização não haja princípios previamente definidos – uma vez que só se pode pensar nas possibilidades de autonomia em pragmática, sentindo onde o caminhar cria calos nos pés, conhecendo as condições de possibilidade e o modo como essas condições se articulam em cada encontro da existência –, há prerrogativas, como

consideração ao desejo e à possibilidade de diálogo, de negociação, de invenção (PASSOS et al., 2013). A cogestão, por exemplo, pode ser entendida também como uma estratégia de autonomização e protagonização dos diferentes sujeitos (trabalhadores, gestores, usuários e familiares) implicados no processo de produção de saúde. Quando colocada em ação, ela cria condições para diferentes expressões da autonomia.



Após essa breve revisão conceitual do termo ‘autonomia’, deixamos este capítulo com algumas pistas a lançar na discussão. Primeiro, revelamos nosso descontentamento com a forma kantiana de conceituar autonomia, por entendermos que o conceito é performativo, não *apriorístico*, e, portanto, deve se dar nas relações, no mundo da vida – nesse ponto, as críticas de Nietzsche vêm colaborar com as possibilidades de autocriação. Segundo, discordamos do entendimento dado pela ética principialista, que se baseia na capacidade racional do agente e é tão presente nas práticas de saúde centradas em modelos biomédicos. Consideramos a autonomia um exercício possível e complexo para qualquer ser humano. A capacidade de deliberação envolve uma gama de forças – e, como tal, não pode ser medida unicamente pelas condições cognitivas do indivíduo. Esses embates nos levam para uma autonomia pensada em redes e firmada pelas políticas públicas nacionais de saúde. Nossa tentativa não é apenas reafirmar o termo sempre presente nas políticas, pois, como dissemos, nelas ele é apenas citado, não problematizado. Buscamos ter alguma notícia do conceito

em diferentes perspectivas filosóficas, apostando na abordagem de Kinoshita (2001), que, inspirada em Maturana e Varela (2004), propõe-se ao campo da saúde mental. Colocando tal conceito contra a parede, fazendo-o sangrar, veremos como ele se sai no exercício da Gestão Autônoma da Medicação – a estratégia GAM.

PARTE III

QUANDO HÁ AUTONOMIA?

Acreditar no mundo significa principalmente suscitar acontecimentos, mesmo pequenos, que escapem ao controle, ou engendrar novos espaços-tempos, mesmo de superfície ou volumes reduzidos.

- Deleuze (1992, p. 18)

Nossa pesquisa tem como orientação metodológica a cartografia, que consiste, inicialmente, em acompanhar os processos e devires que compõem um campo social, em contínuo arranjo e desarranjo. “A cartografia parte do reconhecimento de que, o tempo todo, estamos em processos, em obra”, afirma Barros e Kastrup (2009, p. 73). Desse modo, a apresentação do campo de pesquisa feita no primeiro capítulo é um breve recorte das forças e processos que constituíram a estratégia GAM. Já no segundo temos uma resumida discussão sobre os processos de subjetivação e breves notícias das conceituações e usos do termo ‘autonomia’.

Agora, nesta terceira parte da dissertação, retomamos a história da GAM, suas mutações e fluxos nos últimos dois anos, e marcamos assim a pergunta que nos seguiu até aqui: que autonomia é possível em saúde mental? Evocarei as cenas e os registros dos hypomnemata e diário de campo do processo de pesquisa que pude acompanhar na GAM, como exercício da autonomia no processo de fazer saúde mental, esforçando-me para trazer à tona não apenas seus efeitos de empoderamento mas também seus vacilos e capturas.

O ano de 2013 foi meu primeiro ano de mestrado e o penúltimo da pesquisa GAM. Trago para a roda um escrito sobre minhas aflições daquele momento, daquela entrada. Na época, chamei-o de *Rabiscos*, mas logo o entendemos como um hypomnemata:

Rabiscos aflitos/embaralhados da tentativa de iniciar uma pesquisa

Separar o sentimento de aflição da sensação de embaralhamento já deve denunciar como ainda não agarrei com os dentes um suposto estado de início de mestrado. Não sei bem o que quero dizer com isso. E rabisco por esse motivo. Com a pretensão de ganhar alguma clareza para poder me arrastar (empacar, tropeçar, cair, se for caso – mas me movimentar). Penso em esboçar brevemente como vim parar aqui e no que pude me aproximar neste lugar.

A ideia inicial era tensionar o conceito de autonomia na reforma psiquiátrica. O ringue onde se armaria a luta já estava posto, a GAM. Há muito da GAM de que eu não participei, muito aconteceu num período em que eu ainda não tinha chegado. O projeto multicêntrico da GAM me recebe pouco antes de sua saída – pelo que entendi. Parece-me, no entanto, que seria um equívoco eu pensar no território de pesquisa limitado aos grupos de intervenção e trabalhos que já aconteceram. Há ainda potências que seguem se inventando em lugares onde o conceito que me puxa aparece (explícito nos textos publicados), floresce (em situações corriqueiras – como quando usuários dispensam a ‘tutela’ da pesquisadora-discente para irem sozinhos ao café ou para chegarem a algum lugar), se efetiva (quando todos são considerados pesquisadores), se mascara (quando a verba que financia a pesquisa fica em poder e responsabilidade dos pesquisadores acadêmicos). Hoje, eu penso que gostaria de considerar tudo isso como campo. As reuniões na universidade, as reuniões feitas via Skype do Comitê Cidadão, os encontros nos CAPS para pensar a viagem ao Canadá, a ida ao Mental Tchê, o encontro com o pessoal de Córdoba, entre outros tantos.

Aliás, sobre este último, fez-me pensar em como eu não me sinto autorizada – não pelo grupo, mas por mim mesma – para falar sobre os encontros que aconteceram; eu não estava neles, sinto-

me distanciada de toda a produção que fora feita anteriormente. Entro nesse trem já em movimento e vejo com os olhos da estrangeira recém-chegada. Por isso tenho sentido tanta necessidade de usar as impressões dos viajantes mais antigos. Bem, das janelas das quais posso ver, vejo o conceito de autonomia em tensionamento. Ele já é colocado à prova, esticado, revisitado, virado do avesso. Já é pensado no contexto da reforma psiquiátrica, como criação de rede. Posso considerar, no entanto, que ainda ficam algumas provocações: Se haveria alguma autoria sobre a própria vida. Se resta alguma individualidade, quando dizemos, na GAM, que autonomia não se refere à autossuficiência, mas à capacidade de construir redes. Se por um lado não é vista – por nós – como uma independência plena das configurações históricas e sociais de possibilidades, por outro não parece viável afirmar uma totalização de ausência, um determinismo sem qualquer chance de liberdade. Parece haver – quase intuitivamente – algo que aponta na direção de que não é individualização nem totalização. Não é liberdade absoluta nem determinismo. Que diabos é, então? Aqui as ideias de cogestão podem aparecer e isso já está em estudo/trabalho na GAM. Nesse sentido, também caberia provocar: como se faz autonomia? A partir de quê? Qual é a participação da GAM nesse processo?

(...)

As pesquisas COM já fazem esse tipo de denúncia e já experimentam outras formas de relação entre os envolvidos num processo pesquisador, qualificando, inclusive, todos como participantes pesquisadores.

(...)

Nessas configurações apresentadas e nas andanças às quais a autonomia fora levada pelos humanos, a maneira de cada enlace social parece – num olhar primeiro e até ingênuo – que se enroscou com a política e com a ética, pensando na antiguidade clássica, na modernidade racional e liberalista e na

contemporaneidade principialista. Se atualizamos o conceito ao que nos interessa, a saber, os tempos de desinstitucionalização psiquiátrica, parece de antemão inevitável que a discussão desemboque em ética, cidadania e política, no que se refere à relação entre pessoas e a como os discursos são validados ou invalidados em jogos de verdade (instituições e saberes). E, quanto à saúde, no que se refere ao híbrido sujeito + medicação, talvez o que a GAM denuncie seja justamente essa falsa (?) equação. Também parece que irá surgir a ideia de qualidade de vida ou vida boa (eudaimonia dos gregos). O que nos faz desejar e buscar a saúde parece ser a possibilidade de levar uma vida boa ou com qualidade (aqui os termos também precisariam ser mais desenvolvidos e não adotados como naturais. Ressalto que, a meu ver, eles não parecem fazer qualquer referência a uma obrigatoriedade de êxtase do viver, mas antes a uma vida com possibilidade de exame, reflexão e cuidado de si [deturpo o termo se usá-lo assim??]). O que nos faz agir eticamente não parece fugir muito disso. Engendram-se, então, me parece, mais que o clareamento do conceito de autonomia, as amarras às quais ele se filia e como o pensar sobre uma autonomia do outro (usuário) é denunciar a própria prática e colocar em questão as dimensões éticas da atuação de um jogo de verdade.

(...)

Sinto a necessidade de lembrar o que já está sendo realizado para conseguir localizar-me no território. Também me parece, quando penso em minha chegada a este lugar, que o método a ser utilizado pode ser a cartografia. Um acompanhar de processos já em andamento.

O que tem me feito pensar ultimamente é se há necessidade ou sentido em questionar o conceito de autonomia articulado ao âmbito da reforma psiquiátrica, uma vez que ele está em constante tensionamento dentro da pesquisa GAM. Será que eu deveria mudar a rota e a questão? Em vez de questionar o

conceito de autonomia, eu não deveria questionar as formas, os mecanismos, os caminhos a que as pessoas na GAM chegaram e como se fez a performance do conceito?

Muitos desses questionamentos seguem comigo e ficam abertos nesta dissertação. Foram se atualizando ao longo do acompanhar, trazidos por gente de fora ou criados por nós mesmos. Tentamos retomá-los neste capítulo, articulando-os com os demais acontecimentos.

Vivenciamos, a partir de 2013, a adoção da GAM como política de Estado pela Secretaria Estadual de Saúde (SES) no Rio Grande do Sul (RS). O processo abrangeu a impressão de dez mil guias GAM-BR para uso na rede pública de saúde. Uma profissional, participante da pesquisa GAM, foi contratada para ajudar na disseminação e implantação da GAM nos serviços.

O trabalho da profissional contratada consistiu em operar nas coordenadorias e nas gestões municipais de saúde, desenvolvendo oficinas com trabalhadores e usuários que demonstrassem desejo de introduzir a GAM em seus serviços.

A GAM ganhou seu lugar, então, como uma ferramenta dentro da Linha de Cuidado. A GAM ganha esse lugar para fomentar o trabalho da participação, da autonomia e da cidadania dos usuários. Uma das questões que se abriram na implantação da Linha de Cuidado era justamente a questão da participação dos usuários, pois essa proposição foi sendo feita nos municípios e nas regiões a partir de um cuidadoso trabalho de educação permanente, oferecido aos trabalhadores e gestores, mas que em poucos momentos incluía a presença dos usuários. Ainda que propusesse o cuidado a partir deles. Esta é uma importante questão colocada nas políticas brasileiras, não apenas no RS: a da participação social nas formulações dessas políticas. Esse era um tema que eu recorrentemente pautava nas reuniões de equipe, sustentar a presença dos usuários em vários espaços que a Saúde Mental propunha nas regiões. A equipe da política da Saúde Mental não era contra isso, pelo contrário, mas não estava acostumada a insistir nesse ponto. Ao longo do tempo e de algumas experiências de ter os usuários junto conosco nos eventos, a equipe foi também sendo sensibilizada e insistindo nas regiões quanto à necessária presença desses atores nos espaços e nas discussões da Saúde Mental (SILVEIRA, 2014, p. 12).

Retomo o cenário no qual a GAM se inscreveu com a intenção de buscar em seu caminhar os possíveis passos em falso, os obstáculos e os boicotes. São situações que surgem quando se tenta avançar entre e apesar dos modelos autoimpostos de vida. A

disseminação da estratégia GAM era uma aposta de tensionar as relações implicadas num processo de fazer saúde mental mexendo em seu tabu, a medicação. Uma aposta arriscada. Se por um lado a GAM questiona a relação que estabelecemos com os psicofármacos, por outro pode ser capturada como instrumento de vigilância e controle (do uso e adesão medicamentosa), ao ser utilizada por profissionais no âmbito da saúde com o incentivo do Estado. Como registrado no diário de campo durante um encontro com trabalhadores de CAPS, residentes e usuários de saúde mental realizado em 2014:

Quando questionada sobre os efeitos que os grupos de intervenção com o Guia GAM-BR surtiram nos serviços, uma das trabalhadoras responde: Gostamos muito dos grupos. Os usuários conheceram e aprenderam sobre seus medicamentos, se tornaram mais autônomos. Agora não precisamos mais dar o medicamento para eles, eles mesmos tomam. Só precisamos vigiar se o fizeram.

Ou, ainda, conforme resposta dada por trabalhadores quando questionados sobre os efeitos identificados nos grupos com familiares que utilizaram o Guia GAM-BR. Dizem eles:

Alguns familiares passaram apenas a vigiar a ingestão da medicação, deixando assim o paciente ter sua autonomia sobre a medicação.

Foco do Guia GAM-BR, a estratégia de cogestar o tratamento com usuário e profissional – e, quando for o caso, também com familiares – exige uma postura ativa de entrega para a corresponsabilização das partes envolvidas. Do contrário, o guia não tem força afirmativa; é vulnerável aos usos que fizerem dele. Vale lembrar que se trata de um instrumento que foi produzido em Quebec-CA e traduzido, adaptado e experimentado em grupos de intervenção nos serviços brasileiros de saúde mental. O

guia canadense está separado em duas partes, tendo, em sua segunda parte, instruções para interromper o uso de medicamentos por conta própria e com segurança. No Brasil, durante o processo de adaptação desse guia, em consideração ao contexto sociocultural, julgou-se prudente que tais instruções não constassem. Como esclarecem Campos et al. (2012, p. 06), tratou-se

(...) de modificar integralmente o teor da segunda parte do guia canadense, o qual orientava a reduzir ou interromper o uso do medicamento. Entre outras razões, percebeu-se que essa temática não fazia questão para os usuários brasileiros. Pelo contrário, usuários participantes dessa etapa da pesquisa salientavam que o acesso aos medicamentos era o que se lhes apresentava como crucial, e manifestavam o anseio de mais diálogo com seus médicos e maior esclarecimento sobre o porquê da medicação. Assim, a versão brasileira preliminar do guia (GGAM) deslocou o foco da *retirada ou redução do remédio* para o da *negociação*, e a segunda parte do guia foi reescrita, visando ao incremento da participação do usuário na gestão do seu tratamento.

Caso o usuário de psicofármaco brasileiro deseje reduzir ou eliminar o consumo de medicamentos, o Guia GAM-BR incentiva que ele expresse tal desejo para o profissional, dispondo de abertura para negociação, bem como que se aproprie de seus direitos como usuário do SUS para essa tomada de decisão. A linha de conduta do Guia GAM brasileiro é pela via da negociação, do diálogo, da mediação de interesses. A tônica dessa abordagem é a da gestão compartilhada da medicação. Santos (2014) salienta que o grupo canadense também apostou no diálogo entre usuários e equipe de referência. Porém, os autores do guia canadense são enfáticos em afirmar que seu principal objetivo é levar as pessoas a se aproximarem de uma medicação que lhes convenha e que se integre a um processo mais amplo de melhoria.

Para se fazer nos serviços públicos dentro do estado, a GAM precisou se articular com as múltiplas forças que compõem o contexto da saúde mental brasileira. Essa articulação pôde levá-la a uma captura, mas constituiu também um elemento da força e resistência da ferramenta, que se capilarizou nos serviços de saúde mental.

Se a radicalidade do guia quebequense está em informar aos seus usuários os meios necessários para efetivarem seu desejo de forma segura, sem que para isso precisem colocar-se diante do profissional, a radicalidade do guia brasileiro está em colocar em evidência os direitos dos usuários do SUS e da saúde mental. O Guia GAM-BR precisou centrar-se na discussão dos direitos, o que foi de grande potência na

relação instituinte com os serviços. A introdução dessa temática gerou, em muitos momentos, um embate de forças junto às equipes dos serviços. Essa é uma radicalidade incorporada no contexto nacional.

Nossa postura, nessa encruzilhada, é a de tentativa de escapar à polarização. Aí as palavras de Ferreira Neto e Kind (2010), quando propõem que a promoção à saúde não seja avaliada de forma dualista, caem muito bem para as tensões em meio às quais a GAM se encontra. Os autores sugerem que não se entenda o objeto como essencialmente progressista ou essencialmente conservador; antes, que se tente tomá-lo como uma problematização a ser feita. Que se busque evidenciar as tensões polarizadoras que o atravessam, analisando-o como um campo problemático, composto de discursos e práticas, saberes e poderes, atravessado, concomitantemente, por dimensões regulatórias e disciplinares, e dimensões participativas e emancipatórias (FERREIRA NETO; KIND, 2010).

