



Universidade de Brasília - UnB  
Instituto de Ciências Sociais - ICS  
Departamento de Antropologia - DAN

**Itinerários de pesquisa entre um grupo de capoeira e um Centro de Atenção  
Psicossocial: sobre descentralizar o lugar da loucura a partir da Reforma  
Psiquiátrica**

Ana Carolina Nunes Bezerra

Brasília  
2020

Universidade de Brasília - UnB  
Instituto de Ciências Sociais - ICS  
Departamento de Antropologia - DAN

Ana Carolina Nunes Bezerra

**Itinerários de pesquisa entre um grupo de capoeira e um Centro de Atenção  
Psicossocial: sobre descentralizar o lugar da loucura a partir da Reforma  
Psiquiátrica**

Monografia apresentada ao Departamento de Antropologia da Universidade de Brasília como um dos requisitos para obtenção do grau de bacharel em Ciências Sociais, com habilitação em Antropologia. Orientadora: Profa. Dra. Sílvia Maria Ferreira Guimarães

**Banca examinadora**

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Sílvia Maria Ferreira Guimarães  
Departamento de Antropologia – UnB

---

Prof. Dr. Carlos Alexandre Barboza Plínio dos Santos  
Departamento de Antropologia – UnB

Brasília  
2020

## **Agradecimentos**

Dedico este trabalho aos meus pais e aos meus amigos, por acompanharem a feitura desse processo de conclusão de curso e por seu irrestrito apoio.

À minha orientadora, por toda paciência e pelo cuidado com que leu e trouxe contribuições a esse trabalho, sem seu suporte isso seria impossível.

Ao grupo de capoeira do CAPS do Paranoá, por me acolherem e dividirem comigo seu espaço e conhecimento.

## RESUMO

Este trabalho reúne experiências etnográficas registradas a partir da participação em um projeto de extensão situado em um Centro de Atenção Psicossocial voltado a práticas de intervenção terapêutica. Se discute como as ações de extensão promovem a articulação de técnicas de pesquisa participativa e outros modelos de intervenção social. Discuto, ainda, os limites e desafios da produção de pesquisa em antropologia em instituições de saúde. A partir das experiências com uma oficina terapêutica de capoeira angola, busco analisar a Política de Saúde Mental vigente hoje no Brasil e trazer uma abordagem antropológica acerca do processo de formação dessa política salientando sua relação com o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil. Nessa direção, abordo os processos de desinstitucionalização da população internada em hospitais psiquiátricos em diálogo com a noção de itinações terapêuticas analisando os serviços abertos e comunitários em implementação no país.

Palavras chave: Antropologia da Saúde; Reforma Psiquiátrica; Saúde Mental; Oficinas Terapêuticas; Capoeira Angola.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CASAI – Casa de Saúde Indígena

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CONEP – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

IP – Instituto de Psicologia

PTS – Plano Terapêutico Singular

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	7
<b>CAPÍTULO 1</b> .....	10
Trajetória da pesquisa .....	10
1.1 Continuidades e discontinuidades .....	10
1.2 Negociando acessos e dimensão ética em pesquisa .....	12
1.3 Extensão e pesquisa: aprendizados compartilhados .....	17
1.4 Aprendizagem e capoeira angola, saúde mental e interações .....	19
<b>CAPÍTULO 2</b> .....	24
Reforma Psiquiátrica e seus devires em curso .....	24
2.1 Contexto histórico e consolidação da Lei da Reforma Psiquiátrica .....	24
2.3 Política dos medicamentos no contexto da reforma psiquiátrica .....	30
<b>CAPÍTULO 3</b> .....	35
Itinerários terapêuticos: uma leitura antropológica da experiência do adoecimento no contexto da reforma psiquiátrica .....	35
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	40
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	42

## INTRODUÇÃO

Este trabalho de conclusão de curso é um esforço de reunir experiências de uma pesquisa situada em um Centro de Atenção Psicossocial, a partir da vivência em um projeto de extensão voltado a práticas de intervenção terapêutica visando a reabilitação social da população atendida em sofrimento mental grave. Com isso, ao longo de seis meses participei de um grupo de capoeira cuja dimensão do aprendizado compartilhado é discutida nesse trabalho sob o foco das práticas de extensão como indissociáveis ao ensino e a pesquisa, e situo as particularidades de um campo de pesquisa vinculado a um projeto de extensão das ciências da saúde. No decorrer de minhas interlocuções em campo, vislumbrei analisar algumas questões referentes ao campo da saúde mental no Brasil e sua relação para com os espaços que me foram possíveis transitar nessa rede e que reflexões foram produzidas ao longo desse processo.

A análise de como se desenvolveu o processo de reforma psiquiátrica no Brasil, sob um enfoque antropológico, possui diversos desdobramentos. Dentre eles estão o plano das ações do Estado e como acontece a integração com as demandas dos setores da sociedade refletidas em suas políticas, como é o caso da Política Nacional de Saúde Mental em vigor hoje no país. Um outro desdobramento está na contribuição que uma abordagem em antropologia pode trazer ao evidenciar seus aspectos estruturantes, no curso dos processos de tomada de decisão, formulação e gestão de políticas públicas, deslocando-se da concepção de Estado como uma interface estática ou monolítica. Um outro aspecto nesse sentido, é como essa abordagem pode criar deslocamento com a concepção do processo de saúde-do adoecimento perpetrado pelo paradigma das ciências biomédicas e a psiquiatria, como campos do saber centrais na orientação das políticas de saúde e, com isso, trazer à superfície o plano das estratégias mobilizadas pelos usuários desses serviços, bem como as reinterpretções que podem ser feitas no nível local pelos agentes do Estado, compreendendo que estas ações podem ser moduladas de acordo com diferentes interesses e visões de mundo.

Esta monografia se organiza em três capítulos, que têm como fio condutor uma análise de experiências reunidas por meio da participação em uma ação de

extensão, mediadas através de rodas de capoeira em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II) localizado na região administrativa do Paranoá e pelo processo de confecção de um projeto de pesquisa e submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa das Ciências Humanas. No capítulo 2 deste trabalho, discuto com mais detalhes a estrutura que compõe um Centro de Atenção e os diferentes formatos que essa instituição possui de acordo com o público que acolhe.

O Capítulo 1 buscou seguir as reflexões suscitadas pela convivência com o grupo de capoeira situado no CAPS II do Paranoá, e os aprendizados que emergiram nesse processo, sejam através do jogo corporal típico da capoeira angola, seja pela troca de saberes nos encontros posteriores e as práticas apre(e)ndidas de maneira coletiva com os demais participantes do grupo. Neste capítulo, tratei ainda da minha trajetória de pesquisa na área das instituições de saúde e seus limites metodológicos e éticos, bem como relato as continuidades e descontinuidades do projeto de pesquisa e apresento desafios da pesquisa na área da saúde como forma de situar brevemente de onde esse trabalho parte e quais percursos o compõem de forma analítica.

No Capítulo 2, discuto a conexão entre como se deu o processo de reforma psiquiátrica brasileira e sua relação com a política de saúde mental vigente no Brasil, recuperando os processos históricos e diferentes agentes implicados. Nessa direção, busquei trazer alguns aspectos dessa conexão, dos quais trato da reforma como um processo que possui um caráter heterogêneo por ser construído por agentes múltiplos e diversas noções morais sobre do que se trata o adoecimento mental. Discuto a potencialidade que os processos de desinstitucionalização têm para pensar diferentes trajetórias da população em sofrimento mental que passam a não ter que ser contadas a partir de internações em manicômios e da limitação de seu acesso a políticas de saúde, mas que nas diferentes estratégias para contornar e contestar seus diagnósticos, circulam pela cidade e estabelecem outras relações, extrapolando o espaço das instituições de saúde, revelando outros aspectos de sujeitos que habitam os centros de saúde em seus processos de saúde/adoecimento. Ressalto, ainda, a importância da perspectiva antropológica em seguir o plano das experiências e das estratégias micropolíticas que reiteram um ponto de vista sobre o adoecimento em que não o limita a ser um evento passível de tratamento e que existe sob o foco clínico dos ambientes hospitalares/ambulatoriais,

mas busca trazer a superfície de nossas análises outros componentes que não aqueles patológicos, mas como o adoecimento se torna parte das narrativas desses sujeitos, moldando suas experiências no mundo e com o mundo.

No Capítulo 3, na esteira dos processos de desinstitucionalização anteriormente abordados, passo a articulá-los com a noção de itinerâncias em busca de cuidado, proposta por Octavio Bonet (2014). O autor se refere aos processos abertos e as improvisações que compõem as itinerâncias por entre os serviços de saúde e demais espaços percorridos em uma trajetória que busca lidar com o adoecimento. Com isso, discuto o conceito de itinerâncias em busca de cuidado para visualizar a circulação pelas instituições e que os itinerários não se encerram nessas instituições, mas fazem alusão a outros processos de escolha terapêutica e manejos do adoecimento e do cuidado com a saúde. E, em diálogo com as propostas da reforma psiquiátrica, passo a conceber os itinerários que são possíveis a partir da ruptura para com o manicômio como espaço de confinamento e também como espacialidade que representa para muitos o lugar a que devem ser isolados a população em sofrimento mental.

## **CAPÍTULO 1**

### **Trajetória da pesquisa**

#### **1.1 Continuidades e descontinuidades**

O presente trabalho de conclusão de curso busca reunir experiências e reflexões a partir de diferentes tentativas de inserção em espaços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) como rede que articula os serviços de atenção à saúde da Política Nacional de Saúde Mental. Meu ponto de partida acontece no CAPS-AD de Samambaia e, posteriormente, no CAPS II do Paranoá, a partir de diferentes acessos a essas instituições e diferentes negociações de minha entrada nestes serviços. Ambas experiências são reunidas neste trabalho para discutir alguns aspectos dos limites e alcances do fazer antropológico, especificamente quanto a pesquisa em instituições de saúde e seus desafios metodológicos.