Quando alerta para a necessidade de cuidado com a disseminação do material, salientando que, embora seja potente, ele não é o único fator pelo qual o processo se dá, Silveira (2014) nos traz à lembrança o conceito de autonomia, que é presente e enfatizado nas políticas públicas em saúde, mas não tem qualquer garantia de efetivação.

No SUS, a autonomia destaca-se e afirma a importância da participação popular nas diretrizes da saúde. No entanto, alertam Borges, Mishima e McNamee (2008), nem mesmo ao se lançar mão de propostas valorativas da coletividade e da interação escape-se do risco de tornar as ações normalizadoras e instrutivas acerca de como deve ser a vida saudável ou a convivência adequada do usuário com a doença. Mesmo uma ferramenta interventiva potencialmente democrática e emancipadora como a educação em saúde pode associar a autonomia à instrução, como um rol de atitudes de que o usuário deve se apropriar. O problema dessa suposta autonomia, de caráter instrumental, segundo Borges, Mishima e McNamee (2008), está na premissa de que o usuário, em sua realidade, precisa se apropriar de um conhecimento privilegiado – o técnico – e assim ser ‘ensinado’ a ter autonomia em detrimento da construção da coletividade e do reconhecimento das subjetividades. A autonomia, nesses moldes, apresenta-se muito mais como uma concessão do que como um processo negociado e dialogado.

Quando compreendida de uma perspectiva individualista, criticam Borges, Mishima e McNamee (2008), a autonomia pode resultar na estigmatização da pessoa, na medida em que se considera a mente do indivíduo como lugar único na orientação da

ação. Os comportamentos passam a ser compreendidos como decorrentes de um julgamento moral individual, e a responsabilidade recai unicamente sobre esse indivíduo, seja vangloriando-o, seja culpabilizando-o. Longe de centrar-se no indivíduo, a ideia de autonomia em que se pautaram a estratégia e a pesquisa GAM envolveu uma perspectiva coletiva, de compartilhamento e negociação entre diferentes valores e pontos de vista. Nesse sentido, a referência à autonomia como pluralidade de vínculos que se é capaz de estabelecer e como redes de relações que uma pessoa constrói (Kinoshita, 2001) está em perigo iminente de ser capturada.

Que trabalho é preciso fazer com a GAM e a partir dela? Como a GAM se coloca na Política de Saúde Mental, agora que está lançada no país e é adotada como política estadual? Como se articula um jogo que busca a autonomia e a fuga da institucionalização e da prescrição, mas que só se efetiva por meio das instituições (universidades, serviços de saúde, Estado)? Essas são questões que atravessam o trabalho da pesquisadora que se tornou consultora para assuntos GAM na SES-RS. Elas respingam na questão que mais nos interessa: que autonomia é possível em saúde mental?

A GAM, quando adotada como política estadual, não se põe como uma alternativa aos modos de fazer saúde instituídos pelo Estado, mas como uma política que se faz de dentro dele e que pretende questionar os seus modos de gestar a saúde. Esse lugar híbrido traz seus desafios. O contrato de onze meses da profissional encerrou-se pouco antes das eleições de 2014. Doravante, os caminhos que essa política traçará tornam-se incertos. Em 2013 e 2014, por iniciativa da SES, houve um instrumento lançado (o guia), a impressão do material, a distribuição e a sensibilização dos trabalhadores e dos serviços quanto a seu uso. Com a eleição democrática e a mudança da gestão, colocam-se novos desafios. A GAM, nessa configuração de forças, consegue manter-se como estratégia autônoma para colocar em questão as práticas institucionais? Quais são os compromissos da pesquisa GAM com os serviços, trabalhadores e usuários que tiveram acesso à sua estratégia e ao seu instrumento?

Essa configuração de contexto para a GAM não nos permite escapar à discussão acerca da autonomia de forma ampliada. É pela luz que atravessa essas frestas que nos parece pertinente pensar na autonomia como um processo ampliado, e não individual. É pelas condições de possibilidade, pelas tensões partidárias, políticas, econômicas, geográficas, físicas, sociais, ambientais, entre tantas outras, que se coloca o desafio de agir com autonomia. São muitos os fatores que se articulam para ampliar ou reduzir

ações autônomas, de tal modo que as situações extrapolam a capacidade individual de raciocínio para deliberações – capacidade individual, tal como propunham os principialistas.

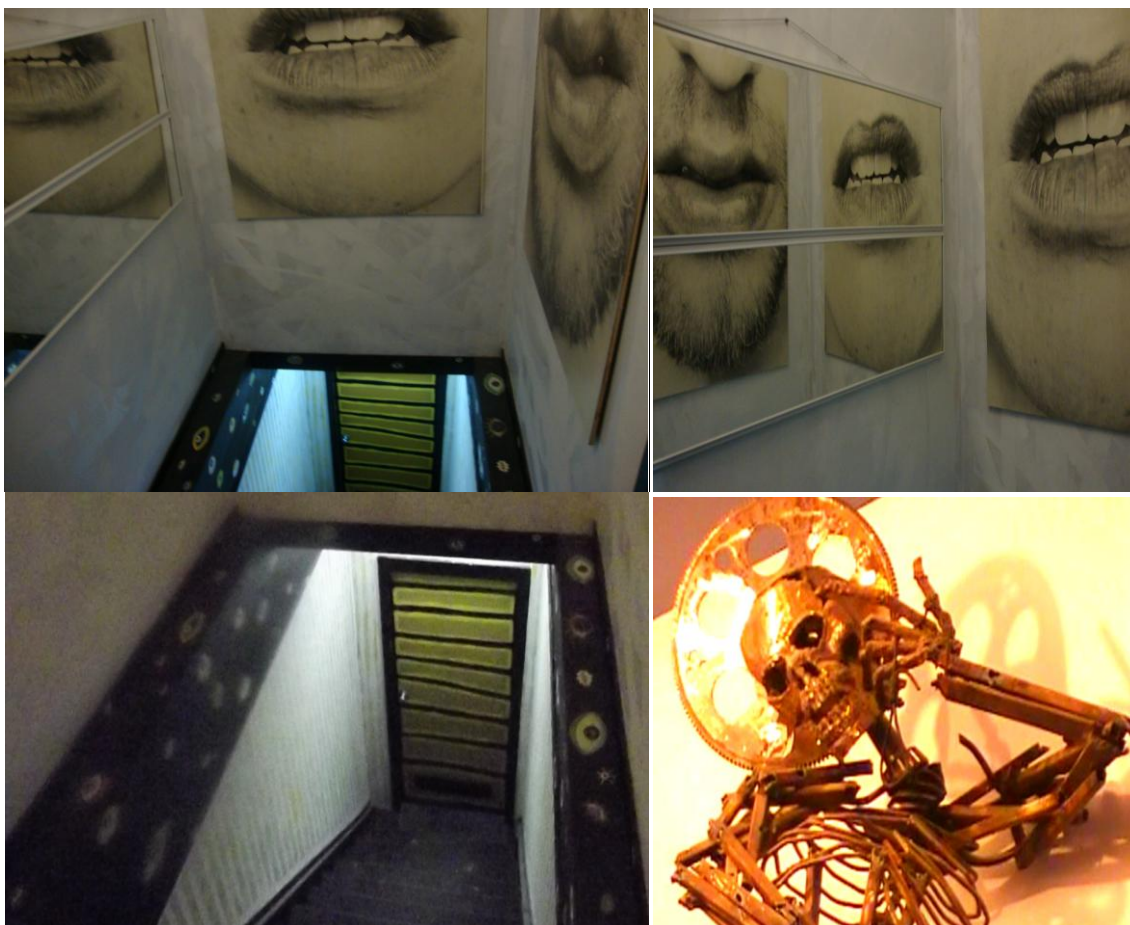
Se quisermos continuar a falar em autonomia, nesse conjunto de disputas e emaranhado de forças, teremos de considerar que parece não haver outro caminho para a argumentação que não o de enveredar para uma perspectiva cogestiva, na qual as práticas são feitas de modo compartilhado, e não autocentrado, conforme já abordado nesta dissertação. Operar esse deslocamento é fazer o conceito de *autonomia* tropeçar; é puxar o tapete que há em *autos* (do grego – si mesmo) e propor-lhe que se deite sobre outra esteira. É suspender sua sustentação como a centralidade em si e pensá-la não como *autossuficiência*, mas como *co* (do latim – companhia, juntamente), compartilhamento, *corresponsabilidade*. Autonomias não mais centradas em si, mas no entre, na possibilidade de negociação. Por isso, autonomias errantes, porque são plurais, precisam se fazer em cada encontro e negam a si mesmas como *autos*. É nesse patamar que a cogestão se faz uma saída possível, uma aposta viável.

O entendimento de Kinoshita é utilizado na pesquisa GAM. Trata-se de um entendimento que se assenta na articulação entre a cogestão e a autocriação, conceitos decorrentes da saúde coletiva e da biologia do conhecimento proposta por Maturana e Varela, em perspectiva criativa, coletiva, compartilhada e negociada (PASSOS et al., 2013). A GAM assumiu, no Brasil, o desafio de propor-se como prática cogestiva, compatibilizando o exercício da autonomia e o direito e o protagonismo dos usuários com o funcionamento das instituições de saúde mental e a cultura organizacional desses equipamentos. A cogestão visa “modificar as relações de poder criando espaços coletivos democráticos” (CAMPOS, 2000, p. 48). Para se fazer cogestão, é necessário espaço de crítica às instituições, mas sem abandoná-las. Mesmo os movimentos da RSB e da RPB operaram suas críticas e propostas de mudança ao modelo e às práticas institucionalizadas por meio de novas políticas públicas garantidas pelo Estado. Fomentaram, assim, a extinção e a substituição das práticas tradicionais por outras capazes de contribuir para a criação de projetos de vida. Para Passos et al. (2013), é preciso considerar a cogestão em seus efeitos estratégicos: concede-se ao Estado ao mesmo tempo em que se força o Estado a conceder. Fazer essa concessão significaria abrir mão da proposta de promover autonomia?

A história que constitui o sistema de saúde brasileiro tem como marca esta ambiguidade: de um lado, a alta centralização de poder, a hegemonia dos modelos

biomédicos; de outro, a incorporação de direitos e controle social, a insistência na participação popular e a garantia do direito à autonomia, elementos demarcados nas suas políticas de saúde. É com base nessa história que, em nosso país, saúde, cidadania e participação da comunidade estão intimamente relacionadas. Com tal interconexão, abre-se uma brecha para apostarmos na possibilidade de uma autonomia que é feita de modo compartilhado. A perspectiva cogestiva é o lugar em nossas políticas, em nosso uso da saúde e no conhecimento produzido que acolhe e sustenta essa invenção.

A aposta na autonomia de modo compartilhado que fazemos nesta dissertação beira a uma roleta-russa. Nossa preocupação em mostrar em que ela se sustenta está intimamente ligada a denunciar seus pontos fracos. A autonomia como possibilidade de negociação se faz num contexto cogestivo, que por sua vez precisa atravessar o fio da navalha entre o empoderamento e a captura.



Há que se questionar e manter viva alguma desconfiança. Assim, o Estado investe numa aposta como a GAM – cuja existência é condicionada à mobilização de produzir conhecimento destoante dos modos cientificistas hegemônicos, num *fazer com*

que valoriza o saber da experiência encarnada. Mas, para sustentar essa aposta, investe na contratação de um profissional com ensino superior – contratação essa que independe da avaliação popular daqueles a quem o trabalho se destina. E isso mesmo reconhecendo a importância da participação dos usuários de saúde mental no que concerne a ajudar a pensar a SES-Saúde Mental. Nas palavras da apoiadora:

Disseminar a GAM na política de Saúde Mental, lhes digo, não é uma tarefa simples, mas nada tira o gosto de poder estar viva e presente quando um usuário (durante o evento sobre protagonismo) sobe ao palco na plenária final para dizer que quando, semanas antes, fora chamado pela Secretaria de Saúde para pensar o evento não tinha entendido bem no que poderia ajudar, achava que não tinha nada a oferecer e ficou surpreso ao perceber que as pessoas reunidas ali estavam interessadas na experiência dele, na vida dele, na opinião dele. E constatou que podia ajudar a pensar a programação, ajudou na escolha dos temas e até mediou uma mesa de debate. Ele disse também que não entendia direito o que era aquela autonomia (que estava no nome do evento), mas que entendeu naquele dia (...). (SILVEIRA, 2014, p. 14).

Apesar do reconhecimento e da importância que assumem nesse processo, os usuários não são remunerados para tais atividades. Essas ações não são vistas como trabalho e não são passíveis de remuneração. Uma das usuárias-pesquisadoras tem empreendido luta diária para que, cada vez que é convidada a se fazer presente em eventos, a questão da remuneração apareça. Nem sempre é remunerada, e não se nega a participar por conta disso, mas instaura o questionamento. Há, na narrativa feita coletivamente, alguma menção a esse ponto. Por que aquele com quem se faz junto (que tem o saber instituído pela experiência encarnada) não é passível de contratação ou remuneração?

Para o ano de 2015, um novo projeto de pesquisa, intitulado *Implementação e descentralização da estratégia da Gestão Autônoma da Medicação (GAM) no estado do RS: efeitos de disseminação* (PALOMBINI et al., 2014), começará a se desenvolver. A pesquisa, aprovada pelo Comitê de Ética e contemplada com recursos do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ), terá como objetivo acompanhar a disseminação da GAM no estado do RS. Acompanhar o processo nos territórios, com as singularidades de cada região e de cada serviço, será uma conexão possível entre a gestão, os serviços e a pesquisa.

Para esse projeto, solicitou-se ao CNPQ uma bolsa a fim de destiná-la a algum pesquisador-usuário. A bolsa, denominada bolsa de apoio técnico de nível médio – uma

opção oferecida pelo CNPQ –, foi requerida por se entender o quão importante é que as atividades de pesquisa prestadas pelos pesquisadores-usuários – com sua experiência encarnada – tenham remuneração, assim como é de grande importância remunerar os demais pesquisadores (docentes, discentes, etc.). O reconhecimento de tal importância veio pela voz dos próprios pesquisadores-usuários, em reunião multicêntrica brasileira realizada em 2010:

Uma reunião multicêntrica em que se apresentavam as contas do programa, visualizando quanto, até então, havia sido gasto e quanto havia por gastar, foi o estopim para um movimento reivindicatório do Comitê Cidadão. Acusavam o fato de que, enquanto os pesquisadores docentes recebiam seus salários e mestrandos e doutorandos suas bolsas de pós-graduação, eles, usuários, dedicavam seu tempo à pesquisa sem receber remuneração por isso (apenas passagens e alimentação). Reivindicavam sua condição de colaborador técnico, requisitando contrapartida financeira para a participação de seus membros, igualando suas *expertises* àsquelas dos acadêmicos remunerados. (PASSOS; PALOMBINI; CAMPOS, 2013, p. 12).

Assim como não houve, para os acadêmicos, num primeiro momento, o reconhecimento da necessidade de remuneração para aqueles que contribuem com a pesquisa de um outro lugar que não o da academia, não há, para as agências de fomento à pesquisa, esse reconhecimento na atualidade. Uma bolsa que se destine àquele cujo saber vem da experiência, não do ensino formal, ou seja, que leve em consideração a experiência encarnada. Não ignoramos, com isso, que o grau de instrução tenha participação fundamental na formação dos cidadãos, mas o saber que está em jogo e é valorizado quando se fala em *pesquisarCom* independe do ensino institucional. É um saber que não se mede pela quantidade ou qualidade de diplomas oriundos dos processos formais; antes, nasce da experiência singular, particular e encarnada em determinada temática – e que, mediante desejo, é compartilhada. Pesquisadores-usuários fizeram parte da GAM sem que a escolaridade fosse um critério de inclusão ou exclusão. Trabalhamos com pesquisadores-usuários de nível superior e pesquisadores-usuários com analfabetismo funcional, porque a própria metodologia da GAM aposta no possível de se fazer junto, sem que tal diferença seja um impedimento a priori.

A aposta no *fazer com*, no encontro entre comunidade e universidade, não deve ser ditada pelos parâmetros da universidade (níveis de escolarização). Para tanto, há que se fazer uma negociação franca, abrir o diálogo, colocar as cartas na mesa. Que

encontro é esse? E para quê? Usuários, trabalhadores, docentes e discentes se encontram e compartilham o pesquisar em todas as suas instâncias – na gestão da pesquisa, na produção de dados, na sistematização do conteúdo, na divulgação dos seus efeitos. No entanto, as pesquisas acadêmicas – modo majoritário de se fazer pesquisa no Brasil – têm seu ápice nas defesas públicas, ocasiões em que o trabalho é submetido à avaliação de pesquisadores-docentes. Por que não está incluído, entre os avaliadores, um usuário *expert* no assunto?