A trajetória da pesquisa se inicia em 2017 com a confecção de um Projeto de Iniciação Científica, orientado por Silvia Maria Ferreira Guimarães, que visava analisar as políticas públicas voltadas à população em dependência química, e acompanhar itinerários terapêuticos em torno de um CAPS-AD, dispositivo voltado ao acompanhamento da complexidade acerca da adição. Contudo, após submeter o projeto ao Comitê de Ética em Ciências Humanas para avaliação segundo as regras estabelecidas pelos CEP/CONEP, aguardar os pareceres técnicos e obter a autorização para dar continuidade ao projeto, minha inserção foi interrompida devido a exoneração do cargo de gerente do CAPS de minha interlocutora em campo no período em que obtive aprovação pelo Comitê de Ética, o que impossibilitou minha permanência, uma vez que teria de renegociar minha entrada na instituição e, à época, ainda estavam aguardando a nomeação de uma nova gerente. E aguardar novamente uma avaliação do Comitê era incompatível com o seguimento dos semestres letivos da UnB. Conforme ressalta Fleischer, é importante trazer à tona “as negativas, os des-andamentos de nosso trabalho para que ficassem registrados.” (FLEISCHER, 2015:2655). Esse processo significou toda uma readequação metodológica do projeto inicial às regras e procedimentos de pesquisa estabelecidos pelo CEP, o que me mobilizou a pensar a forma como essa instituição

de mediação de pesquisa científica concebe o que é ética em pesquisa e como a antropologia tem pensado deslocamentos a essa lógica dos Comitês quanto às tecnologias de pesquisa empregadas no campo antropológico.

Após esse processo, me vi deslocada e sem perspectiva de como voltar a estudar essa temática. Até que tive conhecimento de um projeto de extensão vinculado ao Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília em parceria com o Centro de Atenção Psicossocial II do Paranoá, intitulado "Intervenção Clínica e Psicossocial no contexto de saúde mental", que me proporcionou uma outra entrada na rede, dessa vez como estudante extensionista e participante das atividades de intervenção. A tentativa de inserção como pesquisadora no primeiro campo se desloca para uma inserção delimitada pelo projeto de extensão, enquanto estudante extensionista, a "estagiária", segundo os demais participantes da oficina - que abordarei a seguir neste trabalho como meu principal campo de pesquisa.

O projeto de extensão consistia em acompanhar práticas de intervenção clínica em saúde mental a partir de oficinas terapêuticas abertas à comunidade e eram também articuladas como projeto de extensão com a Universidade de Brasília e contava com a presença de estudantes extensionistas a cada semestre. Ambientado em um CAPS-II, localizado em uma cidade da região administrativa do Distrito Federal, o Paranoá, cuja área de abrangência cobria outras cidades como: Itapoã, São Sebastião e Jardim Botânico. Isso faz parte da estratégia de territorialização dos serviços de saúde do SUS nas regiões que buscam cobrir, articulando atenção básica e serviços especializados em saúde mental, funcionando a partir de uma rede de encaminhamentos a serviços e consultas com um foco no território e nas comunidades que abrangem. No capítulo 2 deste trabalho, apresento mais detalhes sobre o lugar estratégico dos CAPS em meio a Rede de Atenção Psicossocial.

A partir de um conjunto de oficinas com temáticas referentes à cultura, arte e música, profissionais da saúde e voluntários de outras áreas propõem oficinas, com base nos preceitos que visam promover a *reabilitação social* da população em sofrimento mental grave acolhida naquele serviço.

A proposta do projeto de extensão consistia em participar ativamente das oficinas, a leitura de alguns textos referentes a saúde mental, geralmente

referenciais da Psicologia e Saúde Coletiva, e reuniões após as oficinas para compartilhar experiências, dúvidas e intervenções, assim como ajudávamos a preencher os prontuários de cada “paciente” que participou da oficina. Escolhi, durante o período de seleção para o projeto, a oficina de capoeira. Devo explicitar que desde o período de seleção informei aos coordenadores sobre minha trajetória de pesquisa e meu interesse em participar do projeto como forma de diálogo com outros campos do saber e como diálogo com meu projeto de pesquisa em serviços de saúde mental. Essa forma de inserção na rede de atenção me possibilitou compartilhar de um lugar de aprendizado e troca ao longo dos seis meses de oficina de capoeira, entre as técnicas da capoeira e das práticas de intervenção clínica no contexto da saúde mental. Ao longo das oficinas, o aprendizado da capoeira era intermediado tanto pelo coordenador da oficina como pelos demais participantes, sendo interpelada por eles e aprendendo junto a eles, que sempre me davam orientações de como me posicionar no jogo da capoeira. Com efeito, o lugar de observação do primeiro campo se desloca para uma ênfase em um engajamento corporal em que essa mediação corporal do aprendizado e da convivência marcou todos os encontros e atividades. As experiências com a extensão me levaram a transitar por entre os espaços abertos à circulação do CAPS II e a caminhada por entre os pontos da cidade em que estava situado. O espaço da oficina mobilizou a noção de que o saber em ação não se restringia ao biomédico, mas que outros saberes eram incorporados às práticas de cuidado e às intervenções terapêuticas, e como a capoeira enquanto jogo e brincadeira, qualidades indissociáveis segundo o coordenador da oficina, é o acontecimento que me permitiu vivenciar e compartilhar com essa rede e esse espaço de cuidado.

## **1.2 Negociando acessos e dimensão ética em pesquisa**

Conforme explicitado na seção anterior, a descontinuidade do primeiro projeto de pesquisa suscitou algumas reflexões sobre as condições de pesquisa na área da saúde, bem como suas implicações éticas e metodológicas. Para se dar prosseguimento a um trabalho em uma instituição de saúde é importante se engajar com as discussões metodológicas e éticas em pesquisa em instituições de saúde, confeccionar um projeto de pesquisa seguindo à risca as proposições dos Comitês de Ética em Pesquisa de acordo com regras mais amplas dos CEPs/CONEPs, via plataforma Brasil, domínio eletrônico do Ministério da Saúde onde se submete

trabalhos caracterizados por serem pesquisas *com* seres humanos e *em* seres humanos. Segundo esse regime, a viabilidade de prosseguir com a pesquisa depende de pareceres técnicos avaliando o projeto em torno de riscos e benefícios e o comprometimento com seguir as etapas metodológicas do projeto, assim como com os Termos de Aceite e TCLE.

Seguindo as reflexões propostas por Langdon; Maluf; Tornquist (2016) a produção científica é vinculada a processos histórico-culturais, e nisso implica que os princípios éticos nas práticas científicas estão também submetidos a especificidades culturais e históricas, sendo importante ressaltar que diferente do modelo das ciências biomédicas, procedimentos e protocolos éticos estipulados pelos Comitês de Ética em Pesquisa, "enquanto a regulamentação nacional sobre ética em pesquisa implica um modelo único de pensar a ética, nossas experiências indicam que isso não é o caso em se tratando de sociedades e culturas particulares." (LANGDON, J L; MALUF, S W; TORNQUIST, C S:2016:110)

Se tratando das especificidades de pesquisa no campo disciplinar da Antropologia, as autoras contestam a metodologia positivista presente em pesquisas quantitativas e seus questionários fechados, que revelam os valores culturais europeus situados no fazer científico, que preconiza normas de objetividade e projetam uma relação assimétrica entre pesquisador e interlocutores. O formato de entrevista estruturada previamente prioriza as questões relevantes para o pesquisador e desvincula as interpelações de quem está sendo meramente entrevistado. As autoras ressaltam o quanto essas técnicas estão implicadas em estratégias de conhecimento e poder. A relação dialógica perde seu sentido ao se tornar uma artificialidade comunicativa que estabelece hierarquias. Essa discussão possui conexão com o formato do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) exigido pelos Comitês de Ética. A relação que os métodos da antropologia têm para com o diálogo não cabe nesse formato, na medida em que esse consentimento se dá em um processo de negociação contínua que atravessa toda a pesquisa e vai além dela. Com isso, ressaltam como os procedimentos dialógicos acontecem em grande parte de maneira informal, são possíveis através da convivência continuada com os colaboradores, especificidades que não são contempladas nas resoluções sobre ética em pesquisa disponíveis. Resoluções afetam a pesquisa na medida em que sobrepõem problemas éticos da área médica

para outras áreas do saber. Geralmente avaliam, a partir dos mesmos critérios, pesquisas *com* e *em* seres humanos, cujas abordagens possuem importantes e cruciais distinções. Guimarães (2017) enfatiza a diferença marcante que diferencia a pesquisa nessas duas relações com os sujeitos envolvidos na pesquisa. Em uma abordagem, há cobaias e testes. Na abordagem com seres humanos, há sujeitos e interlocuções, na medida em que esses atores se tornam colaboradores dessas investigações. O lugar do pesquisador e sua permanência podem ser questionados e revistos, assim como os termos da pesquisa podem ser discutidos com os atores envolvidos. Com efeito, o fazer etnográfico reúne habilidades e técnicas como interlocução, proximidade, deixar-se afetar, os quais não estão presentes no formato sujeito - objeto adotado pela biomedicina, como sujeitos inertes que não podem questionar os termos da pesquisa.

Fleischer (2015) também discute a inadequação do TCLE para pesquisas antropológicas, em que seu formato gera garantias jurídicas ao pesquisador e não a quem concedeu a entrevista. A autora destaca também como o TCLE não encerra as negociações em campo, nem garante a permissão da veiculação dos dados obtidos, uma vez que esse processo é negociado ao longo da pesquisa. Fleischer sugere pensar que no processo que articula subjetividade, autoria e relações de poder que estão presentes nas relações de pesquisa, é preciso trazer à tona as questões éticas como estruturantes de todo processo de análise e reflexão e não como um apêndice, algo à parte.

Retomando o artigo de Langdon; Maluf; Tornquist (2016) onde ressaltam a questão de se reduzir a discussão ética a questão metodológica, na medida em que os procedimentos éticos previstos pelos comitês não encerram essa discussão. Nesse sentido, as questões éticas se alinham às metodológicas na pesquisa em antropologia. Uma *ética da alteridade* tem sido colocada como central em como são pensadas as metodologias em antropologia. Desafios como não restringir sujeitos da pesquisa a meros informantes, uso de etnografias como subsídio de construção de políticas governamentais que acabam por prejudicar os grupos envolvidos, quanto aos direitos de autoria e registros em campo, sobre os laudos antropológicos, dentre outros, como parte dessa controvérsia de a metodologia clássica em resolver essas interpelações ao fazer antropológico. Com isso, o método em antropologia não é uma série de procedimentos rígidos, como são postulados pelos Comitês, na forma

como os projetos devem ser estruturados e sistematizados, mas incorre em uma postura crítica e reflexiva que deve integrar toda a feitura da pesquisa. Conforme uma dada metodologia compõe junto com a ética uma antropologia crítica e comprometida, e quanto a isso se deve ressaltar o contexto político em que nossas pesquisas estão situadas. Ainda, as autoras salientam como as hierarquias presente no campo científico onde pesquisas qualitativas associadas às ciências humanas não são compreendidas e acolhidas, o que leva as autoras a apontar para como os comitês têm atuado em desestimular pesquisas com o viés das ciências humanas.

Referente as pesquisas no contexto da saúde indígena, Guimarães (2017) destaca as implicações políticas e os resíduos que pesquisas podem deixar, nos posicionando diante do desafio de pensar como nossas representações etnográficas podem afetar as políticas e processos de tomada de decisão que atingem as populações com as quais estabelecemos relações de pesquisa. A autora discute o problema do lugar de tutela associado aos povos indígenas em que o artifício da tutela faz alusão ao extinto Estatuto do Índio dos anos 1970, que tem como efeito deslocar os povos indígenas do centro da tomada de decisões sobre aceitar a realização de uma pesquisa e poder escolher de acordo com seus interesses. A autora demonstra que mesmo com a diluição desse estatuto, essa noção ainda está presente na forma como são negociadas as pesquisas realizadas tanto em seus territórios como com os membros dessas comunidades em diversos contextos. A diversidade que compõe as vastas práticas e cosmovisões dos povos indígenas é escamoteada pelo lugar de tutela que produz uma noção de que essas comunidades são vulneráveis, tornando suas decisões intermediadas por instancias do Estado brasileiro.

Com efeito, esse regime de tutela se estende também à forma como são concebidos os povos indígenas nas resoluções de ética e pesquisa. Nesse sentido, articulação CEP-CONEP designa a FUNAI como tutora dessas populações, ainda que seja uma atribuição ilegal. A convenção OIT designa que ações em comunidades indígenas devem passar pela consulta a esses coletivos quanto a como podem afetar suas vidas. E a legislação sobre pesquisa com povos indígenas desconsidera essa convenção e solicita apenas uma carta de aceite, um documento formal, distanciando-se da forma com que negociações são feitas a partir da participação coletiva, relacional e da oralidade. As decisões tomadas no âmbito do

sistema CEP-CONEP apresentam relações de poder com relação aos pesquisadores de maneira a distancia-los de seus contextos de pesquisa. Os abusos que podem ser perpetrados pela comunidade científica com relação aos povos indígenas são resultado de como foram formadas as relações em campo. Essas regulamentações, ao enfatizar estigmas como o de incapazes e vulneráveis, promovem uma falsa proteção aos povos indígenas através da tutela, suplantando sua autonomia e participação efetiva no processo.

Nessa direção, Guimaraes (2017) discute um outro aspecto da inadequação das resoluções de ética em pesquisa em relação à pesquisa com povos indígenas, como no acompanhamento dos efeitos da pesquisa, em que o problema pode não estar no desenvolvimento em si do trabalho de campo, mas nas repercussões posteriores e nos usos indevidos dos trabalhos etnográficos usados por interesses que buscam desmobilizar os direitos indígenas sobre seus territórios. Para discutir esse aspecto, a autora traz o exemplo do trabalho do antropólogo Chagnon em relação a maneira como representou o povo Yanomami e como seu trabalho foi usado para questionar a identificação e demarcação da terra indígena. Esse caso evidencia como as implicações éticas do trabalho de campo podem ocorrer após sua conclusão e por isso devem ser acompanhadas pela comunidade científica. Esse monitoramento dos riscos que um trabalho pode incorrer podem ser mediados através de um controle quanto a legitimação desses trabalhos nas bancas de defesa, revistas científicas, editoras e congressos acadêmicos. Acompanhar as repercussões de um trabalho é uma tarefa empreendida tanto pela comunidade científica como deve considerar o posicionamento dos povos indígenas em relação ao conteúdo dessas pesquisas. Ainda, esse caso evidencia como as resoluções não dão conta de medir o risco das pesquisas após sua conclusão. Esse contexto se relaciona com a noção de uma antropologia crítica, comprometida de que nos chama atenção Langdon;Maluf;Tornquist (2016) e interessada com os coletivos com que realiza suas pesquisas e o contexto político em que estão situados.

A partir do Relatório de Guarujá produzido em 2006, Langdon; Maluf; Tornquist (2016) refletem sobre a exigência de que todas as pesquisas em/com seres humanos devam ser submetidas a análise de um Comitê de Ética da instituição do qual se é vinculado, incluindo projetos de iniciação científica e monografias de graduação. Um dos efeitos desse regime é explicitado:

com base na atuação contemporânea dos comitês, ocorre então um alargamento não apenas das áreas de alcance dos Comitês (para além da pesquisa das áreas médicas), mas também um alargamento temático (não mais apenas pesquisas sobre saúde, mas toda pesquisa que envolva seres humanos), que é a situação atual. (LANGDON, J L; MALUF, S W; TORNQUIST, C S: 2016:118)

As autoras tratam ainda da inadequação das metodologias quantitativas para compreender os contextos em que se dão os processos de adoecimento. Nesse sentido, a antropologia da saúde:

ajuda a compreender o sentido positivo de outras práticas terapêuticas e as escolhas feitas pelas pessoas entre diferentes alternativas terapêuticas, estas sendo compostas não só dos serviços biomédicos mas também das terapêuticas tradicionais e emergentes que coexistem numa sociedade complexa moderna. (LANGDON, J L; MALUF, S W; TORNQUIST, C S, 2016:111)

Com base nas questões abordadas nessa seção, busquei trazer alguns desafios da pesquisa na área da saúde para pesquisadores da área das ciências humanas. Com isso, busquei refletir a partir da descontinuidade da primeira tentativa de pesquisa de campo sobre os problemas referentes ao regime de produção de conhecimento estabelecido pelos Comitês de Ética em pesquisa.

### **1.3 Extensão e pesquisa: aprendizados compartilhados**

Para resumidamente situar o conceito e a partir de onde emergem as práticas extensionistas, segundo o documento Política Nacional de Extensão Universitária (2012), do FORPROEX, a extensão é concebida em conformidade ao princípio constitucional da indissociabilidade entre ensino e pesquisa. Esse documento estabelece as práticas de extensão como atividades que integram as atividades de ensino e pesquisa, construídas com base em um processo interdisciplinar, atrelado a uma política educacional que visa promover a interação e o diálogo entre instituições de ensino superior e demais setores da sociedade, enfatizando o lugar das instituições de ensino na sociedade que fazem parte. Dentre as diretrizes estabelecidas, estão a interação dialógica, interdisciplinaridade e interprofissionalidade, indissociabilidade ensino-pesquisa-extensão, impacto na formação do estudante e transformação social.

Conforme Lima e Teixeira nos apresentam (2019), na América Latina, na esteira dos movimentos sociais e movimentos estudantis, passa-se a reivindicar uma concepção de universidade democrática, compreendendo a extensão como uma

prática importante nesse sentido. A conceitualização da extensão foi articulada ao longo das mudanças sociais na América Latina como importante ferramenta para sua implementação. No contexto brasileiro, essas atividades eram inicialmente voltadas a prestação de serviços, como exemplo os hospitais universitários, consolidando-se como uma prática presente na formação dos cursos da área da saúde. A partir da Reforma Universitária, em 1968, se consolida um decreto que regulamenta a extensão e define os eixos de atuação das universidades voltadas para cursos e prestação de serviços à sociedade. Com a redemocratização, emerge uma outra concepção de extensão como crítica a uma visão assistencialista desta, e busca redefinir a associação entre ensino, pesquisa e extensão, trazendo para o centro do debate a participação e engajamento das comunidades na produção dessas ações, visando agora uma troca de saberes em um arranjo que se pretende cada vez menos assimétrico.

No que se refere à Política de Saúde Indígena, Guimarães et al. (2015) nos apresentam as experiências em um projeto de extensão situado na CASAI-DF com populações indígenas em tratamento ou internação acompanhadas de seus familiares. As atividades são compostas por rodas de conversa e oficinas, cujo objetivo era potencializar um lugar que rompa com a ideia de instituição total característica às instituições de saúde e abrir espaço para diversidade étnica presentes com suas variadas formas de vivenciar o cuidado com a saúde que são frequentemente suplantadas pelo discurso biomédico que organiza o tratamento nesses espaços. As metodologias utilizadas nas rodas de conversa consistem em uma intervenção que busca criar um espaço voltado ao diálogo, enfatizando a importância da expressão e do escutar si bem como os outros. As intervenções do projeto tinham como objetivo a autonomia dos sujeitos, através da socialização de saberes diversos e da reflexão sobre as formas de ação. Já as oficinas são outro formato de metodologia em grupo, que busca potencializar a “construção coletiva de um saber, de análise da realidade, de compartilhamento de experiências, de práticas e modos de viver/fazer.” (Guimarães et al.:2015: 31). O saber-fazer nesse contexto não se refere apenas aos resultados da aprendizagem, mas abrange o processo em que se desenvolve conhecimentos e práticas no momento em que são construídas. Dessa forma, ao promover experiências coletivas mediadas pelo espaço da oficina, se desencadeia a troca de saberes e práticas em que coletivamente se elaboram conhecimentos. Através das oficinas se mostra como os participantes diferenciam os

processos de adoecimento em que se aciona os cuidados indígenas locais e aquelas que o conhecimento médico pode atuar. As autoras destacam que além de levar uma metodologia organizada entre oficinas e rodas, é interessante ter maleabilidade para deixar os participantes a vontade e para assumirem algumas atividades.

As oficinas desencadearam um espaço em que os indígenas puderam subverter as práticas disciplinadoras a que estão submetidos na CASAI/DF, onde podiam pautar e guiar discussões conforme seus termos. Como ação de extensão, deve ser estabelecida uma relação dialógica entre integrantes da extensão e os povos indígenas como fontes de esclarecimento acerca dos tratamentos a que são submetidos, em contrapartida eles informam aos estudantes sobre a diversidade de práticas de cuidado encontradas no Brasil. Como espaço de aprendizagem e importante experiência na formação profissional dos estudantes, as ações de extensão inserem os estudantes em contextos de desigualdades e promovem reflexão pela interação com a diferença. Influencia também na formação de profissionais da saúde com uma abordagem mais humanizada do cuidado voltado a populações específicas, desencadeia técnicas de pesquisa participativas e intervenções singulares, que visam dialogar com modos de ser/viver de diferentes grupos sociais e que se sensibilizem a essas diferenças. As práticas de extensão interconectam o ato de pesquisar e intervir no cenário pesquisado, como em rodas e oficinas que visam enfatizar a compreensão dos atores envolvidos na pesquisa, bem como atuam de forma estratégica na composição de atividades que buscam transformar o ambiente e as relações que o permeiam.