Outro desafio que encontramos em nosso desvio refere-se à própria remuneração. Na ocasião em que os pesquisadores-usuários reivindicavam seu direito a receber,

o trabalho como renda era uma realidade da qual a maioria se encontrava alijada. Sem emprego formal, alguns contavam com benefícios governamentais ou aposentadoria, outros se vinculavam a projetos de geração de renda, e havia também quem não contasse com renda alguma, dependendo do ganho de familiares para sobreviver. (PASSOS; PALOMBINI; CAMPOS, 2013, p. 12).

A reclamação dos pesquisadores-usuários quanto a raramente serem remunerados por seus feitos é frequente. Na narrativa coletiva há menção a esse tema, que foi recorrente em diversos debates e encontros em Montreal com os usuários quebequenses, na tentativa de encontrar saídas. Os benefícios governamentais e aposentadorias¹⁸ se colocam de forma dúbia. Por um lado, são a conquista de um

¹⁸ Segundo o site da Previdência Social (2013), a aposentadoria por invalidez é um direito dos trabalhadores que, por doença ou acidente, forem considerados pela perícia médica da Previdência Social incapacitados para exercer suas atividades ou outro tipo de serviço que lhes garanta o sustento. Não tem direito à aposentadoria por invalidez quem, ao se filiar à Previdência Social, já tiver doença ou lesão que geraria o benefício, a não ser quando a incapacidade resultar no agravamento da enfermidade. Para ter direito ao benefício são exigidas doze contribuições mensais, exceto na hipótese de acidente de qualquer natureza, de doença profissional ou do trabalho, que independe de carência. Quem recebe aposentadoria por invalidez deve submeter-se à perícia médica de dois em dois anos para confirmar a permanência da incapacidade para o trabalho. A aposentadoria deixa de ser paga quando o segurado recupera a capacidade e/ou volta ao trabalho.

Já o auxílio-doença é um benefício ao segurado que estiver incapacitado para o trabalho. Para a concessão do benefício são exigidas qualidade de segurado e, na maioria dos casos, carência. O segurado empregado e trabalhador avulso tem direito ao auxílio-doença a partir da data do início da incapacidade. A incapacidade para o trabalho deve ser comprovada através de exame realizado pela perícia médica da Previdência Social, sendo que o não comparecimento à avaliação médico-pericial implica indeferimento do pedido (MPS, 2013).

direito, uma via de empoderamento e de ampliação de autonomia. Por outro, só se efetivam à custa da manutenção de uma *doença incapacitante*¹⁹ para o trabalho.

Esses direitos deveriam (e muitas vezes conseguem) dar acesso a condições mínimas de sobrevivência àqueles que não podem trabalhar como exige o mundo do trabalho. Mas, ao mesmo tempo, para exercer tais direitos, essas pessoas precisam renegar outras conquistas fundamentais, como a de não serem aprisionadas a uma doença. As estratégias do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS)²⁰, ao mesmo tempo em que protegem o indivíduo, lançam-no às malhas da vigilância e do controle inescapável do biopoder²¹. Concordamos com Lazzarin (2007) no que diz respeito à ideia de que os exames no mundo do trabalho (de contratação, demissão ou perícias) podem tanto conferir direitos quanto provocar exclusão social, dependendo de como se queira utilizar a informação obtida.

Assim, o que se pretende emancipador joga o indivíduo em outra identidade fixada: caso se aposente por invalidez, será inválido; se receber auxílio-doença, será lançado em outra identidade de submissão, a qual, mesmo que não lhe roube a possibilidade, coloca-o em contradição com suas lutas, com a reivindicação de ser uma

¹⁹ O Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) é uma autarquia do governo federal vinculada ao Ministério da Previdência Social (MPS) que recebe as contribuições para a manutenção do regime geral da Previdência Social. É responsável pelos serviços previdenciários, como o pagamento de benefícios previdenciários e benefício assistencial para aqueles que adquirem o direito a estes segundo o previsto em lei (MPS, 2013). O sistema da previdência é contributivo: tem direito aquele que contribui de alguma forma ou depende de alguém que contribua ou contribuiu. Já o sistema da assistência social é seletivo por necessidade, voltado para aqueles que se entende que dele necessitam. Pessoas que nunca tiveram vínculo empregatício ou com contribuição para o INSS podem solicitar o benefício assistencial. O benefício da assistência social é integrante do Sistema Único da Assistência Social (SUAS), pago pelo governo federal, permitindo o acesso de pessoas com deficiência às condições mínimas de uma vida digna. Nesse caso, a pessoa precisa ter deficiência ou doença que a incapacite para o trabalho (incapacidade decorrente da deficiência/doença), bem como ser incapaz para a vida independente (incapacidade decorrente da deficiência/doença) e ter renda familiar por pessoa inferior a ¼ de salário mínimo. Os critérios e a avaliação que consideram se um portador de deficiência está incapacitado para a vida independente e para o trabalho são de responsabilidade do serviço de perícia médica do INSS (MPS, 2013). Vale dizer que o termo ‘incapacitado’ e derivados são os utilizados pelo próprio INSS e pela lei.

²⁰ A Previdência Social, por intermédio do INSS, oferece as modalidades de (i) benefícios previdenciários (monetários): aposentadorias (por idade urbana; por idade rural; por idade da pessoa com deficiência; por invalidez; por tempo de contribuição; por tempo de contribuição da pessoa com deficiência; especial); auxílios (doença; acidente; reclusão); salários (maternidade; familiar); pensões (talidomida; por morte); (ii) benefício assistencial (independente de contribuição): ao idoso; ao deficiente (MPS, 2013).

²¹ O termo ‘biopoder’ aqui é entendido no sentido dado por Foucault (2008), isto é, como o âmbito de exercício instrumental do poder pelas instituições sociais, com fins de extrair da vida humana o maior benefício possível de sua força produtiva. Assim, a medicina do trabalho se afirma porque as condições de trabalho devem ser otimizadas, partindo-se das condições clínicas dos corpos dos indivíduos sobre os quais o biopoder vai atuar. A tática dos exames, sejam de admissão, sejam periódicos (de manutenção, durante contrato de trabalho), sejam de demissão, bem como de todas as perícias médicas realizadas pelo INSS, cumpre a função de separar, classificar e marcar o lugar que pode ou não ser ocupado pelo indivíduo. Essa sistemática permite que se mantenha sobre o corpo social um controle permanente, que se exerce no tempo cronológico do presente, passado e futuro. Os mecanismos biopolíticos imbricados nas práticas do serviço têm a função de controle dos afastamentos do trabalho por licença médica.

pessoa, não uma doença. O ‘benefício aos incapacitados’ – uma reivindicação por direitos especiais a pessoas com a saúde comprometida –, ao mesmo tempo em que beneficia o usuário de saúde mental, reforça nele o estatuto de tutelado e afirma o poder do diagnóstico (psiquiátrico, psicológico, social) como critério de atribuição de direitos especiais.

A participação na pesquisa, o falar por si e a remuneração por atividade realizada podem ser vias de empoderamento. No entanto, estar empoderado e em condições de ter outras formas de renda acarreta riscos relativamente ao recebimento de benefícios e aposentadorias. Em janeiro de 2015, uma estagiária de Psicologia em CAPS II falava sobre um usuário do serviço que, ao participar de diversas atividades, sentia-se mais disposto. A situação o fazia questionar o recebimento do benefício, uma vez que se sentia cada vez mais afastado do diagnóstico de depressão que lhe fora atribuído. Situações diversas o levaram a uma internação psiquiátrica. Mais distante da vida recheada de atividades, mais perto da exigência das perícias do INSS.

Como já comentamos, o trabalho e as fontes de remuneração para os usuários de saúde mental no Brasil foram temas recorrentes em rodas de discussão com os quebequenses. Não só pelo interesse quanto às semelhanças e diferenças socioculturais em questão mas também pela necessidade resolutiva que os pesquisadores-usuários brasileiros tinham. Pautou-se o modo como as lutas da RPB são acolhidas e levadas adiante em conjunto com os profissionais de saúde mental. A militância em nosso país é próxima dos serviços de saúde, dos seus princípios. Não temos militantes ‘profissionais’, como nos falaram em Quebec, que façam unicamente a militância e recebam remuneração para isso. A diferença chamou a atenção dos ex-usuários (como se tratam) que nos recebiam. Durante a *Formation de l’Aliance Internationale de Recherche Universités- Communautés*²², uma delas questionou:

Eu não posso trabalhar! Ou me dedico à militância, ou me dedico ao trabalho. Isso é diferente no Brasil, acho isso interessante. Essa militância que não é total. Eu gostaria de saber se é um bom sinal. E se é bom que a rede pública se implique cada vez mais na militância.

²² Encontro de formação de que participamos em Montreal durante a viagem de 2013 à qual fazemos referência nesta dissertação.

Temos resistido em falar de autonomia dos usuários de saúde mental, dado que entendemos que a autonomia de todos nós está implicada nesse processo de fazer saúde e produzir conhecimento a respeito. Há, claro, mais destaque para a questão do usuário, porque no jogo de forças há mais pressão das verdades instituídas sobre essas pessoas; mas não que não haja dúvidas sobre os limites da autonomia dos profissionais, por exemplo. Em dezembro de 2014 estivemos, uma usuária-pesquisadora e eu, num evento sobre redução de danos. Na ocasião, ministramos uma oficina sobre autonomia, protagonismo e GAM. Durante a atividade, umaicineira, trabalhadora de um CAPS AD, narrou a seguinte cena:

Um usuário em específico, matriculado em minha oficina, passa o tempo da atividade sentado no quintal do CAPS. Ele se senta em uma cadeira debaixo de uma árvore e fica lá, observando o espaço, olhando para o nada; faz silêncio.

- Por que ele está lá fora, e não na oficina? – questiona-me a coordenadora do serviço.

– Porque ele quer. – tenho vontade de responder, mas não o faço. Não posso dar esse tipo de resposta.

Aicineira trouxe para a roda de conversa uma cena de seu cotidiano, cena essa em que se questionam as prescrições que estão para além das medicamentosas: as prescrições de modos de vida. Ela o fez como exemplo de prescrição para com o usuário. No entanto, quando a narração ressoou no grupo, o que se questionou não foram os limites da autonomia do usuário, mas da trabalhadora. A conversa, em nossa roda, seguiu assim:

– Se ele não está na sua oficina é porque você não fez uma oficina atraente o suficiente. – ironiza a psicóloga de outro CAPS AD que senta ao seu lado.

– *A culpa dele não ir para a oficina é sua? Onde está a autonomia dele? A autonomia de poder decidir?* – *questiona a assistente social de um albergue.*

– *Eu sou cobrada. Não me atinge que ele esteja lá fora, e não na minha oficina. Está lá fora, deve estar pensando nas coisas dele. Eu queria poder ficar pensando na vida, não precisar fazer certas coisas. Mas a gente não pode, a gente tá aprisionado. O trabalhador fica aprisionado, tem que obrigar o usuário a fazer isto e aquilo. Até se a gente pensar na redução de danos. O quanto não é redutor de danos ele estar lá no CAPS sentado em vez de estar usando crack? Ele não precisa estar na minha oficina.*

- *Mas a gente é cobrada pelo número de inscritos nas oficinas.* – *comenta a psicóloga.*

– *É bem assim mesmo.* – *confirma uma usuária de CAPS.*

Além da prescrição medicamentosa, que não abre espaço para negociações entre os envolvidos (aquele que prescreve e aquele que recebe a prescrição), há a prescrição de modos de vida. Tal prática extrapola o campo da medicação – e, embora a GAM carregue em seu nome próprio a temática da medicação, seus questionamentos abrem fendas em diversas direções. É o que se passa quando o grupo, narrado acima, questiona as prescrições que são impostas à oficina pela dinâmica do serviço e leva em conta o quanto ela diz se sentir aprisionada nessa condição. Essas fendas são produzidas no encontro, pelo diálogo, pelo exercício do pensar e do desconstruir.

Considerando o exposto, de um lado, e as diretrizes éticas do SUS – que vão em direção oposta ao prescrito, numa postura de valorização do protagonismo e da cogestão –, de outro, as perguntas que temos são estas: há pautas éticas e políticas para o SUS que não conseguimos cumprir no cotidiano dos serviços? Conseguimos pensar, ser e agir para além das práticas prescritivas de cuidado? É permitido aos profissionais se empoderarem e agirem na direção corresponsável em seu trabalho em saúde? Ou ainda os julgamos como figuras ativas com total responsabilidade e poder diante de *pacientes?*

Há que se reconhecer, no entanto, que há gaguejo em nosso discurso. Afirmamos um trabalho e um processo em saúde mental e em pesquisa que são feitos de forma coparticipativa, corresponsável, cogestada. Insistimos na ideia de que esta dissertação não trata da autonomia dos usuários, mas de todos os envolvidos em tal processo. Todavia, não é preciso grande esforço para notar que a balança pende para um lado – o lado dos usuários.

A esse respeito, vale lembrar que não operamos pela cisão entre trabalhador e usuário. Nas oficinas GAM que foram realizadas no estado do RS, por exemplo, há participação massiva dos trabalhadores. Quando nos unimos aos usuários, é para agregar força ao grito que é silenciado. Entre trabalhadores e usuários, aqueles para quem se impõem modos de ser de forma indiscriminada são os usuários. O profissional²³ tem, a seu favor, a força da *expertise*.

Ainda poderíamos questionar por que, na viagem a Quebec-CA, não pensamos em formas de viabilizar a ida de trabalhadores dos serviços. A verba oriunda da ARUCI-SMC estava destinada aos pesquisadores-usuários. Entre os docentes e discentes, havia grandes ou mesmo mais chances de se conseguir financiamento para tal nas suas instituições de ensino. E os trabalhadores, por que não compuseram nosso rol de preocupações naquele momento?

Na reunião multicêntrica de junho de 2013, debatíamos a possibilidade de o encontro em Montreal se dar sem a presença dos docentes brasileiros. Garantiríamos, assim, a participação dos usuários através do financiamento disponível – o que, no entanto, exigiria que enfrentassem sozinhos uma viagem ao exterior, sem experiência prévia nesse tipo de situação, por aeroportos internacionais, sem domínio da língua do país que visitariam. Um dos pesquisadores-discentes propôs então reservar parte do dinheiro garantido pela ARUCI-SMC para que um profissional pudesse acompanhar o grupo de usuários. Essa fala foi ignorada – como diz Mia Couto (2009, p. 14), para ficar devidamente calado são necessários anos de prática. A conversa seguiu do ponto onde haviam parado, ou seja, como seria organizada a viagem dos usuários.

A presença do trabalhador de saúde mental como indispensável para auxiliar os usuários durante a viagem foi rechaçada na reunião; em contrapartida, não se chegou a considerar que ela pudesse ser importante para seu próprio protagonismo e sua própria

²³ Mas não podemos deixar de observar, como alerta Paim (2013, p. 193), que há uma dívida histórica para com os trabalhadores do SUS, submetidos à precarização do trabalho e a terceirizações, sendo adiada a efetivação de seus planos de carreira, cargos e salários.

formação. A menção à possibilidade de participação de um trabalhador de saúde mental na viagem não é feita aqui em referência à necessidade que o grupo de viajantes-usuários pudesse sentir de um saber especializado. Não se advoga, neste texto, a presença do trabalhador como necessária para tutelar ou apoiar os usuários. O questionamento que insisto em marcar é este: por que não chegamos a pensar na viagem como possibilidade de qualificação tanto técnica quanto afetiva para os trabalhadores que compunham a pesquisa?

Nossos esforços vão na direção de desestabilizar as forças atuantes no modo de fazer saúde. Não se trata de uma alteração do modelo ou do modo como pensamos a saúde coletiva, bem como não se trata da suspensão da força do trabalhador. Antes, é um esforço para fazer desacomodar e desequilibrar as forças instituídas – e, aí, unimos aos usuários. Buscamos exercer alguns movimentos dentro do sistema, sem que para isso ele precise ser extinto. Por meio da GAM, por exemplo, os grupos de intervenção com o Guia GAM-BR dentro do serviço podem ser moderados (termo adotado a partir das discussões em reunião multicêntrica nacional) pelos usuários dos serviços. Essa possibilidade instaura a descentralização da figura do profissional, sem, no entanto, excluí-la do processo.

Para recorrer às palavras de Agamben (2007) – não parece que conseguimos alcançar uma profanação. Tentamos, contudo, evitar que se trate apenas de uma secularização. Conforme diz o autor:

A secularização é uma forma de remoção que mantém intactas as forças, que se restringe a deslocar de um lugar a outro. Assim, a secularização política de conceitos teológicos (...) limita-se a transmutar a monarquia celeste em monarquia terrena, deixando intacto, porém, o seu poder. A profanação implica, por sua vez, uma neutralização daquilo que profana. Depois de ter sido profanado, o que estava indisponível e separado perde a sua aura e acaba restituído ao uso (AGAMBEN, 2007, p. 68).

A secularização, portanto, muda de lugar um elemento no interior de um determinado sistema de relações, mantendo o sistema mesmo intacto. A profanação, ao contrário, desativa esse sistema. “Profanar significa abrir a possibilidade de uma forma especial de negligência, que ignora a separação, ou melhor, faz dela um uso particular.” (AGAMBEN, 2007, p. 66). Tanto a profanação quanto a secularização são operações políticas; no entanto, só aquela faz mudar o sistema no qual o jogo de forças opera.

Não pretendemos mudar o sistema. Operamos no SUS, com respeito à sua lógica e às suas diretrizes. No entanto, também não pretendemos manter o sistema intacto. Buscamos abalar as forças das relações nele estabelecidas, para que haja disputa e para que haja negociação. Não se trata de substituição (do saber do profissional pelo saber do usuário), mas de criação a partir do desarranjo do que está posto. Essa criação ocorre por meio das diferenças que se introduzem nas dimensões da subjetivação e que se complexificam com a pressão promovida pelos movimentos de desterritorialização. São tentativas de subverter o eixo de sustentação do sistema, sem extingui-lo, mas graças ao efeito de desestabilização.

Há ainda muitas outras tensões nas quais estamos/estivemos imersos neste acompanhar de produção de realidade. São componentes teóricos e tecnológicos, mas também estéticos, éticos, econômicos, políticos e afetivos. Ao longo do caminhar, como estudante, aspirante a pesquisadora, profissional de saúde e usuária do SUS, como não questionar a autonomia que me é possível? Como não questionar a si mesmo sobre escolhas, decisões e amarras?

Durante a qualificação do projeto desta dissertação, fomos questionados quanto à pergunta que nos rege – se ela é de fato uma pergunta sobre autonomia, uma vez que negamos o seu *autos*. Será que não estamos questionando a autoria? Será que nossa questão diz respeito a não saber o que se fala em nome próprio? Se não a fazemos, é por entender que há necessidade de insistir no termo ‘autonomia’ – mesmo que para abandoná-lo no futuro –, por ele ser um pilar importante de sustentação do SUS. A discussão se faz pertinente na medida em que a autonomia está nas veias das políticas públicas da saúde no Brasil, sem, no entanto, ser problematizada (ao menos nos textos de tais políticas).

Em outubro de 2014, parte do grupo de pesquisa de Porto Alegre participou de três aulas da Residência Integrada em Saúde – Saúde Mental Coletiva, vinculada à Universidade Federal do Rio Grande do Sul, para discutir os dispositivos criados pela GAM. A segunda aula foi dedicada à discussão sobre autonomia. Iniciamos a conversa com o vídeo *Solitário Anônimo*, de Debora Diniz. Nossa intenção era esticar ao máximo o conceito de autonomia. Havia, ali, um mea-culpa. Durante a primeira aula abri meu diário de campo, e lá estava uma pergunta que me tomava, que exigia alguma investigação, tanto na pesquisa-texto quanto na vida-fora-texto.

“Que tipo de pesquisa é esta, se, quanto ao problema, à pergunta que persigo, já tenho uma resposta? Será essa resposta suficiente? Dizer que a autonomia está na

comando, quem comanda? Quem dá a última palavra? O que se faz quando as vozes se negam à negociação?

A pergunta que nos move refere-se às condições de possibilidade de autonomia. Temos, como possibilidade de sua efetivação, a negociação dessas condições, os meios de enfrentamento viáveis para os determinantes, as criações para além do que há. Um pesquisador-usuário lançou uma afirmação durante um encontro multicêntrico em Campinas em 2013: “Autonomia é eu conviver com a minha vida”. O que é preciso para que se conviva com a própria vida? Que condições são necessárias? Como pensa Mosé (2009), uma autonomia do gesto a partir de Nietzsche. Mosé não defende que há uma autonomia em Nietzsche, mas, diante de um questionamento da plateia a esse respeito, articula uma possibilidade de resposta. Diz ela (2009):

O homem aprende a obedecer à vida. Para Nietzsche, autonomia do gesto é quando você consegue achar brechas na lógica do mundo (circunstâncias da natureza, do país, das leis, dos limites físicos, do território, etc.). Quando você consegue achar uma brecha entre todas as lógicas que estão no mundo e assim permitir a instauração do gesto. Quando eu vejo que há um espaço, eu encaixo o meu desejo no desejo do acontecimento. Se eu quero que um desejo meu aconteça, eu tenho que encaixar o meu desejo no desejo do acontecimento. O desejo do acontecimento é a soma da política, do clima, da geografia, com tudo que rege o mundo. Aqui a liberdade nasceria, antes de tudo, da submissão.

Quero fazer uso da explicação de Mosé (2009) para dizer que fazemos autonomia em situações negociáveis – quando conseguimos encaixar nosso desejo naquilo que as condições do mundo nos permitem. Até aqui defendemos que a autonomia se dá na negociação. Uma aporia que encontramos nesse processo: o que há quando as situações são inegociáveis? O que resta de autonomia quando a negociação é impedida? Que formas de resistência são possíveis? É preciso resistir para que se tenha autonomia ou é preciso que se tenha autonomia para resistir?

Trazemos ao debate esses casos inegociáveis porque, como dito nos primeiros parágrafos, o que nos move neste trabalho é a questão da autonomia – e há, para ele, um largo terraço no campo das políticas públicas nacionais. É justamente nesse terraço que alguns pontos, exigentes de autonomia por excelência, ficam de fora: a decisão pela própria morte (suicídio, suicídio assistido, eutanásia), a decisão pelo próprio corpo (uso de drogas, aborto, etc.), as decisões tomadas em situações ou em decorrência de crises

psicóticas, depressivas, estressantes, de abstinência. Essas encruzilhadas extrapolam os limites deste trabalho, mas apontam uma guinada necessária para a discussão acerca do conceito. A pergunta pelas condições de possibilidade permanece – e permanece apontando como há pouca ou nenhuma possibilidade no caso de determinadas temáticas. Há, então, que se perguntar não o que é ou o que deve, mas o que pode a autonomia. Buscar a sua potência.

PARTE IV

LABORATÓRIO *IN VITA*: A VIAGEM

O importante não é a casa onde moramos.

Mas onde, em nós, a casa mora.

- Mia Couto (2003, p. 45)

Entre tantas dúvidas, fui me situando no território e participei da minha primeira reunião com o Comitê Cidadão²⁴. Era uma reunião para que os pesquisadores-usuários de São Paulo, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul decidissem sobre os cinco pesquisadores-usuários que viajariam ao Canadá com verbas da ARUCI-SMC. Essa viagem surgiu do desejo que usuários de saúde mental brasileiros e quebequenses, parceiros na pesquisa GAM, tiveram de se encontrar. Até então, comunicavam-se através de videoconferências, entre todos os pesquisadores, ou por *Skype*, entre os Comitês Cidadãos. Tal desejo deu vazão à criação de um encontro de formação durante a segunda quinzena de novembro de 2013. O apoio financeiro da ARUCI-SMC para esse encontro não se destinava aos pesquisadores-acadêmicos, que, por sua vez, poderiam tentar financiamento com suas instituições de ensino superior. Vejamos o que ficou registrado em meu diário de campo:

Relato da reunião do dia 30.04.2013 (acrescido da viagem que o mesmo dispara):

Hoje foi meu primeiro encontro com o Comitê Cidadão. Estamos reunidos na Secretaria de Saúde de Novo Hamburgo para conseguir acessar por Skype os pesquisadores-usuários do Rio de Janeiro e Campinas. Há dois pesquisadores-usuários de São Leopoldo; de Novo Hamburgo, vieram dois pesquisadores-usuários e dois residentes de saúde mental.

Ouço as combinações animadas dessas pessoas, mas pouco consigo entender. Eu deveria saber mais sobre a GAM, não me

²⁴ Mais detalhes sobre o Comitê Cidadão encontram-se na seção “Apresentação do campo de pesquisa” desta dissertação.

sinto inteirada ainda, parece que não consigo acompanhar o ritmo das conversas.

Vim com Marília, que me ensinou a usar o trem e tem me apresentado os arredores. Tivemos que trazer caixas de som e microfone. Esta me parece ser uma dificuldade importante, a dificuldade de acesso a equipamentos. O quanto precisou ser armado para essa reunião acontecer: nos deslocamos de duas cidades diferentes, um carro da Saúde de São Leopoldo veio nos trazer e nos levará de volta, o secretário que usa esta sala precisou sair para que pudéssemos ocupá-la. Parece bastante movimento. Não fazia ideia na ocasião, mas essa dificuldade seria expressa em Montreal pelos meus colegas pesquisadores-usuários.

Marília me explicou que hoje os pesquisadores-usuários pensaram em cinco pessoas para viajarem a Quebec, no Canadá. A verba disponível é para cinco. Só nesta sala temos quatro interessados. Uma das interessadas da nossa sala se irrita, parece estar incomodada com a reunião. É uma decisão difícil. Todos têm bons argumentos, bons motivos e desejo de viagem. A viagem será de duas semanas. Ela sai, me diz que não pode ficar tanto tempo longe de casa, do marido. Vai fumar.

Os interessados dizem que devem ir aqueles que melhor conseguem se expressar. Um dos gaúchos pronuncia algumas expressões em inglês. A conversa é difícil pelas próprias dificuldades do Skype. O pessoal de Campinas está pensando em como arrecadar mais dinheiro para que mais pessoas possam viajar. Depois de duas horas, eles elencam alguns critérios, como o tempo de participação no Comitê Cidadão. Todos acham um critério justo. Os dois pesquisadores de São Leopoldo entraram por último na pesquisa. Uma delas já disse que não poderá viajar, não está concorrendo à vaga. Mas o outro gaúcho gostaria de ir e pergunta se pode concorrer. A turma decide que sim, mas que o critério do tempo de participação se mantém. Uma das pessoas do Rio parece não

estar bem. Vão tentar conversar com ele pessoalmente. Os colegas do comitê perguntam se eu o conheço. Respondo que não. Hoje é a primeira vez que tenho contato com esses pesquisadores. Mas eles insistem e me dizem que essa pessoa do Rio, que não apareceu para a reunião, é uma das mais animadas para viajar, que contagiou todos. Que eu vou conhecê-lo e vou adorar. Já não tenho dúvidas.

Por fim, decidem que as vagas devem ser divididas por estado. Duas pra São Paulo. Duas pro Rio de Janeiro. Uma pro Sul. Os gaúchos não concordam. Entre vários argumentos, campineiros e cariocas retomam o do tempo de participação, dizendo que os demais estão há mais tempo. Os gaúchos concordam. No Rio só há dois concorrentes, um deles é esse que não está presente. A outra é superanimada, tem voz expressiva. No Rio não há disputa. São duas vagas para aquelas duas pessoas. A reunião se encerra com a definição: duas vagas para o Rio (sem concorrência); duas para Campinas (os concorrentes decidirão entre eles quem irá); uma vaga para o Sul (os concorrentes também terão que decidir). Os pesquisadores-usuários saem com esta missão: eleger, em seus estados, os contemplados.

Na época eu não sabia, mas essa primeira reunião teria papel fundamental na pesquisa. Escolho tal relato por esse motivo. Foi a única vez que vi o pesquisador-usuário que conversava com suas vozes e lançava mão de expressões e frases em inglês como aposta para obter o cartão de embarque. Nunca mais nos encontramos. O pesquisador-usuário recém-chegado, que tinha tão poucas chances de ganhar uma vaga, foi um dos contemplados, após um pesquisador-usuário carioca, definido pelos colegas como o mais animado para desbravar as novas terras, fazer uso de sua autonomia e recusar a viagem. Eu, que pouco entendia do que falavam, pude conversar com todos com mais calma, pude ficar ainda mais perto, pude espiar a viagem. Esta pesquisa tem a viagem como dispositivo – e, como tal, só é possível pelo engendramento de forças de uma metodologia que se questiona e questiona tanto seu modo de produzir quanto com quem produz conhecimentos.



A viagem marca uma experiência de imersão. Um laboratório. Em novembro de 2013, embarcamos para Montreal-QC, no Canadá, onde ficamos durante quinze dias. Éramos uma usuária de saúde mental do Rio de Janeiro/RJ, uma usuária de Novo Hamburgo/RS, um usuário de São Leopoldo/RS, quatro usuários e uma familiar de Campinas/SP, uma estudante do doutorado da Universidade de São Paulo, eu, estudante do mestrado da UFRGS, acompanhados no trajeto de ida por uma estudante de doutorado da Universidade de Montreal.

A data estipulada para o encontro de formação não era favorável aos pesquisadores-docentes e, portanto, discutiu-se, em uma reunião multicêntrica brasileira, a possibilidade de adiamento da viagem. Os usuários, no entanto, preferiram que a data fosse mantida, mesmo que somente eles pudessem viajar. Também se mostraram dispostos a cortar custos, se assim pudessem aumentar o número de usuários viajantes. Dessa forma, a verba prevista para cinco pessoas foi dividida a fim de contemplar oito, sendo sete usuários e uma familiar. A estudante de doutorado da USP e eu, pela UFRGS, conseguimos financiamento de nossas universidades, e partimos todos juntos. Outras tentativas foram feitas, como a arrecadação de contribuição espontânea para mais pesquisadores-usuários pela internet, mas não houve sucesso.

Solicitei aos usuários que ficasse hospedada com eles, e assim passamos quinze dias juntos, com raros momentos de distanciamento. Criaram-se peculiaridades do encontro belas e espinhosas, motivo pelo qual se tornou desafiador acompanhar o processo, participar dele, arcar com a possibilidade de fazer bobagem. São coeficientes das relações sobre os quais se prefere calar nas pesquisas e no convívio entre as pessoas. É essa potência do coletivo e das relações humanas de explodirem a si mesmas. Toda essa intensidade que empodera, mas que pode ferir.

A viagem como laboratório era a chance de nos lançarmos num terreno desconhecido, com obstáculos diversos. Estávamos longe de nossos lares, afastados das pessoas com quem convivemos diariamente, com as quais, de alguma maneira, sabemos como lidar. Deixávamos o Brasil nos dias que antecedem o verão, para alcançar Quebec às vésperas de um inverno rigoroso – pelo menos quando comparado ao frio que até então conhecíamos. Não falávamos nem a primeira língua do país de destino, nem a segunda. Nossos recursos financeiros eram limitados. Precisávamos manter a boa convivência entre nós. Distantes demais das pessoas queridas com quem convivemos, próximos demais de nós mesmos.

Essa era a configuração de um laboratório de imersão, o qual precisávamos suportar por dezesseis dias e quinze noites. A situação nos dava a oportunidade de esticar o conceito de autonomia, de fazer acontecer – como o teorizávamos – a possibilidade de criarmos redes e encontrarmos pontos de apoio na coletividade para nos tornarmos independentes. Ao mesmo tempo, era a possibilidade de administrarmos uma autonomia sob o risco constante de sermos capturados pela tutela daqueles que nos ajudariam, daqueles que seriam nosso ponto de apoio.

Tínhamos o desafio de superar os obstáculos por meio de ajuda e suporte dos demais, mas sem nos deixarmos ser tutelados. Fazer da ajuda e dos pontos de apoio fontes de empoderamento, a fim de que caminhassem mais próximos de nosso desejo e vontade – negociados no desejo do mundo (daquilo que é possível, como diz Mosé) e no desejo do coletivo (daquilo que é negociável).

Viajamos como pesquisadores e em virtude da pesquisa que se desenvolveu no Brasil com a GAM. Embarcamos com um cronograma de trabalho preestabelecido, com margens para modificações e imprevistos. A sistematização da produção de dados para aqueles dias foi através da escrita, da fotografia e de vídeos. As escritas com destinação ao público foram disponibilizadas no blog *Uma saída de Quebec para o mundo dos*

loucos (<http://diariodebordodeunsloucos.blogspot.com.br>). As fotos²⁵ assumiram um lugar entre o que é da intimidade e o que se quer público.



As produções realizadas em Montreal e/ou em função da viagem entram nesta dissertação, uma vez que consideramos pertinente propor que o trabalho não seja unicamente pelo viés da escrita nem unicamente pelas mãos da mestranda. Retomo essa postura metodológica porque, na vivência em laboratório, no processo de pesquisa *in vita* (e não *in vitro*), arca-se com a imprecisão não só do lugar do pesquisador mas das fronteiras entre vida e laboratório, intimidade e público. Tentamos trazer à tona esse lugar híbrido pelas produções do devir-pesquisa e do devir-fora-texto – devir-pesquisa que, ao mesmo tempo em que se pauta pela necessidade de registro (em narrativa, em foto e em vídeo), dá-se num plano de imanência a partir do qual a pesquisa faz seu ‘percurso próprio’, nem sempre registrado; devir-fora-texto que compõe a pesquisa e é marcado pelo ‘percurso da vida’, pela não autoria, pelo acontecimento.