Considerando as experimentações descritas acima e as experiências com o grupo de capoeira como ação de extensão, é a partir do deslocamento pela cidade e por diferentes ambientes que a universidade se conecta com outras formas de produção de conhecimento e intervenção social.

#### **1.4 Aprendizagem e capoeira angola, saúde mental e interações**

Transitar pela cidade é parte do percurso do projeto de extensão do qual as experiências aqui relatadas estão vinculadas. Foi a partir desses percursos, em uma trajetória multisituada (ANDRADE, 2016) que se deram as relações de aprendizado no contexto da oficina e as questões suscitadas pela vivência nesses espaços com profissionais da saúde, capoeiristas e usuários do serviço ao longo de seis meses.

Cabe ressaltar o aprendizado e a troca de saberes como princípios preconizados pelos projetos e programas de extensão, na esteira de uma reivindicação de maior diálogo da academia para com os territórios que foram e são pensados como alvo de pesquisas, e busca os convidar a esse diálogo. Essa aproximação está interessada na dissolução do lugar de *objeto* associado a populações específicas e suas comunidades e aos nossos interesses de pesquisa e busca uma construção coletiva de conhecimento, com sujeitos que podem afetar e intervir nos processos de produção de conhecimento.

Os encontros para a oficina de capoeira aconteciam geralmente às oito da manhã, às segundas, no CAPS-II do Paranoá. Situado em uma área anexa as dependências do Hospital Regional do Paranoá, o CAPS II é o ponto de encontro do percurso pela cidade que abrange as atividades da oficina. O CAPS é lócus de convivência e sociabilidade para muitas pessoas, era possível observar nos intervalos entre uma oficina e outra, ou entre a espera por consultas, a circulação de pessoas naquele espaço, os vínculos com as oficinas oferecidas, dentre outras atividades.

As pessoas que compunham o grupo de capoeira eram em parte usuários dos serviços do CAPS, onde a partir das interações em torno dos serviços e da vizinhança, foram levados ao grupo, ou a partir de sugestão terapêutica como parte de um projeto de cuidado com a saúde. No espaço do CAPS se observa a divulgação que é feita da oficina terapêutica de capoeira, através das fotos dispostas nas paredes do corredor central da instituição, em que as fotos informam como o grupo de capoeira faz parte da história daquele lugar. Além de usuários, o grupo também contava com voluntários capoeiristas não necessariamente ligados ao quadro de profissionais daquela instituição. A presença de familiares também era marcante, na medida em que não só acompanhavam alguém a oficina, mas colaboravam de outras formas, seja a partir de registros fotográficos que produziam ao longo da oficina, seja compartilhando suas percepções do grupo na medida em que o acompanham ao longo dos anos.

Alguns dos participantes chegam cedo para o café da manhã, bem como participam de outras oficinas oferecidas no CAPS. Nesse momento entre a espera dos demais participantes e da organização para dar início às atividades, é comum

conversarem em um tom jocoso e descontraído, trocarem informações sobre suas rotinas, queixas sobre trabalho e desemprego, sobre psicofármacos, receitas, e demais dificuldades burocráticas com o sistema de saúde. Após esse momento, o coordenador da oficina se dirige ao carro da instituição para que os participantes possam se acomodar e então partimos juntos para a Administração do Paranoá, espaço onde acontece a oficina. Já no salão cedido pela administração às atividades, outros participantes vão chegando de outros lugares da cidade e de outros pontos que compõem a área de abrangência do serviço.

Com isso, passo a relatar as intermediações corporais que compreendem essa pesquisa, a partir do aprendizado da capoeira como espaço potencialmente terapêutico e enquanto parte de um projeto que busca intervir na realidade daquelas pessoas. Passamos a nos organizar em roda, sentados no centro do salão, o coordenador da oficina usa esse momento para fornecer alguns avisos e abre espaço para sugestões e avisos dos demais participantes. Neste prelúdio da atividade, é comum ouvir queixas sobre medicamentos e seus efeitos colaterais, alguns usuários relatam desconfortos e tonturas em relação às atividades motoras contornadas pelos medicamentos. Alguns usuários relataram como era a partir da capoeira que buscavam “acordar o corpo” dos efeitos adversos dos psicofármacos que compunham suas rotinas.

No salão da Administração, em roda, os primeiros movimentos propostos pelo coordenador são uma série de alongamentos e aquecimentos, realizados ora nessa composição em roda pelo grupo, ora em duplas. Adiante, o coordenador se posiciona no centro da roda e demonstra repetidas vezes algum movimento da capoeira, reitera a importância para o jogo de se manter *na ginga*, movimento ritmado que marca a articulação corporal dinâmica dos movimentos da capoeira; a ginga mobiliza corporalmente o ritmo do jogo e possui relação com a musicalidade característica das rodas de Angola, caracterizadas por um ritmo lento - o que se projeta em como os movimentos e deslocamentos corporais são cadenciados. Tive dificuldades em aprender a incorporar esse ritmo, uma articulação motora que envolve dois aspectos: como se posicionar - o braço dobrado à frente do corpo *em guarda* é sempre contrário à perna que se posiciona à frente, - e a ginga é a alternância de braços e pernas nessa composição. Outro aspecto é sobre se conectar com o ritmo das canções de capoeira entoadas pela roda, o que destaca

essa dimensão da dança como parte da performatividade do jogo. Com auxílio de alguns participantes em diversas ocasiões, fui me ajustando à cadência do jogo, aprendendo a manter a ginga junto deles, que me interpelam e me concediam dicas acerca dos movimentos. Conforme ressalta Braga (2016) a ginga confere ambiguidade à capoeira, que se desloca entre as categorias esporte, dança e luta, mas não se limita a ser nenhuma delas.

Em seguida, em duplas, se treinam alguns movimentos de defesa e ataque e formas de deslocar o corpo na dinâmica da capoeira angola. Movimentos como meia lua de frente, esquiva, martelo, esquiva de frente, meia lua de compasso, rasteiras, são elaborados em aprendizado conjunto. O coordenador salientava que era possível fazer releituras daqueles movimentos, não se atendo a unicamente reproduzi-los. Alguns participantes demonstram mais desenvoltura no manejo desses diversos movimentos, geralmente os que acompanham a oficina há mais tempo, e outros apre(e)ndem a partir de outras disposições corporais, como os idosos e pessoas com mobilidade reduzida, etc; contudo, essas diferenças de aprendizado e performance não são limites para o acontecimento da roda, onde diversas posturas corporais compõem a dinâmica da atividade.

Após o treino, ainda dispostos em roda, trazem ao centro os instrumentos musicais para que as canções agora sejam entoadas pelo grupo. Atabaque, pandeiro, agogô e o berimbau são introduzidos no cenário, e a musicalidade é também um arranjo de palmas que marcam o ritmo das cantigas e do jogo. O coordenador canta um verso da cantiga e os demais entoam o verso seguinte. Muitas vezes, a adesão a música não era imediata – repetia-se o verso diversas vezes até que os cantos fossem vocalizados por todos, para que a roda *tenha mais axé!*

Junto ao coro das canções, o berimbau, atabaque e pandeiro também emergem à musicalidade da roda. Tendo estabelecido o ritmo, os jogos podem começar a acontecer, quando um capoeirista convida o outro ao centro, *ao pé do berimbau*. A roda é um momento esperado, enquanto alguns participantes ensejam demonstrar seus movimentos recentemente apre(e)ndidos uns com os outros; outros se mostram hesitantes de entrarem na roda e tinham de ser convidados para ir ao

centro; dessa forma, ciclicamente, todos iam ao centro da roda, em meio às ladainhas e cantigas, para jogar.

Ao final da atividade, aproximados uns dos outros para tornar o círculo mais estreito, continuávamos cantando as cantigas, até que as palmas paulatinamente cessam e o berimbau dá o tom que a encerra. Após esse momento, nos despedimos, o coordenador anunciava algum aviso acerca da próxima atividade; alguns participantes passam a se dispersar, algumas ficam para ajudar a recolher os instrumentos musicais e retornam conosco para o CAPS, para agendar consultas, pleitear receitas, dentre outros serviços.

Contudo, ainda que houvesse certa estrutura e organização das etapas da atividade, havia dias em que essa dinâmica não era seguida pelos demais participantes. Cabia ao coordenador da oficina negociar a dinâmica da atividade com os demais e sugerir outros movimentos, e improvisar significava ouvir as demandas e sugerir outros formatos a atividade.

Essa dinâmica se repetiu ao longo dos seis meses de oficina do qual participei, com exceção dos dias em que fizemos uma roda de capoeira no CAPS, devido uma sugestão de um dos capoeiristas para divulgar e atrair mais participantes à oficina; e no fechamento daquele ciclo semestral, em que nos deslocamos para Ermida Dom Bosco, área turística próxima ao lago Paranoá, e ritualizamos nossa despedida

## **CAPÍTULO 2**

### **Reforma Psiquiátrica e seus devires em curso**

#### **2.1 Contexto histórico e consolidação da Lei da Reforma Psiquiátrica**

Para abordar contemporaneamente o campo da saúde mental brasileiro, onde interagem as políticas públicas de saúde do Estado, assim como as demandas de coletivos sociais de usuários do SUS no contexto da saúde mental, os interesses representados pelos campos científicos da indústria farmacêutica, como demais acordos e desacordos quanto às práticas em saúde, é imprescindível rastrear suas conexões para com o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil e seus desdobramentos e articulações, como processo que promoveu uma ampla discussão a respeito do lugar da loucura na sociedade e direcionou uma reformulação do modelo de atenção à saúde mental no Brasil e impacta esse debate até hoje.