Uma das combinações feitas no aeroporto de Guarulhos, antes de decolarmos para o país de destino, foi a divisão de tarefas para a construção do blog e dos vídeos. Devido ao número expressivo de câmeras amadoras – num *swing* dos sangues de pesquisador e turista –, combinamos que cada um fotografaria de acordo com sua vontade, disponibilizando, depois, as imagens que preferisse. O que no grupo restrito de pesquisadores do campo Sul achamos que seria um problema ético complexo, na viagem foi resolvido de forma simples. Ninguém se opôs ou se mostrou desconfortável

²⁵ Para esta dissertação, todas as fotos divulgadas foram escolhidas coletivamente.

por compartilhar as fotografias. Ao final, após longas conversas, decidiu-se usar parte do dinheiro destinado aos custos da viagem na compra de dois HDs externos e um pen drive. Nesses dispositivos magnéticos de memória foram salvas todas as fotos e vídeos. Não houve recusas, apenas solicitações de que fotos e vídeos fossem copiados, mas não apagados. Os dispositivos foram divididos entre os três campos: um para o Rio Grande do Sul, outro para o Rio de Janeiro e um terceiro para Campinas/SP.

Foi importante esse processo, por reconhecer tais pessoas como pesquisadores de fato. Para que elas se apropriassem desses registros e para que os tivessem em seu poder. Para que não precisassem ficar na dependência das estudantes ou das universidades para terem acesso a dados produzidos por elas mesmas. As barreiras para o acesso à informação, a meios de comunicação (internet, telefone) e à instrumentalização foram uma queixa constante. Nossos encontros por *Skype*, por exemplo, foram todos mediados por discentes, devido à dificuldade de acesso e à dificuldade financeira (não possuir instrumentos próprios), mas também devido à indisponibilidade para acesso público a esses recursos. Tais instrumentos serviriam, sem dúvida, ao empoderamento. Aí poderíamos questionar, com base no principialismo, se a incapacidade é das pessoas ou se é a distribuição desigual de riquezas que compromete muito das nossas capacidades.

Contávamos com muitas câmeras fotográficas de uso doméstico, praticamente uma por viajante. Uma dessas máquinas era patrimônio da UFRGS, e combinamos que ela seria de uso compartilhado. No entanto, não foi requisitada e acabou sendo mais usada por mim. Tínhamos duas câmeras de vídeo, de patrimônio UFRGS e Unicamp, que também eram de uso coletivo; havia um pesquisador-usuário-viajante responsável por cada uma delas. Em meio a essas combinações e mergulhado na ambiguidade da situação, um dos responsáveis solicitou que eu pudesse substituí-lo em alguns momentos, pois ele não poderia gravar a si mesmo. Havia ali um devir-pesquisador que se colocava atrás das câmeras para que o outro falasse, mas havia também a insistência de se fazer ouvir. Ambiguidades que experimentamos, a respeito das quais, porém, pouco conseguimos refletir naquela ocasião.



Na primeira manhã em Quebec, um viajante e eu testávamos as câmeras de vídeo gravando aleatoriamente e recolhendo depoimentos descompromissados sobre as impressões iniciais no país de destino. Inesperadamente, nossas câmeras se encontraram. Demoramos alguns segundos para perceber que estávamos um filmando a filmagem do outro, que por sua vez era a filmagem da filmagem. Rimos do redemoinho em que nos colocamos e, rápida e espontaneamente, decidimos fazer um vídeo de apresentação do local onde ficaríamos durante os quinze dias seguintes. Ele fez essa apresentação enquanto eu fazia o seu registro.

O vídeo, que tinha o objetivo apenas de possibilitar nossa familiarização com os equipamentos e com a situação de filmar e ser filmado, é um dos poucos espontâneos e que exprime de modo direto os afetos que chegavam até nós. Com fala mansa, sem pauta, o viajante mostrou os elementos do nosso abrigo temporário como refúgio e fonte de curiosidade. Quis mostrar aos que ficaram no Brasil onde ele estava e como aquilo o expandia. Ao se deparar com um elemento de decoração, disse que não o entedia. Falei rapidamente que era uma arma de fogo presa numa gaiola de pássaro, com um pássaro pousado fora dela. O viajante vibrou e correu para avisar aos demais que havia um elemento decorativo na casa com um recado para eles. Eles eram os pássaros, a gaiola era a *doença*, a arma era a medicação, o tratamento.

Nossos viajantes empenhavam-se nas discussões e relatavam detalhadamente os modos como vinham conduzindo suas relações com a medicação. Um deles saiu do Brasil com a promessa de aprender a viver sem os medicamentos. Perguntou aos quebequenses, sempre que pôde, se ele deveria abrir mão dos medicamentos. Encenava, em meio a risos, a sua psiquiatra lhe puxando a orelha como castigo por essas perguntas. Enfatizava, ao final, que não se sentia seguro para tal atitude.

Os vídeos produzidos são, em grande parte, das rodas de discussões, das reuniões, dos lugares que conhecemos. Filmamos muitas falas estrangeiras, que, na maioria das vezes, eram seguidas das vozes que levamos. O *viajante dos vídeos* experimentou deixar a câmera ligada dentro do nosso *loft*-abrigo durante os cafés de várias manhãs. A câmera naturalizava-se entre nós. Disseram que estávamos num *reality show*, divertiram-se com essa ideia. A câmera registrou um momento complicado e desagradável, que preferiram excluir. A decisão da exclusão vem até nós como lembrete de que a coletividade não é um lugar alheio a conflitos, mas pode ser potente para sua resolução. Há no coletivo tensões e disputas de forças que nos fazem mais libertos, mas há também modos que nos fazem doer. O lembrete era quanto a não pegarmos uma ideia tão apaixonadamente que nos esquecêssemos de ir contra armadilhas nas quais já não queremos cair.



A imersão mantinha em sua atmosfera uma dimensão de formação, de pesquisa, de discussão orientada. Refiro-me aqui ao cronograma do evento, às rodas de discussão e aos interesses que nos moviam a cada encontro. Toda a temática girava em torno da saúde mental, dos direitos dos usuários, das estratégias de empoderamento, da criação de serviços de saúde com qualidade. O cronograma se fazia dentro da vida que seguia e que estava deslocada de seu cotidiano.

Durante o dia, orgulháamo-nos ao ouvir as experiências dos pesquisadores-usuários que negociavam em seus serviços e com seus médicos a modificação, redução ou eliminação do uso de psicofármacos, em nome de um modo de vida que mais lhes conviesse. À noite, nos intervalos, nos finais de semana, circulava pela casa o zum-zum acerca daqueles que não estariam muito bem; a névoa de medo de ameaças de crises psicóticas, depressivas, estressantes. Fervilhava o mal-estar daqueles que se isolavam e não queriam contato, daqueles que desconfiavam das pessoas ao seu redor. Havia choro ao telefone durante as conversas com familiares e temor de adoecer longe deles. Nenhum de nós estava imune a esses sofrimentos, alguns mais suscetíveis que outros – e isso em nada faz referência ao uso ou não de psicofármacos. Narro abaixo três cenas nas quais foi preciso estabelecer acordos diante de nossas crises.

CENA I – A CRISE E O SABER DE ESPECIALISTA

Um de nós sente-se mal e opta por passar o dia em casa, longe da Universidade de Montreal. Sua decisão é respeitada. Tentamos telefonar para casa durante o dia para saber como estava, mas não conseguimos utilizar os telefones disponíveis. À noite, quando retornamos, a pessoa não se sentia bem e solicitou uma conversa comigo. Conversamos mais de hora. Havia ali uma queixa com relação às psicoterapias que desenvolvia no Brasil, e tal pessoa me demandava expressamente como sua psicóloga. Combinamos que tentaríamos ligar para a terapeuta de referência no Brasil no dia seguinte e que pensaríamos em outras opções de atendimento, já que as existentes não estavam agradando.



CENA II – A CRISE E O SABER DA EMPATIA

Em Quebec, contávamos com a ajuda de uma doutoranda brasileira residente em Montreal e também de outra estudante doutoranda brasileira que falava muito bem inglês e francês. Nos primeiros dias, ambas se esforçaram para que aprendêssemos a usar o metrô e a fazer o caminho de casa até a estação, enquanto nos buscavam e nos acompanhavam nesse trajeto.

Chegou o dia de realizarmos, sozinhos, a travessia. Era uma manhã gelada, a neve estava a uns trinta centímetros do chão; chovia. Aglomerávamo-nos na porta para sair, não tínhamos guarda-chuvas, mas iríamos mesmo assim. Agasalhamo-nos da forma que deu, trocando conselhos sobre o que vestir. Uns vinte minutos de sobe e desce de escadas para buscar toucas, luvas,

cachecóis, documentos, dinheiro, o cartão do metrô que havíamos esquecido ou aquilo que carregávamos sem necessidade. A cada descida, nova contagem dos companheiros e nova conferência de chaves, dinheiro, documento, cartão. Faltava alguém. Subi.

Um dos nossos companheiros estava com medo de sair na chuva e no frio. Tinha histórico de pneumonia e não queria se expor naquelas condições. Telefonamos para a doutoranda residente em Montreal, e ela explicou que era assim mesmo, que os casacos nos protegeriam da chuva, que ninguém usava guarda-chuva lá, que veríamos como tudo daria certo. A explicação não parecia suficiente. Ainda havia dúvidas entre ir ou não. Antes disso, uma discussão na casa deixara os ânimos alterados, e eu me perguntava se a exposição se referia ao clima ou ao humor delicado de todos nós.

Desci para avisar aos demais que tínhamos que esperar pela decisão dessa pessoa. Avistei alguns pesquisadores-usuários indo em direção ao metrô, cansaram de esperar. Foram chamados de volta. Alguns perguntavam por que não pegávamos um táxi, outros insistiam para que saíssemos logo. Precisávamos tomar alguma decisão. Um dos pesquisadores-usuários disse que eu deveria decidir o que faríamos e dar as coordenadas. Senti-me agredida. Uma resposta áspera acompanhada de uma vontade de choro dizia que eu não podia resolver aquilo. Outro pesquisador-usuário pediu para não me pressionarem, que eu ficaria ansiosa e não aguentaria. Eu estava diante de uma crise, e de alguma forma aquele pesquisador-usuário sabia como manejá-la.

A pessoa decidiu que não iria. Que ficaria em casa fazendo seus relatos e prevenindo algum adoecimento.



CENA III – A CRISE E O SABER DA EXPERIÊNCIA COMPARTILHADA

No loft em que ficamos havia três quartos. Em dois deles, dormiam os pesquisadores-usuários homens. No terceiro, as pesquisadoras-usuárias mulheres. Foi uma decisão rápida, tomada logo que chegamos, e que pareceu adequada para todos. Eu ficaria com as mulheres, mas me lembrei, na ocasião, de ter o sono leve; pedi para levar um colchão para a sala, onde dormiria sozinha e, possivelmente, longe de ruídos. Todos concordaram.

Um dos pesquisadores-usuários disse estar se sentindo muito desconfiado. Temia ter uma crise psicótica. Conversou com a pessoa do grupo em que mais confiava e fizeram um acordo: se ele se sentisse mal naquela noite, procuraria por mim. Fui avisada e pega de surpresa. Por que ele queria conversar comigo? Desconfiei de que tal decisão passava longe da minha

formação. Lembrei que, durante a tarde, enquanto almoçávamos num shopping, ele me disse que via em mim muito de si. Não era o suficiente para eu saber as razões de ele ter me eleito; de qualquer forma, estava de sobreaviso.

De manhã fui acordada com o cheiro de café (havia sempre um pesquisador-usuário bem-disposto que acordava cedo para passá-lo). Logo chegou o pesquisador-usuário que estava desconfiado. Ele me disse que Sofia me mandara um beijo. Não entendi. Ele explicou que, durante a noite, veio conversar comigo (conforme o combinado), mas eu estava dormindo e, com dó, desistiu de me acordar. Optou então por conversar com sua alucinação, a Sofia (“uma gata que, se não fosse uma gata, seria uma gata” – modo como a apresenta). Ao retornar para a cama, percebeu que seu companheiro de quarto estava bastante angustiado, tinha medo de ter uma crise depressiva. Juntamente com Sofia, eles fizeram alguns exercícios de ioga e de respiração.

As dimensões da pesquisa e do mundo da vida estavam imbricadas e mais escancaradas do que nunca. Na imersão não há distanciamentos, não há fora, não há íntimo, mas há cumplicidade.

Empoleirávamo-nos nas escalas de banho, computador, fazer o jantar, fazer a limpeza. Nas brechas encontradas, uns de nós marcavam seus encontros. Eu marcava com um pesquisador-usuário a gravação de um vídeo-relato para depois do banho. Ele tomaria o seu no banheiro dos homens, eu no das mulheres. O quarto e o banheiro das mulheres eram anexos ao apartamento, garantindo alguma privacidade. Aquele banheiro, no entanto, não tinha luz, por isso era necessário usá-lo com a porta entreaberta, aproveitando as réstias de luz vindas do quarto.

O protagonista do vídeo-relato, ansioso, invadiu o quarto e abriu a porta do banheiro para me avisar que estava com muito sono e não queria mais gravar o vídeo. Ao ver que um usuário homem abrira a porta enquanto eu estava no banho, uma das pesquisadoras-usuárias interveio e pediu para que ele saísse. Ele se desculpou. Nós três, separados por uma cortina de plástico – que até hoje acredito ter me feito invisível –, tentávamos resolver a situação conflituosa com brevidade e agradando todos.

O vídeo-relato não chegou a ser produzido.

Dou visibilidade a essas cenas fora-texto por elas tensionarem os limites da pesquisa e do cotidiano, as fronteiras entre uma autonomia possível de ser teorizada e uma autonomia exercida. Em nosso *loft*, fazíamos jantares para os novos amigos e lanches da tarde para pensarmos os rumos possíveis à pesquisa. Em um desses encontros, trabalhamos arduamente durante toda a tarde. Ao final do dia, precisávamos fazer uma síntese das discussões, e nos organizamos para fazê-la entre um banho e outro. As discussões pareciam não ter fim, muitas coisas da rotina do *loft* a serem resolvidas, planejadas. Uma pesquisadora estrangeira e alheia à nossa pesquisa assistiu à cena e disse, empolgada: “Tudo vira dado de pesquisa”. Tudo vira dado de pesquisa? Estávamos falando do cansaço que se abatia sobre nossos corpos, do mau humor que naquela altura nos inundava, do esgotamento de um dia de trabalho... Teríamos espaço para algum respiro que não fosse capturado pelo mundo científico?

Após dez dias em terras estrangeiras, da América do Sul recebemos uma notícia triste. “A morte é como o umbigo”, diria Mia Couto (2003, p. 15): “o quanto nela existe é a sua cicatriz, a lembrança de uma anterior existência”. Os pesquisadores-viajantes-usuários haviam perdido um companheiro. Não cheguei a conhecê-lo. A vida se fazia e, sem tréguas, mostrava-nos sua finitude. Frágil para ser eterna, vasta para ser codificada, mensurada. O clima na casa estava um pouco difícil, por uma discussão ocorrida no dia anterior. “A cicatriz tão longe de uma ferida tão dentro: a ausente permanência de que morreu” (COUTO, 2003, p. 15). Compadecidos, tudo o que conseguimos produzir ou coisa que o valha naquela tarde cinza foi um e-mail de poucas linhas:

A [nome removido] leu, esta manhã, a triste notícia para nós. Todos ficaram muito sentidos. Havia se lembrado dele durante a viagem, escolheram e escreveram coletivamente um cartão para ele ontem.

Hoje, após a notícia, pensaram em entregar aos familiares [nomes removidos].

Mais tarde ligarão para os profissionais do serviço que frequentavam juntos [nomes removidos].

Bjs

O companheiro esteve presente entre nós em diversos momentos. A notícia triste abalava todos, mas não era ela que trazia o nome do amigo para perto. Era a saudade, a admiração. Para o grande ato, a apresentação de encerramento do evento, preparamos falas, slides e vídeos, com o cuidado de trazer a imagem, o sorriso e a disposição daquele que deixava a vida.



Nosso laboratório, parafraseando Galeano (2007, p. 06), aproxima-se da experiência de Alice, que, depois de conhecer o País das Maravilhas, entra em um espelho para visitar o mundo do avesso. Um mundo que estava à vista de todos. Um mundo com o umbigo nas costas e os pés na cabeça. Um laboratório que desafia muito mais do que protege, que contamina mais do que imuniza, que abre mais do que restringe. Nosso laboratório não era um ambiente fechado e protegido como o das ciências positivistas; longe disso, era um local novo, desconhecido, com línguas que não falávamos.