Os primeiros movimentos em direção à uma reformulação do modelo de atenção à saúde remontam ao contexto entre a abertura do regime militar e da redemocratização, entre as décadas de 70 e 80. Conforme aponta Andrade (2016) esse processo se deu concomitante com as propostas mobilizadas pela Reforma Sanitária, onde profissionais da saúde, dentre outros atores, denunciavam a precarização das condições de saúde assim como apontavam para saúde como um direito social. Com a proposição de um sistema único de saúde, consolidado na Constituição Federal de 1988, o modelo de atenção à saúde se transforma em política pública orientada pelos princípios da integralidade do cuidado, universalização do acesso, da equidade e da descentralização e que também inclui uma lógica de controle social. Na esteira das demais reivindicações por mudanças em outros setores institucionais da sociedade brasileira, emergem espaços de discussão e produção de críticas aos hospitais psiquiátricos, a hegemonia dos saberes psiquiátricos e as bases de seu modelo asilar, no interior do setor de saúde mental mobilizados pelos trabalhadores desse setor. As reformulações das práticas terapêuticas psiquiátricas contavam com a convergência de diversos setores implicados no campo da saúde mental, de movimentos sociais antimanicomiais, de coletivos de usuários do sistema e familiares, pesquisadores, profissionais da saúde,

políticos, entre outros, conferindo a esse cenário características híbridas e intersetoriais, conforme sugere Andrade (2016).

De modo geral, as reivindicações pautadas pela reforma psiquiátrica têm como desdobramento as políticas públicas de saúde mental vigentes hoje. A consolidação da Política de Saúde Mental com a Lei 10.213 aprovada em 2001 pelo Congresso brasileiro e, sua estratégia de articulação entre os demais serviços do SUS, a Rede de Atenção Psicossocial que preconiza, em suas variadas práticas terapêuticas, questionar a gestão do cuidado centrada nos hospitais psiquiátricos e seus espaços asilares, busca promover a progressiva extinção dos leitos dos hospitais psiquiátricos e a redução da população internada nessas instituições, conhecida como “desospitalização” ou “desinstitucionalização” e, finalmente, o fechamento das instituições manicomiais.

A territorialização da Rede de Atenção Psicossocial conta como principal estratégia os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) planejados como serviços estratégicos e especializados em saúde mental que visam substituir os hospitais psiquiátricos. Situados nos territórios e buscando atender às especificidades das cidades que atende, seu espaço e a dinâmica dos atendimentos são concebidos visando oferecer assistência e cuidado em saúde mental por um viés comunitário, sendo o território onde se situa uma referência a forma como os Projetos Terapêuticos Singulares devem ser organizados associados aos demais serviços oferecidos pelo SUS.

Esses centros são subdivididos e classificados conforme o público que visam acolher as cidades e regiões em que prestam atendimento, sendo os CAPS I e II voltados ao público em sofrimento mental grave e persistente, inclusive pelo uso de álcool e outras drogas; CAPS III atende tanto a população em sofrimento mental como transtornos decorrentes do uso de álcool e demais drogas num regime 24hs e com acolhimento noturno; CAPS i é designado ao público de crianças e adolescentes; CAPS ad álcool e drogas e CAPS ad III são especializados no acolhimento de pessoas em dependência química, o CAPS ad III Álcool e Drogas oferece acolhimento noturno e observação e funciona 24h, diferentemente dos demais CAPS.

Dessa forma, os CAPS se estabelecem como lugar de referência e de cuidado, como *ponto de atenção* em meio a cidade em que se inserem e como um espaço que intermedia o acesso a serviços de saúde e assistência social.

Os Centros de Atenção Psicossocial são classificados a partir da complexidade de seu público de atendimento, contam com uma equipe multiprofissional com viés psicossocial, voltando-se para o manejo de “crises” e a reabilitação psicossocial dessas populações. A rede que articula a política abrange múltiplos dispositivos, ou pontos de atenção conforme o programa oficial, nisso se distribuem os Centro de Atenção Psicossocial, os Serviços Residenciais Terapêuticos, leitos psiquiátricos em hospitais públicos e ambulatorios em Unidades Básicas de Saúde.<sup>1</sup>

## **2.2 Caminhos abertos pelas reformas psiquiátricas: desinstitucionalização e a criação de estratégias**

Para pensar para além da consolidação da lei 10.216 da reforma psiquiátrica, este trabalho adere a uma concepção da reforma como um processo que ocorre em dois eixos: aquela das políticas públicas e aquele do plano das experiências e agenciamentos locais.

O panorama das políticas públicas em saúde mental tem sido tensionado por diversas reformas, nesse sentido Andrade (2016) cita Fonseca et al. (2007, apud) para analisar a reforma psiquiátrica no Brasil como um processo rizomático, uma obra realizada por diversos colaboradores e permeada por tensões e “inquietudes”, a noção de rizoma acionada pelas autoras informa que nesse campo se interseccionam infinitos percursos, tensões, embates e movimentos. Com isso, a assistência psiquiátrica é repensada a partir das reformulações multissetoriais e de múltiplos atores sociais, com um foco em descentralizar o lugar da atenção

---

<sup>1</sup> Contudo, embora a implementação da Política Nacional de Saúde Mental tenha sido ampliada nos últimos anos, recentemente, durante os governos Temer e Bolsonaro, o texto da política sofreu alterações que representam um retrocesso na avaliação de setores engajados na Luta Antimanicomial, na implementação da Reforma Psiquiátrica. Os documentos que alteram as diretrizes da política são a Resolução nº 32, da Portaria nº 3.588 e da Portaria Interministerial nº 2. As alterações dizem respeito a ampliação do financiamento de leitos em hospitais psiquiátricos, aumento do financiamento a Comunidades Terapêuticas (instituições religiosas) e a institucionalização psiquiátrica passa a se tornar uma diretriz central, contrária a concepção de uma progressiva desinstitucionalização. O desmonte das ações de redução de danos, sendo deslocada sua centralidade, dando lugar às tecnologias psiquiatrizantes e manicomiais, como o eletrochoque.

reservado historicamente aos hospitais psiquiátricos e revisar suas práticas e intervenções no campo da saúde mental.

Andrade (2016) em sua pesquisa empreende uma análise crítica da reforma psiquiátrica brasileira do ponto de vista de seus usuários, voltando-se para as experiências desses sujeitos em suas rotinas diárias em interlocução com os serviços de saúde mental e as movimentações e rupturas que se desenvolvem a partir da atualização desses serviços pelos seus usuários. Conforme esta perspectiva, é a partir da interação entre o plano das instituições e do plano das experiências dos sujeitos, que a autora compreende que a reforma psiquiátrica possui outras significações, nesse sentido propõe pensar em "as reformas" (ANDRADE:182). Ao pluralizar esse entendimento, se abrangem as heterogeneidades desse processo e a multiplicidade de práticas no contexto brasileiro. No plano das experiências, sugere pensar em "revoluções", que abrange as práticas cotidianas, a circulação pelos serviços públicos, produção de saberes e modos de vida pelas populações atendidas por essas políticas de saúde.

Dessa forma, ao localizar que existem diversas reformas e revoluções em curso, significa dizer que para além do escopo da reforma psiquiátrica que se atualiza a partir do estatuto organizador das políticas públicas, outras reformulações estão em ação cotidianamente à margem dos processos oficiais, mas que constituem mudanças implementadas no dia a dia das pessoas que circulam pelos serviços de saúde. Tememos como exemplo a quebra de paradigma com as intervenções biomédicas com as ações de extensão em que se promovia um espaço de interação entre pesquisadores e capoeiristas, a noção de corpo que emergia em tais encontros não era aquele biológico sugerido pelas ciências biomédicas e que é alvo de intervenções medicamentosas, mas um que explora potencialidade físicas, espirituais e terapêuticas a partir da prática da capoeira. Tais reformas acontecem nas estratégias usadas no dia a dia dos sujeitos, nas relações que estabelecem com sua rede de sociabilidade e a sociedade em que existem, ao romperem com as lógicas de internação e poderem construir vidas fora do espaço manicomial.

Andrade (2016), contudo, ressalta que essas rupturas não se dão desassociados do contexto cultural e institucional em que se desencadeiam, mas que possuem relação com eles e mobilizam rupturas e fraturas neles. A pluralização das ideias de reformas ou revoluções se ampara no reconhecimento de que o

campo da saúde mental é heterogêneo, possui uma multiplicidade de práticas e teorias sendo moduladas e são rizomáticas em sua dinâmica e qualidade inventiva.

Os desdobramentos decorrentes da reforma psiquiátrica catalisaram experiências distintas pelos sujeitos que se relacionam de alguma maneira com o campo da saúde mental. A consolidação da Política Nacional de Saúde Mental promoveu transformações objetivas e subjetivas nas biografias marcadas por longos processos de internações em manicômios, a partir do processo de desinstitucionalização dessas pessoas com projetos como o De Volta para Casa voltado para populações que perderam vínculo com a família e moradia, assim como da reconfiguração do modelo de assistência psiquiátrica através da consolidação da rede de serviços abertos e comunitários que permitiu outras formas de circulação e acesso a cidade e à saúde como direito social.

Conforme apontam Andrade & Maluf (2016) o processo de reforma psiquiátrica tem como projeto político a desinstitucionalização que visa reduzir a população em internação compreendida como a dissolução dos espaços manicomial para propiciar reformulações do sentido atribuído ao cuidado.

É a partir das narrativas e do acompanhamento da dinâmica da "micropolítica da vida cotidiana dos sujeitos" (ANDRADE & MALUF: 2016:253) que se situa a pesquisa das autoras. Nesse sentido, ao compreender a reforma psiquiátrica como um conjunto de processos e sobretudo ao acionar a perspectiva dos usuários, as autoras buscam evidenciar a concomitância de outros processos. E é nessa direção em que ressaltam o caráter relacional, contingencial e hierárquico das posições em que tais sujeitos se situam, na medida em que recai sobre essas pessoas não só sua condição socioeconômica e sociocultural, mas salienta também como se relacionam com seus diagnósticos, e implica também as relações de poder presentes no campo da saúde.

Um aspecto ressaltado na pesquisa das autoras se refere a modulações estratégicas dos diagnósticos recebidos que as classificam enquanto pessoas. Com isso, "tal apropriação pode ser pensada não apenas como recurso para a negociação com o mundo, mas também como uma forma de ordenação das experiências e uma possibilidade de emergência enquanto sujeito no contexto dos serviços de saúde." (ANDRADE & MALUF:2016: 256)

Ainda acerca do diagnóstico, as autoras ressaltam as estratégias engendradas pelos usuários, na forma como fazem uso deste para negociação com o mundo e acesso a recursos socioeconômicos, e destaca como essa relativização dos diagnósticos demonstra como sujeitos interpretam e criam formas de lidar com seus diagnósticos, os assumindo, mas não acatando suas qualidades incapacitantes. Conforme sugerem, mobilizar seu diagnóstico não representava reduzir-se a ele, mas modular estrategicamente seu sentido para negociar e reivindicar uma dada forma de estar no mundo, assim como para resistir e subverter o poder prescritivo e normativo do mesmo. (ANDRADE & MALUF: 2016:259)

Para Andrade & Maluf (2017) a complexidade em que se deu o processo de reforma psiquiátrica é um caminho para pensar a dinâmica de elaboração das políticas públicas de saúde mental, a respeito das parcerias e alianças entre diversos setores da sociedade convergindo no processo de reforma, para se chegar aos documentos com seus procedimentos, protocolos e programas, bem como para analisar a ação dos sujeitos que representam o Estado. As autoras pontuam como a consolidação da política de saúde mental não significa que seus serviços e práticas sejam executados de forma homogênea em todo país. Uma investigação das práticas do Estado precisa ir além do que está previsto nas diretrizes dos documentos oficiais, e seguir as formas como essas políticas são realizadas, reconhecer interpretações contraditórias sobre a política, e trazer as práticas cotidianas para a superfície da análise.

Nesse sentido, as autoras pontuam que o processo de reforma psiquiátrica é marcado por uma dinâmica de ações heterogêneas, "estendendo-se em práticas e agenciamentos não previstos e não necessariamente resultados da ação direta do Estado – e mesmo essa ação direta é extremamente heterogênea e desigual (Andrade e Maluf: 2017:108). Com isso, sugerem que para apreender o contexto das políticas de saúde mental vigentes hoje, além de mapear e analisar as políticas, instituições e práticas institucionais e demais dispositivos e programas previstos pela reforma psiquiátrica, é importante seguir as práticas, discursos e relações agenciadas pelos sujeitos que colocam em prática esses procedimentos no contexto cotidiano.

A esse respeito, ressaltam que seguir essas práticas significa considerar os profissionais que atuam nesses espaços, e incluem também as atividades e iniciativas de associações de usuários em saúde mental, os empreendimentos perpetrados pela luta antimanicomial, assim como outros formatos de agenciamentos políticos e terapêuticos que não estão previstos oficialmente. As autoras destacam as ações imprevistas colocadas em prática pelos profissionais que excedem as ações previstas institucionalmente. Sugerem, dessa forma, como agências imprevistas também compõe as diferentes dimensões da ação do Estado, dentro ou fora do âmbito de suas instituições.

Dessa forma, em complemento ao que está planejado a antevisto, se coloca que examinar as políticas públicas é também cartografar esses agenciamentos singulares (ANDRADE & MALUF:2017:175). Ao compreender o Estado como um "campo de ações", que inclui um conjunto diverso de agentes que possuem "diferentes disposições morais e subjetivas" (ANDRADE & MALUF:2017:175) é possível visualizar como as práticas cotidianas reinventam a política pública, por intermédio de agenciamentos singulares, interpretações locais que sugerem como os contextos locais podem exceder o que está previsto e anteriormente postulado.

### **2.3 Política dos medicamentos no contexto da reforma psiquiátrica**

Nessa seção, busco discutir, a partir do conceito de biolegitimidade, como as ações do Estado incorporam demandas sociais e as controvérsias geradas pela centralidade atribuída aos medicamentos presente no modelo de atenção vigente, buscando evidenciar seus múltiplos sentidos e efeitos.

À luz do conceito de biolegitimidade de Didier Fassin (2005, apud) modulado por Sônia Maluf (2018) a autora busca abordar as políticas de saúde mental voltadas para mulheres no contexto da Política de Saúde Mental. Conforme discute Maluf, a biolegitimidade é um dispositivo que mobiliza a produção de direitos, de reconhecimento e de acesso a serviços e atendimento por parte do Estado, e também como meio de reivindicação e de conquista de direitos. Esse conceito evidencia o potencial moral do direito à vida em contraposição a debilidade moral dos direitos sociais e econômicos contemporaneamente. Esse deslocamento traz à tona uma inversão de prioridades no campo político e moral contemporâneo, onde o

direito à vida se impõe e sobrepõe em relação aos direitos sociais. A potência moral do “direito a vida” se tornou central no âmbito dos direitos humanos, referindo-se a uma sobreposição de direitos sociais e econômicos à uma concepção moral do direito à vida. Segundo Fassin (2005, apud), um deslocamento do campo político e moral tornou o direito à vida como mais importante que direitos sociais e econômicos, um exemplo de suas pesquisas etnográficas evidencia a expressiva concessão de asilo para tratamento terapêutico na França concomitante a queda na concessão de asilo político.

A centralidade que a vida biológica ocupa produz o deslocamento do campo político para o da vida, em que a legitimidade de demandas e reivindicações de diversos coletivos e sujeitos opera através do reconhecimento pelo Estado de uma gramática de transtornos, disfunções, doenças e especificidades biológicas. Maluf sugere que essa forma de tornar demandas legíveis se relaciona com a emergência de um novo regime biopolítico centrado na vida e suas qualidades biológicas para as tecnologias de governança.

Como desdobramento desse regime de legitimação de demandas centrado em uma definição puramente biológica da vida, Maluf ressalta a extensão do domínio patológico e da *medicamentalização*, assim como se refere à biologização das experiências sociais, presente no campo das políticas públicas, nas ações do Estado e quanto a produção de direitos e cidadania. A extensão de uma definição patológica do sofrimento mental se funde ao campo das políticas sociais e do reconhecimento a partir de como o Estado reconhece a biolegitimidade das demandas de diversos setores e coletivos sociais e isso se reflete em suas políticas públicas. (MALUF: 2018:19)

Maluf destaca ainda outros atravessamentos presentes nesse contexto. Ainda que as políticas sociais possam integrar demandas de movimentos sociais, outros setores marcam esse cenário, como as produções científicas e tecnológicas que articulam os interesses econômicos da indústria farmacêutica.

A ambiguidade na forma como o Estado se posiciona em relação a essas demandas sugere, para autora, dissolver sua definição monolítica e aponta para suas práticas, ações e discursos como um conjunto heterogêneo e contraditório de

agentes e discursos, que modulam diferentes disposições morais e subjetivas. Extrapolando o que é previsto em leis e documentos oficiais, o Estado também pode ser pensado através do plano em que seus agentes *fazem* a política, os situando não como meros reprodutores de protocolos.

Com isso, a autora destaca que pesquisas têm evidenciado como o processo da reforma é pensado como "heterogêneo, desigual e contraditório, desenrolando-se aquém e além do que está previsto nos documentos oficiais" (MALUF: 2018:25) e, para além de seus dispositivos terapêuticos oficiais, estão as clínicas privadas, os abrigos voltado a pessoas em sofrimento mental e idosos de forma informal, as comunidades terapêuticas e centros de assistência com viés religioso, bem como grupos de práticas terapêuticas alternativas.

Sob o aspecto da expansão da atuação da biomedicina e a centralidade atribuída aos fármacos e terapias medicamentosas, as experiências do sofrimento e da aflição, a constituição da pessoa e a produção dos sentidos da vida, bem como a garantia de acesso a direitos, se aglutinam no campo de expertise da saúde e da biomedicina. Como efeito dessa ampliação, a autora cita o processo de medicalização e biologização da psiquiatria e da saúde mental. Esse processo tem consonância não só com uma racionalização biomédica acerca da vida e da subjetividade, mas se reflete na racionalização das próprias políticas do Estado e suas formas de intervenção. Maluf projeta essas questões sobre as políticas voltadas às mulheres, em referência a como essas pessoas aparecem nos documentos oficiais, com uma ênfase na noção de "ciclo de vida", que focaliza o sofrimento mental a partir das etapas reprodutivas das mulheres, em uma visão fisicalista do adoecimento. Esse campo articula tanto uma crescente prática de *medicamentalização*, na mesma esteira em que se podem construir, a nível local, outras formas de tratamento e apoio, como os grupos terapêuticos e suas diversas abordagens.

Em contrapartida, Maluf propõe que ao dispor de forma relacional as experiências e discursos é possível relativizar uma versão fisicalista e racionalizante da experiência do adoecimento mental. O plano das experiências para autora se refere a vivência e a produção de saberes e discursos por aquelas pessoas pensadas como público alvo dessas políticas, bem como a atuação dos profissionais

de saúde. A compreensão das categorias doença, aflição e sofrimento, bem como as estratégias aí implicadas, na noção de que experiências e seus sentidos sociais estão imbricados em sua complementaridade em uma abordagem antropológica da saúde. Com isso:

em resumo, o que estou chamando aqui uma sócio-lógica para falar sobre suas aflições amplia a percepção e os discursos sobre a doença e o sofrimento para além das concepções de corpo, saúde e doença, incorporando as dimensões sociais e políticas do vivido – uma compreensão fundamentada na circunstancialidade e na historicidade do vivido, para além e para fora da ontologização biomédica da pessoa. (MALUF: 2018:24)

A autora discute a potencialidade dos medicamentos como via de desinstitucionalização de pessoas em histórias de internação em hospitais psiquiátricos. (MALUF, 2018) A autora atribui à essa questão a produção de uma cidadania biológica, suscitada pelas tecnologias, em seus termos, bio-farmacológicas.

\*\*\*

Retomando os relatos etnográficos expostos no capítulo 1 deste trabalho e seguindo a discussão sobre a relação entre corpos e medicalização, considerando as questões apontadas por Maluf (2018) acerca de uma cidadania biológica, destaco como as experiências com a oficina de capoeira mostram outras perspectivas acerca da corporalidade construída a partir das rodas de capoeira. Bonet (2018) ao se perguntar porque continuar fazendo pesquisa em instituições de saúde, redireciona o olhar da antropologia da saúde àquilo que *resta*, a dimensão da vida que não está contida em uma definição biológica. Com isso, alerta-nos que o corpo não é um conjunto de reações somáticas, provocadas por questões puramente biopsicológicas. O sentido de *resto* mobilizado por Bonet nos ajuda a pensar em como o que está em jogo em nossos trabalhos etnográficos é uma dimensão que resta à uma definição biomédica e somática do corpo e chama atenção para os processos ao longo dos quais se desenvolve a vida e sua relação com a saúde e o adoecimento.