A viagem foi tida como produtora de saúde, conforme mostra a narrativa coletiva. No entanto, houve, também, tantos outros efeitos. Quando retornamos ao Brasil, precisamos lidar com a frustração por causa de uma mala extraviada. Nela, havia presentes para os familiares, lembranças dos quebequenses, anotações, roupas. Mais uma vez precisávamos articular uma rede para que a recuperação da mala fosse possível. O viajante não usava celular e na ocasião não recordava o número de nenhum parente para quem o aeroporto pudesse ligar caso encontrasse a bagagem. Deixamos o meu número; mas, se eles me ligassem, para quem eu avisaria? De São Paulo partimos para cantos diferentes: Campinas, Rio de Janeiro, Porto Alegre, São Leopoldo e Novo Hamburgo. De Porto Alegre, pude contatar a pessoa responsável pelo apoio técnico da pesquisa na Unicamp, que por sua vez conseguiu entrar em contato com o aeroporto e com o viajante. Bagagem encontrada.

O baque do retorno assolou alguns dos viajantes, instalou insegurança e aflorou fragilidades. Vimos internações psiquiátricas acontecerem, pneumonias se agravarem, corpos se debilitarem. Também vimos a gana de cada um para resistir às adversidades, dentro de maneiras possíveis. Houve quem precisou recusar um intenso desejo de voltar às terras canadenses em 2014; quem reafirmou o desejo de mais uma viagem; quem precisou se afastar do Comitê Cidadão e da pesquisa GAM; quem encontrou na prática da pesquisa um lugar de força.

A viagem serviu como laboratório de imersão, como experiência radical do conceito de autonomia, como ato que até então se apresentava em exercício (conforme exposto na parte III). A proposta da escrita coletiva foi uma tentativa de marcar a participação dos pesquisadores-usuários-viajantes não só na produção de dados mas também na sua sistematização. Esse caminho foi possível pelos sapatos calçados para o caminhar, isto é, a metodologia que compõe a GAM como pesquisa. Nascida da GAM, esta dissertação aposta na produção científica realizada *com* os usuários que vivem em

sua carne e em seu cotidiano a experiência do sofrimento mental e do uso de psicofármacos.

Pesquisar *Com* os usuários de saúde mental – e não *sobre* ou *para* os usuários de saúde mental – é partir da desconfiança da neutralidade na produção científica, entendendo que o pesquisador tem influência sobre os resultados atingidos. Assim, pesquisar *com aquele para quem* a pesquisa seria destinada não a torna mais ou menos verdadeira, mas mais próxima dos interesses dos que são atingidos diretamente pelos conhecimentos produzidos (usuários, familiares e trabalhadores).

Essa discussão já se encontra na parte I (metodologia) e nas considerações da parte III. Se a retomamos aqui, *na viagem*, é porque na sequência desse acontecimento nos encontramos para produzir uma escrita compartilhada, nascida do desejo e do efeito de fazer conhecimento em *conjunto*. No entanto, no fio da navalha entre o empoderamento e a captura, são muitas as ameaças que nos cercam. Em janeiro de 2015, em fase de finalização da escrita, recebo como resposta ao envio de uma versão atualizada da narrativa o seguinte e-mail:

Querida Marciana

Olá! Como vai? Foi maravilhoso para mim reler sua narrativa [grifo nosso] é voltar ao passado com muitas saudades de tudo que vivi no Canadá. Realmente foi uma viagem inesquecível, diante de tudo que vivemos durante os quinze dias. Pode colocar o meu nome na narrativa. A sua ideia [grifo nosso] de colocar o vídeo no blog também é muito legal. Acho também que poderia colocar mais algumas fotos do comitê cidadão junto com vocês e o pessoal do Canadá, não muitas é claro. Eu gostaria de incluir no relato da narrativa o seguinte (...). Sua narrativa [grifo nosso] está ótima. Eu te desejo sucessos no seu mestrado.

A aposta na escrita compartilhada, que tem como foco desestabilizar as forças no processo de pesquisa, parece, pelo que consta no e-mail, não ter tido muito sucesso. Por que não há apropriação da escrita pelos seus autores? Ainda que se jogue o jogo “eu gostaria de incluir”, aponta-se à dona do campinho “sua narrativa”. Estaria a dona do campinho vigilante como um árbitro? Não tenho resposta em relação ao que se passou para que a narrativa, mesmo em janeiro, após meses de trabalho, fosse considerada

minha. Mas certamente essa *acusação* não pode passar despercebida, sob o risco de que a presença requisitada dos pesquisadores-usuários seja vista como meramente formal, e não como um direito de falar por si naquilo que os implica.

Em laboratório, parece que nos saímos mais corajosos. Não se apropriar do que se narra entra em choque com a experiência tomada como própria e que possibilitou a escrita.

Era um sábado gelado. Certamente a manhã mais fria que vivenciamos em Montreal. Saímos de ônibus para fazer um tour histórico da saúde mental em Montreal. Desembarcávamos a cada lugar para ‘chegar mais perto’ do que víamos. Os embarques e desembarques eram motivados por uma trabalhadora de saúde mental quebequense que vestia uma (!) camiseta de manga curta (!!!). Lembro-me de estarmos com muito frio. Havia entre nós pesquisadores-viajantes com dois casacos e ainda assim batendo o queixo. Nos desembarques, o vento atingia o rosto como lâminas que fatiam a pele sem dó. Os habitantes da cidade indignavam-se de como o sal (para derreter a neve) chegava antes nos bairros mais abastados. A pesquisadora-doutoranda residente em Montreal que nos acompanhava explicava que havíamos chegado a um nível de frio que não mais permitiria nevar. Para a neve acontecer, seria preciso que o clima esquentasse. Esse era o cenário onde batíamos os dentes enquanto a trabalhadora-guia explicava sobre o Allan Memorial Institute.

Eu mal conseguia me concentrar nas descrições dos locais visitados. Um de nós ergueu o dedo, pedindo a palavra. Com a palavra concedida, dirigiu-se à pessoa que fazia a tradução e disse: “Nós já vimos a casa, será que ela pode continuar falando de dentro do ônibus?! Não aguento mais de frio. Tá muito frio aqui. A gente já viu. Já viu. Vamos entrar”. Os viajantes brasileiros riram em coro. Imagino que, como eu, de alegria e gratidão.

O dia andava difícil. Estava tão frio e estávamos tão cansados. O céu permaneceu cinza até anoitecer, às 16h. Alguém me disse que não sentia falta do calor, porque, com a calefação, não passávamos frio, mas que estava cheia de saudades da luz do sol. Eu também estava.

Após o tour pelos locais históricos para a saúde mental de Montreal, fomos almoçar num shopping. Sempre demorávamos muito para comer, porque precisávamos de ajuda para fazer o pedido e efetuar o pagamento. Também tínhamos certa dificuldade em nos manter em fila, porque, conforme íamos decidindo, íamos pedindo. Eu achava isso bem fluido. Mas os olhares de reprovação dos anfitriões nos indicavam o contrário. Os atendentes ficavam confusos com a nossa maneira de organização, os outros clientes também.

Com o passar dos dias, começamos a nos arriscar. Mostrávamos o que queríamos no mostruário ou indicávamos, com o dedo, o número correspondente no cardápio. Fomos nos virando como deu, nem sempre com sucesso. Nesse almoço, um de nós recebeu um prato tão apimentado que foi incapaz de comer. Precisou deixá-lo e fazer novo pedido. Lembro-me de outro que sempre escolhia refrigerante, porque pedir um suco natural era difícil. Eu pedi um chocolat chaud (chocolate quente) e recebi um achocolatado gelado com baunilha (lait avec chocolat et vanille)

Em meio às frustrações, parte do grupo quis ir para casa. Mas nem todos haviam almoçado. A impaciência e o cansaço eram grandes. O grupo mais rápido decidiu que poderia ir sozinho. E foi. Despedimo-nos cheios de recomendações e com algum aperto no peito. Eu fiquei com o grupo dos que ainda estavam almoçando. Nossa guia-pesquisadora-residente de Montreal sentiu-se dispensada e partiu. Decidimos que aproveitaríamos o fato de estarmos ali para fazer as compras no supermercado. Com as compras em mãos, não conseguimos sair do shopping pela porta por onde havíamos entrado. A única que

conhecíamos, diga-se. O estabelecimento fechava suas portas cedo, antes das 16h, e agora era preciso sair por outro lugar. Entendemos isso com meia dúzia de palavras em francês que tínhamos na ponta da língua e com a paciência de um segurança que não sorria. Chegamos à estação de metrô, e um dos cartões não passava na roleta. Infelizmente só descobrimos isso depois que um dos pesquisadores-viajantes ficou do outro lado. O que faríamos? Tentei dizer, com medo de nos complicarmos ainda mais: “Só não pule a roleta”. Antes que pudesse terminar a frase, a roleta já havia sido superada. Dirigimo-nos ao metrô e, quando saímos, tudo que eu conseguia dizer era: “Que bom que você pulou! Eu jamais pensaria nessa estratégia”.



É curioso pensar que nos aventuramos e *assumimos* como nossa, e não dos *outros*, a criação do dia a dia. E o fizemos justo no lugar menos familiar; em casa parece difícil nos apropriarmos do que é *nosso*. Talvez porque em casa os lugares hegemônicos

(do pesquisador acadêmico, do profissional) já sejam velhos conhecidos, já sejam tão familiares. Não os problematizamos o suficiente? Será que de alguma forma acobertamos nossos privilégios nas relações de poder e, com isso, limitamos a desestabilização das forças?

Em 2014, já em solo brasileiro, encontramos-nos no *Recovery e Reabilitação Psicossocial: aproximação teórico-metodológica entre as tradições anglo-saxã e brasileira*, realizado em maio, em Campinas. Na ocasião, os pesquisadores-viajantes preocupavam-se com os usos do material produzido (fotos, vídeos, blogs, relatórios). Um dos pesquisadores-usuários lançou a pergunta para a coordenadora-docente da pesquisa no Brasil. Ela, por sua vez, devolveu a pergunta. Os pesquisadores-viajantes prontamente trouxeram a resposta: disseram que mostrarão as imagens tanto nas universidades, para estudantes e professores, quanto nos serviços, para profissionais e outros usuários. Ressaltaram, contudo, que a propriedade do material era da pesquisa e que, para sua publicação, seriam necessárias novas combinações. Parte desse material já está disponível ao público no blog e no curta-metragem, conforme apresentaremos até o final desta seção.

Naquela oportunidade, conversamos sobre produzir uma narrativa compartilhada da viagem e sobre pensar esse material como parte da dissertação. O objetivo era garantir a participação de todos os envolvidos na viagem no produto final de um mestrado: o seu trabalho escrito. Entendemos que a pesquisa (e a estratégia GAM sobremaneira) é feita de forma coletiva e que toda participação é importante em todos os momentos. Assim, seria inconcebível produzir um texto sem as intervenções preciosas de cada pesquisador-viajante. A proposta, que foi submetida ao Comitê de Ética e na qual todos comparecem como sujeitos de pesquisa-pesquisadores-viajantes-narradores, assentava-se na convicção de narrar um passado recente. No entanto, quando nos encontrávamos por *Skype*, reforçava-se a necessidade de falar de presente, de futuro. A narrativa que produzimos coletivamente entre agosto de 2014 e janeiro de 2015 abre esta dissertação.

Quando começamos a nos encontrar para construir a narrativa coletiva, os pesquisadores-usuários de Campinas/SP estavam empenhados na produção de um curta-metragem. Tal curta foi enviado ao Festival SEDA, organizado pelo Fora do Eixo²⁶. Os

²⁶ Conforme consta no site oficial do Fora do Eixo (2015), a Semana do Audiovisual (SEDA) é um dos projetos que compõem a grade de ações do Fora do Eixo, uma rede sociocultural presente em mais de 200 cidades brasileiras. Essa rede desenvolve ações culturais pautadas nos princípios da economia solidária,

trabalhos para produzir o curta-metragem e a narrativa tinham funções e exigências bastante parecidas. Tratava-se de contar a viagem que havíamos feito, resgatando a experiência no estrangeiro e transformando-a em instrumento de luta pela saúde mental em nosso país. Assim, as duas produções caminharam lado a lado. O processo de produção do audiovisual intitulado *A viagem continua* é contado na narrativa coletiva. Juntou-se a essa narrativa um viajante inesperado, que não fora conosco para Montreal, mas que teve uma implicação fundamental na construção d'*A viagem continua* no Brasil. Ele foi chamado de viajante-produtor audiovisual. *A viagem continua* está disponível on-line em <https://www.youtube.com/watch?v=30k4Ee52PLk>. Abaixo, o cartaz de divulgação da estreia:

SEDA LOUCA
APRESENTA O LANÇAMENTO DO FILME:
A VIAGEM CONTINUA...

SINOPSE: O FILME "A VIAGEM CONTINUA..." É UM RECORTE AUDIOVISUAL DO PROCESSO DE INTERCÂMBIO CULTURAL ENTRE USUÁRIOS DA SAÚDE MENTAL DO BRASIL E CANADÁ. EM NOVEMBRO DE 2013, UM GRUPO DE USUÁRIOS E PESQUISADORES DA SAÚDE MENTAL DO BRASIL SÃO RECEBIDOS EM QUEBEC. EM MAIO DE 2014 É A VEZ DOS CANADENSES DESEMBARCAREM NO BRASIL, DANDO CONTINUIDADE AO INTERCÂMBIO CULTURAL.

UM FILME DA AFLORE E MARCELO SANTA ROSA

+ DEBATE COM
REALIZADORES DO FILME

17 DE SETEMBRO
14H00 QUARTA-FEIRA

TRANSMISSÃO AO VIVO PELOS LINKS:
WWW.SOCIALIZANDOSABERES.NET.BR E WWW.US.TWITERSTING.TV/MLIVREVAIARQ
MAIS INFORMAÇÕES NO SITE: WWW.MOINHOCOLETIVO.WORDPRESS.COM

LOCAL: CENTRO DE CONVIVÊNCIA TEAR DAS ARTES
AV. BENEDITO ROBERTO BARBOSA, 11 - PARQUE UNIVERSITÁRIO VIRACOPOS

Logos de parceiros: SEDA, AFLORE, STZIS, entre outros.

atuando no campo da cultura independente e livre. A SEDA contempla diversas cidades, em todas as regiões do Brasil e América Latina. Tem como principais metas o fomento à produção artística, a circulação de profissionais, obras e tecnologias, e a formação de novos agentes culturais, buscando a articulação entre os setores do audiovisual.

PARTE V

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Encerramos esta escrita com uma retomada de nosso percurso, de forma a dar alguma atenção para seu título, *Autonomias errantes: entre modos de ser autoimpostos e possibilidades de invenção de si*. Após os cerimoniais necessários para uma pesquisa, aos quais dedicamos a primeira parte da dissertação (Parte I), abordamos os processos de subjetivação e a conceituação de autonomia (Parte II). Em seguida, colocamos em análise o exercício da autonomia, com base numa experiência de pesquisa participativa interessada no tema (Parte III), e, finalmente, através do dispositivo-viagem, consideramo-la em ato, como experimentação (Parte IV).

A segunda parte da dissertação se inicia com a abordagem dos modos de subjetivação a partir de Foucault, uma vez que consideramos essa discussão imprescindível para falar de autonomia. O entendimento sobre os modos de ser sujeito, sobre sujeição, sobre assujeitamento e sobre subjetividade é o que nos permite questionar as possibilidades de autonomia em um contexto específico, a saúde mental. A pergunta que se faz aqui é a seguinte: como criamos e segmentamos sujeitos ditos loucos de sujeitos ditos são (de acordo com a norma)? A tendência, nessas bipartições, é separar tudo o que as cerca. No entanto, quando retornamos à história do uso conceitual de autonomia, não mais perguntando *quem é* autônomo, mas *quando há* autonomia, percebemos que seu exercício é espinhoso também para a norma (aquela que serve como referência para os desviantes), o que nos obriga a procurar autonomias possíveis para quem quer que seja. Nessa seção, concluímos que as verdades sobre os sujeitos são produzidas em jogos de verdade, sejam filosóficos, científicos, religiosos, entre outros, e estabelecem, portanto, um determinado ser-sujeito-assujeitado.

Percorremos brevemente a história da filosofia, com a intenção de trazer ao debate notícias sobre os modos de se exercer e se conceituar a autonomia. Vimos que, na Antiguidade, o conceito de autonomia tem função social e de organização da cidade. Já em Kant, embora seja aplicado ao sujeito, o termo se refere a um sujeito universal, sendo a ética e a autonomia definições a priori. Essa perspectiva é colocada em xeque por Nietzsche e pela psicanálise. Na atualidade, com o avanço das intervenções das ciências biomédicas sobre as pessoas, estabelece-se a ética aplicada principialista, que

regula de forma hegemônica a ética no campo da saúde. Tem-se, nesse caso, a autonomia como um princípio *prima facie* medido por graus de deliberação e responsabilização do agente.