Considerando esse foco nas tecnologias farmacológicas e biomédicas, o autor aponta para o que está fora dela, as linhas de fuga, pelas aberturas, em contraposição a tendência que gera somatização das corporalidades. Se o foco está disposto na molecularização da biomedicina, Bonet nos desafia a pensar na dimensão molar, pelo que o autor denomina resto. O resto como dimensão do que não será somatizado. O autor chama atenção para questão de que a dimensão somática se associa com outras dimensões que ultrapassam o corpo, para uma perspectiva da corporalidade e da experiência atreladas a subjetividade. Nessa direção, Bonet salienta ainda que "esses indivíduos não estão em si mesmos, mas envolvidos numa sociedade abrangente, em relações intersubjetivas nas quais se jogam valores e afetos, que estão corporificados e conectados a espaços domésticos, à vida pública e aos conflitos interpessoais" (BONET:2018:29).

Com isso, Bonet enfatiza que é a partir dos encontros etnográficos que se dão nos serviços de saúde que podemos perceber a dimensão relacional que incorpora os afetos, as relações, o sofrimento, aquilo que resta, a dimensão em que o sofrimento é vivenciado e articulado, em que o sentido do adoecimento pode ser difuso, escapando às usuais categorias analíticas. Por intermédio do encontro com essa dimensão que acessamos esses aspectos e podemos ampliar nosso entendimento sobre o corpo como interface que intermedia as relações com o mundo. As experiências etnográficas com o grupo de capoeira e a dimensão do axé acionada pelo coordenador da oficina ao longo das atividades, apontam para outro caminho de observação sobre o corpo: daquele produzido através das práticas terapêuticas construídas coletivamente e que visam engajar tanto um corpo em suas potencialidades espirituais como físicas. Essa noção incorpora também o que foi discutido acerca de agenciamentos singulares (Andrade & Maluf, 2017) e improvisações criativas (Bonet, 2014) como formas de intervenção na realidade que escapam a atuação tradicional do Estado e suas instituições de acolhimento, e abre espaço para as práticas inventivas e criativas que estabelecem outras relações com as práticas de cuidado.

### CAPÍTULO 3

#### **Itinerários terapêuticos: uma leitura antropológica da experiência do adoecimento no contexto da reforma psiquiátrica**

Este capítulo visa trazer uma perspectiva antropológica em relação ao processo de adoecimento mental e a busca por cuidado sob um foco relacional. Groisman (2016) reflete acerca da construção das políticas públicas e sua profunda relação com os aparatos da biomedicina e da psicologia e psiquiatria como saberes científicos autorizados a gerir terapêuticamente o adoecimento mental, assim como são estatutos que orientam e estruturam todo o sistema de saúde. Embora as políticas reconheçam agências não hegemônicas atuantes nesse cenário, o paradigma unilinear das ciências biomédicas conjuga as doenças e o sofrimento a partir da elocução de que são um epifenômeno do corpo; corpo compreendido como um mecanismo bioquímico e da natureza. Dessa forma, o adoecimento para o paradigma biomédico constitui um desequilíbrio de condições morfológicas, fisiológicas e dinâmicas, sendo a “normalidade” seu ponto de referência.

Groisman (2016) ressalta ainda a noção de *intervenção equilibrante* para compreender o viés pelo qual o sofrimento mental é compreendido como desequilíbrio bioquímico de características genéticas e das modificações ecológicas de funcionamento do corpo. A saúde mental, nesse enclave produzido pela dualidade mente-corpo, configura uma descompensação bioquímica, a partir da explicação neurológica de que o corpo funciona a partir da compensação de algumas substâncias, como a serotonina e a dopamina, que articulam um equilíbrio dos estados mentais. Para Groisman, as noções de “desequilíbrio” e “reequilíbrio” impõem uma metáfora biologizante acerca da experiência do sofrimento. Nesse sentido, a intervenção terapêutica está ancorada nessa ideia restabelecer uma dinâmica de equilíbrio bioquímico.

Como desdobramento dessa intervenção equilibrante Groisman enfatiza o estreito vínculo entre medicalização e autoridade psiquiátrica, no sentido de que ambos projetos terapêuticos legitimam o controle psiquiátrico sobre o adoecimento mental, principalmente a partir dos psicofármacos. A abordagem terapêutica da psiquiatria centrada na medicalização está vinculada à relação que a psiquiatria possui com as ciências biomédicas e suas tecnologias farmacológicas, assim como

com a psicologia e psicanálise freudiana. O sofrimento mental é mobilizado por esse referencial psiquiátrico como uma experiência passível de ser individualizável, o que desloca o vivenciar do adoecimento mental de sua qualidade relacional, radicado não só nesse lugar da mente mas também como uma experiência coletiva e social. Ao acionar o sofrimento como uma experiência individualizada e passível de medicalização, a psiquiatria torna possível que sua atuação seja centralizada.

Em contraposição a essas premissas, Groisman aponta que essa abordagem do sofrimento como um acontecimento individual e biopsicológico tem sido revisada pela antropologia da saúde, ao evidenciar a experiência do adoecimento e do sofrimento como experiências que se agenciam socioculturalmente, e que negociam com redes de relações e que tem a ver com poder. Conforme foi discutido no capítulo 2, a medicalização é um sistema que articula poder sobre os corpos.

### **3.1 Itinerâncias em busca de cuidado e improvisações criativas**

É seguindo o trabalho de Octavio Bonet (2014) em que o autor examina as contribuições disruptivas de Tim Ingold para antropologia, que se coloca uma discussão sobre os conceitos de interação e malha para repensar a noção de itinerários terapêuticos. Conforme apresenta, o pensamento relacional presente na obra de Tim Ingold é uma alusão a uma visão ecológica que visa associar uma perspectiva biológica e antropológica. Com isso, essa associação está presente na proposição de que "a pessoa é o organismo" (Bonet, 2014, apud Ingold, 2000: 3), ou naquela do "organismo-no-seu-entorno" (BONET:2014:238). Essa perspectiva vai em direção de atravessar os campos disciplinares da Biologia e da Antropologia, e das fronteiras estabelecidas entre natureza e cultura. Bonet discute ainda as ideias de Ingold no que se refere a perspectiva da complementaridade e da obviação, e como a perspectiva da obviação estabelece que "a cultura, a mente e o corpo se dissolveriam no todo organismo-pessoa" (BONET:2014:333)

Nessa direção, essa perspectiva ecológica e relacional propõe não separar esse organismo-pessoa dos processos de desenvolvimento no qual estão situados e compõem. Essa composição implica em uma definição não préconfigurada dos sujeitos. Bonet pensa a partir desses conceitos de Tim Ingold como forma de articular que "até aqui tentei mostrar os desenvolvimentos que levaram Ingold a repensar as relações entre as dimensões constitutivas do sujeito que historicamente

eram, e são, separadas nas dimensões biológicas, culturais e psicológica" (BONET:2014:334).

Bonet salienta como sua pesquisa visa seguir os percursos e caminhos com que usuários do sistema de saúde pública buscam receber atendimento, com um foco na circulação por entre o sistema de saúde, e propõe pensar o sistema de saúde como um processo.

Nessas trajetórias pelos serviços de saúde, Bonet ressalta como os usuários vão reformulando o sistema, o que se contradiz com a estrutura organizada nos fluxogramas projetados para eles pelos gestores das políticas de saúde. Esse deslocamento pelo sistema é uma conformação de decisões que possuem história, o que se refere ao processo de "habitar o mundo" ou habitar o sistema de saúde. (BONET:2014:335).

Essa dimensão de habitar o mundo através do sistema de saúde, incorre, para Bonet, na proposição de Ingold de que construir esses caminhos é um processo de desenvolvimento que se faz "ao longo de linhas de fuga e não de fechamento" (BONET:335). Ainda nesse sentido, Bonet salienta essa circulação acontece em um espaço fluido. Um outro conceito acionado é a ideia de itinerância. A itinerância é um movimento que articula criatividade e improvisação, em que a itinerância consiste em "um sistema aberto de improvisações (porque acontecem no desenrolar da ação)." (BONET:336). À essa definição, o autor ressalta como esse movimento de itinerância não é sobre percorrer um mundo que preexiste, mas se faz ao longo do curso das ações, escolhas, perambulações.

Partindo das reflexões propostas por Ingold, Bonet sugere um deslocamento da noção de itinerários terapêuticos para a de "itinerâncias na busca de cuidado" (BONET:2014:337). Nesse sentido, propõe pensar em itinerâncias como processos abertos, movimentados por fluxos constantes, relacionados com constantes improvisações criativas de usuários e profissionais da saúde envolvidos nos processos cotidianos que compõe a experiência dos e nos serviços de saúde.

Além da ênfase em processos e fluxos e sua subsequente referência a noção de malha na obra de Ingold, se itinerários desencadeiam constantes improvisações dos agentes, o autor sugere que não se pode associá-los a trajetórias previstas associadas a uma rede que antecipa os movimentos dos agentes, mas que se

compõe em uma malha de linhas que vão se conformando ao longo dos fluxos e dos processos.

Retomando a questão sobre a noção de itinerários terapêuticos, Bonet faz referência ao trabalho de Alves & Sousa (1999, apud) para discutir a potencialidade desse conceito para antropologia da saúde. Este trabalho está atrelado a uma perspectiva fenomenológica e traz a experiência como viabilizadora de uma reativação do mundo sensível. Essa perspectiva preconiza levar em conta os modos de estar no mundo, bem como as práticas situadas nessas concepções de mundo que as acessam, e a experiência que envolve essas operações e escolhas.

Conforme aponta Bonet, a perspectiva do trabalho de Alves e Souza traz um foco nas experiências, contudo destacam não perder de vista os macroprocessos socioculturais aí implicados. A proposição dos autores sugere que itinerário se refere à um "conjunto de planos, estratégias e projetos" (Alves & Souza, 1999: 132, apud) mobilizados no tratamento da aflição, e estes são concebidos em um "campo de possibilidades problemáticas". Ainda nesse sentido, que esses itinerários são processos construídos ao longo de como são analisadas as escolhas; essas escolhas têm uma dinâmica situacional e são repletas de interesses, hesitações, incongruências, estratégias e conflitos" e, atrelada a essa dimensão situacional, acontecem de forma fluida, na medida em que os agentes que operam entre essas escolhas, "não se filiam a um modelo interpretativo, mas a uma rede de relações sociais". (Alves & Souza, 1999: 135, apud, Bonet:339).