Na tentativa de responder nossa questão – *quando há* autonomia, e não *o que é* autonomia ou *quem é* autônomo –, insistimos na necessidade de usar o conceito e exercê-lo no cotidiano. Saímos em busca de uma autonomia que não seja nem conceituada aprioristicamente, nem baseada na capacidade solitária de responsabilização. Uma autonomia, enfim, que não seja por fundamentos, mas por fundação, como ensina Stengers (2002). Autonomia por fundação é aquela que se funda na e a partir da experiência, não sendo anterior a ela – nessa esteira, contamos tanto com Maturana e Varela quanto com Kinoshita.

As decorrências dessa problematização são éticas e políticas. Se afirmamos uma autonomia, uma ética e uma política que são por fundação, é porque rejeitamos princípios dados de antemão, modos de ser autoimpostos. Apostamos nas possibilidades de invenção, e não mais de repetição e de enquadramento do que está posto. Aqui repousa a segunda parte de nosso título, *entre modos de ser autoimpostos e possibilidades de invenção de si*: é entre as linhas de fuga do prescrito que buscamos nos inventar, ou seja, que buscamos criar autônomoas que nos sejam possíveis e performáticas.

A GAM no Brasil, como estratégia e pesquisa, tem seu conceito de autonomia pautado em Kinoshita. Seus cinco anos de atuação em território brasileiro nos possibilitam o exercício do conceito, o que apresentamos na terceira parte da dissertação.

Reconhecemos que a GAM consegue abrir espaço para um modo de fazer pesquisa dialogado, negociado, sem neutralidade, em contratação constante entre todos os envolvidos, dissolvendo o lugar do pesquisador. Ao mesmo tempo, porém, nos esforçamos para enxergar além de suas potencialidades. A GAM desestabiliza os jeitos de fazer saúde, empodera os sujeitos sobre os quais recaem as prescrições de cuidado e questiona a autonomia daqueles que prescrevem; ainda assim, desliza pelo fio da navalha entre o empoderamento e a captura. Dessa forma, os esforços da parte III chamam a atenção para os tropeços, os deslizos, os riscos.

Ora, tais esforços nos conduzem a um percurso nômade, andarilho, errante. A errância adentra esta escrita por múltiplas vias. Trata-se de uma autonomia errante porque nos faz andar sem destino e nos convoca à invenção; não está no céu, está no

solo – para recordarmos Deleuze (1988) –, e assim nos obriga a fazer o caminho. É errante também por errar a si mesma, uma vez que nega o seu *autos*, que é grego (si próprio), para ser latina, em *co* (compartilhada, feita com o outro). É também pela errância que não conseguimos falar da autonomia do outro – do usuário, por exemplo. Sempre falamos de nós mesmos e no plural.

Na quarta parte desta dissertação, propomos um laboratório *in vita*. Por meio da pesquisa GAM, tivemos a oportunidade de realizar uma viagem de quinze dias a Montreal. A viagem nos ofereceu a possibilidade de colocarmos obstáculos à autonomia, forçando-a a resistir e se fazer em performance. Tínhamos como desafios a inexperiência em viagens internacionais, o domínio somente de nossa língua de origem, a necessidade de convivermos entre nove pessoas num apartamento de três quartos (lembrando que a pesquisadora-doutoranda ficou abrigada em outro lugar), a distância em relação a familiares e conhecidos, as restrições de acesso aos meios de comunicação (devido ao idioma). Além disso, éramos em maioria usuários de psicofármacos e estávamos longe de nossos médicos de confiança.

A viagem como laboratório nos permitiu assumirmos o destino de nossos dias, contando com o apoio e a paciência das pessoas que encontrávamos. Ao nos lançarmos em terras desconhecidas, sem domínio da língua local e com modesta verba, lançamos também ao desafio de experimentar uma autonomia possível e colocar em segundo plano os diagnósticos psiquiátricos que nos foram atribuídos.

A partir desse laboratório *in vita*, construímos um blog, disponível ao público, um curta-metragem para exibição no festival SEDA²⁷, atualmente também disponível ao público no *Youtube*, e uma narrativa coletiva, que abre esta dissertação. Foram tentativas de colocar em questão a performatividade assumida pela autonomia e o tensionar ocasionado pela ação de ‘falar por si’ como forma de empoderamento na construção de conhecimento, como ocorre na estratégia e na pesquisa GAM.

Das provocações de uma autonomia em ato, que se assume como performatividade, ficam as interrogações nascidas no caminhar, interrogações essas que não tivemos tempo ou fôlego para acompanhar. Assim, em situações inegociáveis no campo da saúde – indo além da especificidade da saúde mental –, o que se pode mediar? Por exemplo, em caso de conflito entre as diferentes vozes que habitam uma pessoa (psicose, ideação suicida, efeito de substâncias psicoativas, situações estressantes, etc.),

²⁷ Ver nota de rodapé nº 26.

a que voz cabe falar mais alto? Ou, ainda, no caso de vontades e orientações éticas que são divergentes do que está previsto em lei (uso de substâncias psicoativas ilícitas, aborto, eutanásia, suicídio assistido, etc.)? O que se media em situações inegociáveis? O que se cria das disputas instauradas entre linhas de força e poder na construção de jogos de verdade? Instauradas nos tensionamentos ocasionados pela ação de ‘falar por si’ na construção de conhecimento (sobre saúde mental coletiva e autonomia), ação essa que por vezes afronta os saberes e práticas hegemônicas – mas por vezes os corrobora? Como versar, entre capturas e autonomizações, a construção do conhecimento? Como assumir posturas éticas por fundação, que venham a partir da experiência, não antes dela, sem cair em relativismos ou descompromisso com o outro?

Entre as dúvidas e as angústias que permanecem nos assombrando – e diante do nosso desconhecimento sobre nós, sobre autonomia, sobre independência –, ficam a gana e a esperança na possibilidade de que, das rupturas do não saber, emergjam a invenção de modos de vida e a criação de outros devires.

REFERÊNCIAS

AGAMBEN, Giorgio. *Profanações*. São Paulo: Boitempo, 2007.

ALMEIDA, José Luiz Telles de. *Respeito à Autonomia do Paciente e Consentimento Livre e Esclarecido: Uma Abordagem Principlialista da Relação Médico-Paciente*. 1999. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1999.

ALMEIDA, José Luiz Telles de; SCHRAMM, Fermin Roland. Transição paradigmática, metamorfose da ética médica e emergência da bioética. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 15, p. 15-25, 1999. Suplemento.

ANDRADE, Oswald. *Serafim Ponte Grande*. São Paulo: Globo, 2007.

ARISTÓTELES. *A política*. São Paulo: Escala, 2005.

ASSOCIATION DES GROUPES D'INTERVENTION EN DEFENSE DES DROITS EN SANTE MENTALE DU QUEBEC. Disponível em: <<http://www.agidd.org/>>. Acesso em: 01 mar. 2015.

BARONI, Daiana Paula Milani; VARGAS, Rômulo Fabiano Silva; CAPONI, Sandra Noemi. Diagnóstico como nome próprio. *Psicol. Soc.*, Florianópolis, v. 22, n. 1, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822010000100009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: jan. 2014.

BARROS, Laura Pozzana; KASTRUP Virginia. Cartografar é acompanhar processos. In: PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virginia; ESCÓSSIA, Lilian da (Orgs.). *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulinas, 2009.

BARROS, Regina Benevides; PASSOS, Eduardo. A Construção do Plano da Clínica e o Conceito de Transdisciplinaridade. *Rev. Psicologia: teoria e pesquisa*, v. 16, n.1, jan./abr. 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v16n1/4390.pdf>>.

BARROS, Regina Duarte Benevides. Dispositivos em ação: o grupo. In: SILVA, André do Eirado et al. *Subjetividade: questões contemporâneas*. Série SaúdeLoucura. São Paulo: Hucitec, 1997.

BEAUCHAMP, Tom L. The 'Four Principles' Approach. In: GILLON, Raanan (ed.). *Principles of health care ethics*. Chichester: John Wiley & Sons, 1994. p. 3-12.

BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. *Princípios de ética biomédica*. 4. ed. Trad. Luciana Pudenzi. São Paulo: Edições Loyola, 2002.

BELMONT, *Relatório* (versão em espanhol), 1979b. Disponível em: <www.fhi.org/sp/RH/Training/trainmat/ethicscurr/RETCCRPO/pr/AdditionalActivities/aa_pg6.htm>. Acesso em: dez. 2010.

BELMONT, *Report*. 1979a. Disponível em: <<http://www.hhs.gov/ohrp/policy/belmont.html>>. Acesso em: dez. 2010.

- BONDÍA, Jorge Larrosa. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. *Rev. Brasileira de Educação*, n. 19, 2002, p. 20-28. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=27501903>>. Acesso em: jan. 2014.
- BORGES, Celiane Camargo; MISHIMA, Silvana; MCNAMEE, Sheila. Da Autonomia à Responsabilidade Relacional: Explorando Novas Inteligibilidades para as Práticas de Saúde. *Rev. Interinstitucional de Psicologia*, v. 1, n. 1, p. 8-19, 2008.
- BRANCO, Guilherme Castelo. As resistências ao poder em Michel Foucault. *Rev. Trans/Form/Ação*, v. 24, n. 1, 2001.
- BRANCO, Guilherme Castelo. Estética da existência, resistência ao poder. *Rev. Exagium*, v. 1, n. 1, 2008.
- BRASIL. *Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. Diário Oficial da União: Brasília, 1990. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em: jan. 2014.
- BRASIL. *Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990*. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União: Brasília, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br>. Acesso em: jan. 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 106, de 11 de fevereiro, que cria a modalidade de residências terapêuticas, destinadas a pacientes psiquiátricos com longa permanência hospitalar*. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. Recuperado em 20 de fevereiro de 2002 em <<http://www.saude.gov.br/doc/Portarias/2000>>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002: Estabelece CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II e CAPS ad II*. Brasília: Diário Oficial da União, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde - Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, 2004.
- CAMPI, Sandra. *O valor intrínseco da vida e a autonomia: reflexões sobre a eutanásia*. 2004. Dissertação (Mestrado em Filosofia) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004. Disponível em: <<http://www.tede.ufsc.br/teses/PFIL0031.pdf>>. Acesso em: 30 nov. 2009.
- CAMPOS, Gastão Wagner. *Um método para análise e co-gestão de coletivos – a construção do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: O Método da Roda*. São Paulo: Hucitec, 2000.

CAMPOS, Rosana Teresa Onocko; PALOMBINI, Analice de Lima; SILVA, André do Eirado; PASSOS, Eduardo; LEAL, Erotildes Maria; SERPA JR, Octávio Domont de; MARQUES, Cecília de Castro e; GONÇALVES, Laura Lamas Martins; SANTOS, Deivisson Vianna Dantas dos; SURJUS, Luciana Togni de Lima e Silva; ARANTES, Ricardo Lugon; EMERICH, Bruno Ferrari; OTANARI, Thais Mikie de Carvalho; STEFANELLO, Sabrina. Adaptação multicêntrica do guia para a gestão autônoma da medicação. *Rev. Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, v. 16, n. 43, p. 967-980, out/dez. Rio de Janeiro, 2012.

CAPONI, Sandra. A saúde como abertura ao risco. In: CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado de (Coord.). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2009, p. 55-78.

CARVALHO, Alexandre Filordi de. *História e subjetividade no pensamento de Michel Foucault*. 2007. Tese (Doutorado) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Departamento de Filosofia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

CASTANHEIRA, Marcela de Araújo França; CORREIA, Adriano. Processos de sujeição e dessujeição: a constituição do sujeito em Michel Foucault. 2012. Disponível em <<http://www.sbpnet.org.br/livro/63ra/conpeex/mestrado/trabalhos-mestrado/mestrado-marcela-alves.pdf>>. Acesso em: jun. 2014.

CENCI, Angelo Vitorio. *O que é ética?* Elementos em torno de uma ética geral. Passo Fundo, 2000.

COUTO, Mia. *Antes do nascer do mundo*. São Paulo: Companhia das Letras, 2009.

COUTO, Mia. *Um rio chamado tempo, uma casa chamada terra*. São Paulo: Companhia das Letras, 2003.

DALBOSCO, Claudio Almir. Teoria social, antropologia filosófica e educação natural em Rousseau. In: DALBOSCO, Claudio Almir & FLICKINGER, Hans-Georg. *Educação e maioria: dimensões da racionalidade pedagógica*. São Paulo: Cortez; Passo Fundo: Ed. da Universidade de Passo Fundo, 2005.

DALL'AGNOL, Darlei. *Bioética: princípios morais e aplicações*. Rio de Janeiro: DP&A, 2004.

DEBENETTI, Carmen Ines; FONSECA, Tania Mara Galli. O advir da criação na clínica. *Rev. PSicO*, Porto Alegre, PUCRS, v. 40, n. 2, p. 162-167, abr./jun. 2009.

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. *Mil Platôs: Capitalismo e Esquizofrenia*. Vol. I. Trad. Ana Lúcia de Oliveira, Aurélio Guerra Neto e Célia Pinto Costa. Rio de Janeiro: Editora 34, 2000.

DELEUZE, Gilles. *Conversações*. Trad. Peter Pál Pelbart. Rio de Janeiro: Editora 34, 1992.

DELEUZE, Gilles. *Diferença e repetição*. Trad. Luiz Orlandi e Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

DELEUZE, Gilles. *Foucault*. Trad. Cláudia Sant'Anna Martins. São Paulo: Brasiliense, 2005.

DELEUZE, Gilles. *Nietzsche e a Filosofia*. Trad. Ruth Joffily Dias e Edmundo Fernandes Dias. Rio de Janeiro: Ed. Rio, 1976.

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. *O que é a filosofia?* Trad. Bento Prado Jr. e Alberto Alonso Munoz. Coleção TRANS. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1992.

DINIZ, Débora. O solitário anônimo. Produtora Imagem Livre. Disponível em: VIMEO - <<http://vimeo.com/6132056>>. Acesso em: set. 2014.

DOSTOIÉVSKI, Fiódor Mikháilovitch. Afirmações sem provas. In: *Diário de um escritor*. Rio de Janeiro: Ediouro, 1985.

EIRADO, André do; PASSOS, Eduardo. A noção de autonomia e a dimensão do virtual. *Rev. Psicologia em Estudo, Maringá*, v. 9, n. 1, p. 77-85, 2004.

EIRADO, André do; PASSOS, Eduardo. Cartografia como dissolução do ponto de vista do observador. In: PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virginia; ESCÓSSIA, Lilian da (Orgs.). *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre; Sulinas, 2009.

FERRAZ, Flávio Carvalho. A questão da autonomia e a bioética. *Rev. Bioética*, v. 9, n. 1, 2009.

FERREIRA, Moisés Olímpio. Estudo do discurso religioso sob a perspectiva da Nova Retórica. In: GARCIA, B.R.V. et al. (Org.). *Análises do Discurso: o diálogo entre as várias tendências na USP*. São Paulo: Paulistana Editora, 2009. Disponível em: <<http://www.epedusp.org>>. Acesso em: mar. 2015.

FERREIRA NETO, João Leite; KIND, Luciana. Práticas grupais como dispositivo na promoção da saúde. *Rev. Physis*, v. 20, n. 4. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312010000400004&script=sci_arttext>.

FLEURY, Sonia. Reforma do Estado, Seguridade Social e Saúde no Brasil. In: MATTA, Gustavo Corrêa; LIMA, Julio César França. (org.). *Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em vinte anos do SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008, p. 49-87.

FORA DO EIXO. *Seda*. Disponível em: <<http://foradoeixo.org.br/semana-do-audiovisual-seda/>>. Acesso em: 19 fev. 2015.

FOUCAULT, Michel. *A ética do cuidado de si como prática da liberdade*. In: Col. Ditos e escritos V: Ética, Sexualidade, Política. Trad. Elisa Monteiro e Inês Autran Dourado Barbosa. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004b.

FOUCAULT, Michel. *A hermenêutica do sujeito*. Trad. Márcio Alves Fonseca e Salma Tannus Muchail. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

FOUCAULT, Michel. *As palavras e as coisas*. Trad. Salma Tannus Muchail. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

FOUCAULT, Michel. *Foucault (1984)*. In: FOUCAULT, Michel. Ética, sexualidade, política. In: Col. Ditos e escritos V: Ética, Sexualidade, Política. Trad. Elisa Monteiro e Inês Autran Dourado Barbosa. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004a.

FOUCAULT, Michel. *História da Sexualidade: a vontade de saber*. Vol. I. Trad. Maria Thereza da Costa Albuquerque. Rio de Janeiro: Graal, 1999.

FOUCAULT, Michel. *História da Sexualidade: o uso dos prazeres*. Vol. II. Trad. Maria Thereza da Costa Albuquerque. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

FOUCAULT, Michel. *Nascimento da biopolítica*. Trad. Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

FOUCAULT, Michel. O sujeito e o poder. In: DREYFUS, Hubert; RABINOW, Paul. *Michel Foucault: uma trajetória filosófica – para além do estruturalismo e da hermenêutica*. Trad. Vera Porto Carrero. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

FURTADO, Juarez Pereira; CAMPOS, Rosana Onocko. A transposição das políticas de saúde mental no Brasil para a prática nos novos serviços. *Rev Latinoam Psicopatol Fundam*, v. 8, n. 1, p. 109-22, 2005.