Em alusão a esta definição, Bonet ressalta seu argumento ao propor a noção de itineações em busca de cuidado, onde "percebe-se que esses caminhos não preexistem a essas escolhas, nem a esses movimentos, mas eles vão sendo encontrados e caminhados à medida que se tomam essas decisões." (BONET:341)

Retomando a ideia de itineações como um movimento que evoca improvisação e criatividade, e isso inclui pensar que são movimentos feitos ao longo de linhas de vida, onde os trajetos não são pré concebidos, anteriormente mapeados ou traçados, mas que se dão em suas formas de improvisar. Com efeito, com as noções de malha e itineação, se formula uma perspectiva em que a movimentação dos usuários se dá de maneira plástica e fluida, transcendendo às noções de itinerários e redes.

Em síntese, ao sugerir um deslocamento da noção de itinerários terapêuticos para a de itineirações:

a passagem dos itinerários e dos sistemas para as itineirações e as malhas permite que apareçam os fluxos, as linhas e as multiplicidades. Em outras palavras, permite enfatizar as relações e não as entidades, sejam elas serviços, usuários e profissionais. Cada um deles vai depender de como se agencia com os outros, e assim desenharão malhas diferentes, segundo as improvisações diferenciais que realizem. (BONET:2014:342)

\*\*\*

A abordagem de itinerários terapêuticos foi acionada neste trabalho para buscar extrapolar o sentido da busca por cuidado como uma ação que busca lidar unicamente com uma dada sintomatologia. Engajar-se em uma itineiração é também estabelecer relações com o meio em que se dá interativamente a busca por cuidado e as diferentes abordagens terapêuticas que podem surgir nesse caminho. Partindo dessa perspectiva, e em diálogo com a concepção de adoecimento como uma experiência relacional proposta por Groisman (2016), é possível enfatizar outros processos presentes na mobilização da busca por cuidado.

Em articulação com o capítulo 2 deste trabalho, os caminhos abertos pela Reforma Psiquiátrica são um ponto de inflexão nas biografias marcadas por longos processos de internações compulsórias. É a partir de tal abertura que esses outros caminhos podem ser percorridos, entre as instituições comunitárias e outros serviços públicos, e as demais relações e espaços que compõem o plano das experiências com o campo da saúde mental. Com a reformulação dos modelos de atenção à saúde mental, e também considerando as formas com que o modelo manicomial ainda persiste, o projeto de desinstitucionalização da população em hospitais manicomiais é um caminho em aberto e que continua em vias de implementação. Uma antropologia da saúde interessada com os coletivos com os quais estabelece relações de pesquisa Langdon; Maluf; Tornquist (2016) pode trazer contribuições para o contexto das políticas de saúde mental ao trazer à tona uma perspectiva relacional acerca das experiências de saúde-adoecimento em que as noções de corpo, doença e saúde possam ser compreendidas sob outros enfoques e multiplicidades, enriquecendo o debate sobre as tecnologias de cuidado e os desafios enfrentados pelas populações que visam acolher.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho visou discutir aspectos referentes às políticas públicas de saúde mental em processo de implementação hoje no Brasil amparando-se em uma experiência etnográfica em um Centro de Atenção Psicossocial. A esse propósito, discuto o vínculo que estas políticas têm para com o processo de reforma psiquiátrica como um conjunto de interpelações feitas ao Estado quanto ao modelo de atenção asilar perpetrado pelas ciências biomédicas e a psiquiatria. Uma abordagem antropológica desse processo evidencia seus aspectos heterogêneos e o campo de negociações e conflitos em torno das práticas de cuidado em saúde mental como um campo de relações que pode exceder o âmbito do Estado e suas políticas. Um outro aspecto discutido é sobre a medicalização do sofrimento mental como principal tecnologia empregada no manejo do adoecimento e procuro trazer problematizações a esse modelo centrado em um paradigma patológico que desvincula a aflição de seus vínculos sociais e políticos e do processo saúde-doença como um acontecimento que é vivenciado a partir de relações com serviços, instituições, agentes públicos, dentre outros espaços.

A reforma psiquiátrica possui vários desdobramentos, dentre eles destaco a potência dos processos de desinstitucionalização como um caminho para pensar as histórias que podem ser contadas a partir da circulação de usuários e profissionais da saúde e como esses atores *fazem* a Política de Saúde Mental no âmbito local e extrapolam o que é antevisto como ação do Estado e produzem práticas locais.

Conforme exposto ao longo deste trabalho, retomo as noções de agenciamentos singulares (Andrade & Maluf, 2017) e improvisações criativas (Bonet, 2014) como perspectivas de analisar a oficina do qual fiz parte situando-a no contexto mais amplo das reformas psiquiátricas. Essas formulações permitem perceber as práticas em seus contextos cotidianos, quanto as releituras que podem ser feitas em relação às práticas de assistência e cuidado. A oficina é um agenciamento singular na medida em que o saber em ação não se restringe ao biomédico e psiquiátrico, contudo fizesse referência a este, mas buscava ser um espaço de aprendizado e convivência com a comunidade. A noção de improvisações criativas é interessante para pensar como os itinerários terapêuticos em saúde mental envolvem tanto improvisações de profissionais da saúde, bem como as estratégias e escolhas terapêuticas por parte dos usuários do sistema de saúde, e

busca, com isso, revelar como a busca por cuidado não é um movimento retilíneo que leva apenas às instituições, e pontua um foco nas relações que são construídas com e através desses espaços e outros trajetos possíveis.

Nesse sentido, sugiro que a oficina do grupo de capoeira pode também extrapolar seu sentido terapêutico, e abrange também seus aspectos de sociabilidade e convivência, do acesso a cidade e a circulação de pessoas historicamente relegadas às instituições manicomiais.

A contribuição de uma perspectiva etnográfica é importante para trazer a superfície formas de manejar o adoecimento e saúde em que:

outras políticas da vida vêm sendo exercidas por sujeitos reais em suas vidas e experiências cotidianas. Cabe perguntar o quanto o reconhecimento dessas políticas, saberes e práticas pode contribuir para que se repense a dinâmica de funcionamento das instituições e dos dispositivos do Estado no campo das políticas públicas, do reconhecimento e dos direitos. (MALUF: 2018:40)

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, Ana Paula Müller de. Entre reformas e revoluções: tensionamentos no campo da política de saúde e saúde mental no Brasil. In: LANGDON, E J., GRISOTTI, M. (orgs.). Políticas públicas: Reflexões antropológicas. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2016

ANDRADE, Ana Paula Müller de. MALUF, Sônia Weidner. Sujeitos e(m) experiências: estratégias micropolíticas no contexto da reforma psiquiátrica no Brasil. *Physis* [online]. 2016, vol.26, n.1, pp.251-270. ISSN 0103-7331. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312016000100014>.

BONET, Octavio. Itineranças e malhas para pensar os itinerários de cuidado. A propósito de Tim Ingold. *Sociol. Antropol.* [online]. 2014, vol.4, n.2, pp.327-350. ISSN 2236-7527.

BONET, Octavio. De restos e sofrimentos: sobre fazer etnografias em serviços de saúde. In: Ednalva Maciel Neves, Marcia Reis Longhi & Mônica Franch. (orgs) *Antropologia da Saúde: Ensaio em Políticas da Vida e Cidadania*. Brasília: ABA Publicações, João Pessoa: Mídia Gráfica e Editora, 2018.

BRASIL, Política de Saúde Mental.

BRAGA, Giovana Geslline. 30ª Reunião Brasileira de Antropologia, 2016, João Pessoa/ PB. “Quem vem lá sou eu, berimbau bateu, capoeira mais eu”: o ofício do antropólogo como consultor, seus pares, o Estado e os mestres na salvaguarda da capoeira.

FLEISHER, Soraya. Autoria, subjetividade e poder: devolução de dados em um centro de saúde na Guariroba (Ceilândia/DF). *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2015, vol.20, n.9, pp.2649-2658. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015209.03312015>.

GUIMARÃES, S. M. F.; ROSA, J. C. DE S.; VASCONCELOS, J. P. R.; ANDRADE, F. R. Por entre sociabilidades diversas: experiências de um projeto de extensão na saúde indígena. *Participação*, n. 27, p. 53-55, 8 out. 2015.

GUIMARÃES, S. M. F. Povos indígenas e a legislação sobre ética em pesquisa no Brasil: relatos de uma pesquisa em saúde indígena. In: Revista Mundau, nº 2. Desafios e Dilemas da Ética em Pesquisa nas Ciências Humanas, 2017

GROISMAN, Alberto. Vó Nadir e as políticas públicas de saúde: por uma clínica plural. In: LANGDON, E J., GRISOTTI, M. (orgs.) Políticas públicas: Reflexões antropológicas Florianópolis: Ed. da UFSC, 2016

LANGDON, J L; MALUF, S W; TORNQUIST, C S. Ética e política em pesquisa: os métodos qualitativos e seus resultados. In: LANGDON, E J., GRISOTTI, M. (orgs.). Políticas públicas: Reflexões antropológicas. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2016

LIMA, Daniela Duarte. TEIXEIRA, Carmem Fontes de Sousa. Produção científica brasileira sobre ações de extensão universitária na atenção ao uso e ao abuso de álcool e outras drogas (2007-2016). In: Revista Interfaces, Volume 7/ n. 1. Minas Gerais: Revista de Extensão da Universidade de Minas Gerais, 2019

MALUF, Sônia Weidner. Biolegitimidade, direitos e políticas sociais: novos regimes biopolíticos no campo da saúde mental no Brasil. In: Sônia Weidner Maluf, Érica Quinaglia Silva. (orgs.) Estado, políticas e agenciamentos sociais em saúde: etnografias comparadas. Florianópolis: Ed. da Editora da UFSC, 2018.

POLÍTICA NACIONAL DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA - Fórum de Pró-Reitores das Instituições de Educação Superior Brasileiras - FORPROEX. Manaus, 2012.