GALEANO, Eduardo. *De pernas pro ar: a escola do mundo ao avesso*. Trad. Sérgio Faraco. 9a. edição. Porto Alegre: L&PM, 2007.

GAMA, Bruno Cerqueira. *Políticas do si mesmo – por uma autonomia enquanto função em tempos de biopoder*. 2010. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Centro de Educação e Ciências Humanas, Universidade Federal de Sergipe, 2010.

GAUER, Gabriel José Chittó; Borges, Gustavo. S.; Vasconcellos, Silvio. J. L.; Ávila, Gerson A. de; Ávila, Gustavo N. de; Ferreira, Vinícius R. T.; Ronchetti, Ramiro. Determinando a competência dos pacientes em tomadas de decisões quanto aos seus tratamentos. *Revista Eletrônica da SORBI*, v. 1, n. 3, 2006.

GIACOIA JUNIOR, Oswaldo. Tópico especial *Para além do ressentimento: por uma clínica da grande saúde*. Porto Alegre, 2014. Conferência.

GIACOIA JUNIOR, Oswaldo. O grande experimento: sobre a oposição entre eticidade (Sittlichkeit) e autonomia em Nietzsche. *Revista Trans/Form/Ação*, v. 12, n. 97, pp. 1-32. São Paulo, 1989.

GIACOIA JUNIOR, Oswaldo. Kant e Nietzsche e a autodeterminação como fundamento da autonomia. Entrevista. *Revista do Instituto Humanitas Unisinos*, n. 417, v. 1, 2013. Disponível em: <http://www.ihuonline.unisinos.br/index.php?option=com_content&view=article&id=4944&secao=417>. Acesso em: jul. 2013.

GIACOIA JUNIOR, Oswaldo. *Nietzsche x Kant: uma disputa permanente a respeito de liberdade, autonomia e dever*. São Paulo: Casa do saber, 2012.

GODOY, Hállyfe Rodrigues Venâncio de; GONÇALVES, Fernanda Borges; CASTRO, Ulysses Rodrigues de. Ética, autonomia e doença mental. *Revista de Medicina e Saúde de Brasília*, v. 1, n. 1, 2012.

GOLDIM, José Roberto. *Caso Karen Ann Quinlan*, 1997. Disponível em: <www.ufrgs.br/bioetica/karenaq.htm>. Acesso em: 10 mai. 2010.

GUARESCHI, Neuza Maria de Fátima; LARA, Lutiane de; AZAMBUJA, Marcos Adegas de; GONZALES, Zuleika Köhler. Por uma Lógica do Desassujeitamento: O Pensamento de Michel Foucault na Pesquisa em Ciências Humanas. *Rev. Pesquisas e Práticas Psicossociais*, v. 6, n. 2, São João del-Rei, 2011.

GUATTARI, Félix. Práticas analíticas e práticas sociais. IN: *Caosmose: um novo paradigma estético*. Trad. Ana Lucia de Oliveira e Leticia Claudia Leão. São Paulo: Editora 34, 2006. p. 183-203. Coleção TRANS.

KANT, Immanuel. *Crítica da razão pura*. Trad. Valério Rohden e Udo Baldur Moosburger. São Paulo: Nova Cultural, 2005.

KANT, Immanuel. *Fundamentação da metafísica dos costumes*. Trad. Paulo Quintela. Coimbra: Edições 70, 2011.

KASTRUP, Virginia. O Funcionamento da Atenção no Trabalho do Cartógrafo. In: PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virginia; DA ESCÓSSIA, Liliana (Orgs.). *Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina, 2009. p. 32-51.

KAUFMANN, Pierre et col. *Dicionário enciclopédico de psicanálise, o legado de Freud e Lacan*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1996.

KINOSHITA, Roberto Tykanori. *O outro da reforma: contribuições da teoria da autopoiese para a problemática da cronicidade no contexto das reformas psiquiátricas*. 2001. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 2001.

KIRSCHBAUM, Débora Isane Ratner; PAULA, Flora Karina Correa de. Contradições no discurso e na prática do trabalho de enfermagem nos serviços-dia de saúde mental. *Rev Esc Enferm USP*, n. 36, v. 2, p. 170-176, 2002.

LAZZARIN, Joel Felipe. *Os dispositivos de poder e a construção da subjetividade do excluído em Michel Foucault: Implicações jurídicas e desafios sociais*. Dissertação (Mestrado em Filosofia). PPG em Filosofia. Universidade do Vale do Rio dos Sinos. Porto Alegre, 2007.

LEAL, Erotildes Maria. *Clínica e Subjetividade: a questão da autonomia na Reforma Psiquiátrica Brasileira*. In: FIGUEIREDO, A. C. CAVALCANTI, M. T.(Org.). *A Reforma Psiquiátrica e os desafios da desinstitucionalização*. Contribuições à III Conferência Nacional de Saúde Mental – Dezembro de 2001. Rio de Janeiro: Edições CUCA – IPUB/UFRJ, 2001, v. 1, p. 69-83.

- MACHADO, Roberto. A alegria e o trágico. In: DIAS, Rosa; VANDERLEY, Sabina; BARROS, Tiago (Org.). *Leituras de Zaratustra*. 1. ed. Rio de Janeiro: Mauad X FAPERJ, 2011, v. 1, p. 239-244.
- MARQUES, Cecília de Castro. *Entre nós: sobre mudar de lugar e produzir diferenças*. 2012. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social e Institucional) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS, 2012.
- MÁRQUEZ, Gabriel Garcia. Só vim telefonar. In: MÁRQUEZ, Gabriel Garcia. *Doze contos peregrinos*. Trad. Eric Nepomuceno. Rio de Janeiro: Record, 1992.
- MATURANA, Humberto R.; VARELA, Francisco. *A árvore do conhecimento: as bases biológicas do entendimento humano*. Campinas, SP: Psy II, 2004.
- MEDEIROS, Patricia Flores de; BERNARDES, Anita Guazzelli; GUARESCHI, Neuza. O conceito de saúde e suas implicações nas práticas psicológicas. *Rev. Psic.: Teor. e Pesq.*, Brasília, v. 21, n. 3, Dez. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722005000300002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: nov. 2014.
- MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL. INSS. Disponível em: <<http://www.previdencia.gov.br>>. Acesso em: 19 dez. 2013.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Coordenação Nacional de DST e AIDS. Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas. Série B. Textos Básicos de Saúde. Ministério da Saúde: Brasília, 2003.
- MOLL, Marciana Fernandes; SAEKI, Toyoko. A vida social de pessoas com diagnóstico de esquizofrenia, usuárias de um centro de atenção psicossocial. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, v. 17, n. 6, p. 995-1000, 2009.
- MORAES, Márcia; KASTRUP, Virginia. *Exercícios de ver e não ver: arte e pesquisa COM pessoas com deficiência visual*. Rio de Janeiro: Nau, 2010.
- MOREIRA, Lilian Hortale de Oliveira; FELIPE, Ingrid Cunha Ventura; GOLDSTEIN, Elaine de Azevedo; BRITO, Alice Pissiali; COSTA, Leandra de Meira Guimarães. A inclusão social do doente mental: contribuições para a enfermagem psiquiátrica. *Rev. Inclusão Social*, v. 3, n. 1, 2008.
- MOSÉ, Viviane. Café filosófico: Especial Nietzsche, 2011. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=wszgKT2zS-c>>. Acesso em: jun. 2014.
- MUÑOZ, Daniel Romero; FORTES, Paulo Antonio Carvalho. O Princípio da Autonomia e o Consentimento Livre e Esclarecido. In: COSTA, Sergio Ibiapina Ferreira; OSELKA, Gabriel; GARRAFA, Volnei (Coord.). *Iniciação à bioética*. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998. p. 53-70.
- NARDI, Henrique; SILVA, Rosane Neves. Ética e subjetivação: as técnicas de si e os jogos de verdade contemporâneos. In: GUARESCHI, Neuza; HÜNINNG, Simone Maria (Org.). *Foucault e Psicologia*. Porto Alegre: EdiPUCRS, 2009.

NIETZSCHE, Friedrich. *A gaia ciência*. In: NIETZSCHE, Friedrich. Obras incompletas. Trad. Rubens Rodrigues Torres Filho. Coleção Os pensadores. São Paulo: Nova Cultural, 1999a. p. 171-208.

NIETZSCHE, Friedrich. *Crepúsculo dos ídolos*. In: NIETZSCHE, Friedrich. Obras incompletas. Trad. Rubens Rodrigues Torres Filho. Coleção Os pensadores. São Paulo: Nova Cultural, 1999b. p. 370-388.

NIETZSCHE, Friedrich. *Aurora*. In: NIETZSCHE, Friedrich. Obras incompletas. Trad. Rubens Rodrigues Torres Filho. Coleção Os pensadores. São Paulo: Nova Cultural, 1999c. p. 135-170.

NIETZSCHE, Friedrich. *Genealogia da moral: uma polêmica*. Trad. Paulo Cesar de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 1998.

NOTO, Carolina de Souza. *A ontologia do sujeito em Michel Foucault*. 2009. Dissertação (Mestrado em Filosofia) – Departamento de Filosofia, Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

PAIM, Jairnilson Silva. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). *Cad. Saúde Pública*. 2013, vol. 29, n. 10, pp. 1927-1936. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n10/a03v29n10.pdf>>.

PALOMBINI, Analice de Lima et al. *Implementação e descentralização da estratégia da gestão autônoma da medicação (GAM) no estado do RS: efeitos de disseminação*. Porto Alegre, 2014. Projeto de pesquisa. Edital do CNPQ, 2014.

PASSOS, Eduardo; PALOMBINI, Analice de Lima; CAMPOS, Rosana Onocko; RODRIGUES, Sandro; MELO, Jorge; MILWARD, Paula; MARQUES, Cecília de Castro e; ZANCHET, Livia; CERVO, Micheli; EMERICH, Bruno. *Autonomia e cogestão na prática em saúde mental: o dispositivo da gestão autônoma da medicação (GAM)*. *Rev. Aletheia*, n. 41, v. 1, p. 24-38, 2013.

PASSOS, Eduardo; PALOMBINI, Analice de Lima; CAMPOS, Rosane Onocko. Estratégia cogestiva na pesquisa e na clínica em saúde mental. *Rev. Estudos Contemporâneos da Subjetividade*, n. 3, v. 1, p. 4-17, 2013.

PESSINI, Léo. Introdução à edição brasileira. In: BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. *Princípios de ética biomédica*. 4. ed. Trad. Luciana Pudenzi. São Paulo: Edições Loyola, 2002.

PESSINI, Leocir; BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de. *Problemas atuais de bioética*. 6. ed. São Paulo: Loyola, 2002.

PLATÃO. *A república*. 11. ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2008.

POLI, Maria Cristina. O sujeito na ciência: questões à bioética. *Rev. Psicologia Social*, v. 18, n. 3, 2006.

RABELO, Rodrigo Cumpre. *Do ressentimento à Gaia Ciência*. A função da arte na Terceira Dissertação de “Para a genealogia da moral” de Nietzsche. Dissertação

(Mestrado em Filosofia) – Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Campinas-SP, 2007.

RAMOS, Júlia Florêncio Carvalho. *A autonomia como um problema: uma pesquisa a partir da realização do dispositivo GAM em um CAPS fluminense*. 2012. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Departamento de Psicologia, Universidade Federal Fluminense, 2012.

RATTO, Fernanda; ROSSI, André; ITABORAHY, Claudia; MEDEIROS, Edmárcio; COUTINHO, Isabela; MENEZES, Luis Felipe de; MELO, Michele Abreu de; ROCHA, Sabrina. Supervisão em grupo: autonomia e resistência do/no coletivo. In: *Anais do XV Encontro Nacional da Associação Brasileira de Psicologia Social*. Maceió: ABRAPSO, 2009.

REEGEN, Jan G. L.; CHAVES, Noêmia de Sousa. Santo Agostinho e Kant: um encontro de pensamentos na categoria da autonomia. *Rev. Agora*, v. 7, n. 1, jun., 2007. p. 43-61.

REGROUPEMENT DES RESSOURCES ALTERNATIVES DE SANTÉ MENTALE DU QUEBEC. Disponível em: <<http://www.rasmq.com/>>. Acesso em: 01 mar. 2015.

ROCHA, Daiane Martins. *Bioética e o principlalismo: um estudo a partir de Wittgenstein*. 2008. Dissertação (Mestrado em Filosofia) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

ROCHA, Marisa Lopes da. Psicologia e as práticas institucionais: A pesquisa-intervenção em movimento. *Rev. PSICO*, Porto Alegre, PUCRS, v. 37, n. 2, p. 169-174, maio/ago. 2006.

RODRIGUES, Sandro. Modulações de sentidos na experiência psicotrópica. Tese (Doutorado em Psicologia). Pós-graduação de Psicologia – Estudos da Subjetividade – do Departamento de Psicologia da Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2014.

RODRIGUEZ DEL BARRIO, Lourdes; PERRON, Nadine; OUELLETTE, Jean-Nicolas. Psicotrópicos e saúde mental: escutar ou regular o sofrimento? In: ONOCKO CAMPOS, Rosana; PEREIRA FURTADO, Juarez; PASSOS, Eduardo; BENEVIDES, Regina. *Pesquisa Avaliativa em Saúde Mental: desenho participativo e efeitos da narratividade*. São Paulo: Editora Hucitec, 2008.

SADE, Christian; FERRAZ, Gustavo; ROCHA, Jerusa Machado. O ethos da confiança na pesquisa cartográfica: experiência compartilhada e aumento da potência de agir. *Rev. Fractal: Revista de Psicologia*. Rio de Janeiro, n. 25, ago. 2013. Disponível em: <<http://www.uff.br/periodicoshumanas/index.php/Fractal/article/view/1111>>. Acesso em: fev. 2014.

SANTOS, Deivisson Vianna Dantas dos. *A Gestão Autônoma da Medicação: da prescrição à escuta*. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Pós-graduação da Faculdade de Ciências Médicas – Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2014.

SCHNEEWIND, Jerome. *A Invenção da Autonomia*. São Leopoldo: Editora Unisinos, 2005.

SCHRAMM, Fermin Roland. A autonomia difícil. *Rev. Bioética*, v. 6, n. 1, p. 27-37, 1998.

SEGRE, Marco; SILVA, Franklin Leopoldo e; SCHRAMM, Fermin R. O contexto histórico, semântico e filosófico do princípio de autonomia. *Rev. Bioética*, v. 6, n. 1, 1998.

SILVA, Felipe Gonçalves. *Liberdades em disputa: a reconstrução da autonomia privada na teoria crítica de Jürgen Habermas*. Tese (Doutorado em Filosofia). Instituto de Filosofia e Ciências Humanas – Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2010.

SILVEIRA, Marília. Gestão autônoma da medicação no Brasil: da pesquisa à gestão política. In: *XVII Colloque de L'AQRP Santé Mentale et Monde Contemporain: Vivre de nouvelles solidarités*. Montreal, 2014. Mimeografado.

SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo; SCHRAMM, Fermin Roland. A eutanásia e os paradoxos da autonomia. *Rev. Ciência & Saúde Coletiva*, v. 13, n. 1, p. 207-221, 2008.

SPINK, Peter Kevin. O pesquisador conversador no cotidiano. *Rev. Psicologia & Sociedade*; n. 20, Edição Especial, 2008, p. 70-77.

STENGERS, Isabelle. *A invenção das ciências modernas*. Trad. Max Altman. São Paulo: Ed. 34, 2002.

STREPPPEL, Fernanda Fontana. *Potência mental no ar...: exercícios de esquizo-radiofonia*. 2011. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social e Institucional) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS, 2011.

TEDESCO, Silvia Helena. *Pensando a Ética da Clínica das Drogas: Linguagem, Subjetivação e a Experiência das Drogas*. 2012. Tese (Concurso para Professor Titular de Psicologia Social e Institucional) – Departamento de Psicologia, Universidade Federal Fluminense, 2012.

TREVISAN, Diego Kosbiau. *A metafísica dos costumes: a autonomia para o ser humano*. Dissertação (Mestrado em Filosofia). Departamento de Filosofia – Universidade de São Paulo. São Paulo, 2011.

TV3. *Singulars*: Galeano. Catalunya, 2011. Disponível em:
<<http://www.youtube.com/watch?v=0GJL9kBqwdc>>. Acesso em: jan. 2014.

VALLS, Álvaro. *O que é ética*. Ed. Brasiliense, 1993.

VERNANT, Jean-Pierre. *Entre Mito e Política*. Trad. Cristina Murachco. 2. ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2002.