



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA – UniCEUB
FACULDADE DE CIÊNCIA DA SAÚDE E EDUCAÇÃO – FACES
CURSO DE PSICOLOGIA

JULIA COBUCCI DO ESPÍRITO SANTO

**CLASSIFICAÇÃO *INVERSO* DAS DOENÇAS: UMA
(DES)CONSTRUÇÃO COLETIVA EM UM CENTRO DE
CONVIVÊNCIA E CULTURA**

BRASÍLIA

2019

JULIA COBUCCI DO ESPÍRITO SANTO

**CLASSIFICAÇÃO *INVERSO* DAS DOENÇAS: UMA
(DES)CONSTRUÇÃO COLETIVA EM UM CENTRO DE
CONVIVÊNCIA E CULTURA**

Monografia apresentado à Faculdade de Psicologia do Centro Universitário de Brasília – UniCEUB como requisito parcial à conclusão do curso de Psicologia.

Professora-orientadora: Dra. Tania Inessa Martins de Resende

BRASÍLIA

2019

**CLASSIFICAÇÃO *INVERSO* DAS DOENÇAS: UMA
(DES)CONSTRUÇÃO COLETIVA EM UM CENTRO DE
CONVIVÊNCIA E CULTURA.**

Monografia apresentado à Faculdade de Psicologia do Centro Universitário de Brasília – UniCEUB como requisito parcial à conclusão do curso de Psicologia.

Professora-orientadora: Dra. Tania Inessa Martins de Resende

BRASÍLIA, 17 de dezembro de 2019.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Tania Inessa Martins de Resende, Dra.

Prof. Thiago Petra da Motta Campos, Me.

Prof. Frederico Abreu, Me.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, gostaria de agradecer a cada pessoa que faz parte da Inverso (e, além dela, da minha vida também). Agradeço por me receberem ao longo desses últimos anos. Desde que os conheci, nunca mais fui a mesma.

Agradeço imensamente à minha orientadora, supervisora e mestra de vida, a prof. Tania Inessa, que, com muita doçura, me ensinou tudo que sei sobre saúde mental e sobre o cuidado ético com aqueles que sofrem. Obrigada pela convivência desses últimos anos. Levo para minha vida o que aprendi com você.

Agradeço ao Thiago Petra pela parceria, aprendizados, infinitas risadas, vandalismos e carnavais. Além de um querido amigo, ainda se tornou um irmão. E como todo irmão mais velho, adora me aperrear – faz questão de falar do meu delicioso café.

Não posso deixar de agradecer ao Tonho, que além de ser um amigo muito querido, foi quem me apresentou a Inverso.

Agradeço aos amigos que fiz ao longo dessa graduação. Obrigada pelas trocas e por tornarem esse processo mais leve. Destaco duas pessoas muito queridas que estavam bastante presentes nestes últimos semestres. A Dani pela presença nesses momentos tão caóticos, por compartilhar as angústias e transformar em risadas e pelas aventuras de estágio que tivemos. Agradeço mais ainda pela amizade. E obrigada Bruno pela companhia e parceria nos estágios. Adoro vocês dois!

Agradeço muito à Família EPSA, que mesmo com a minha ausência, esteve sempre presente e dando apoios infinitos. Agradeço a cada um por proporcionar os momentos mais engraçados da minha vida, amo vocês!

Gostaria de agradecer aos professores que fizeram parte da minha formação como psicóloga. Destaco alguns pela afinidade e para expressar minha enorme admiração: Ciomara, Valéria Mori e Léo. Não poderia deixar de homenagear o saudoso professor Fernando Gonzalez Rey, foi uma honra e um prazer ter sido orientada por este grande mestre.

Dedico esse final para agradecer, do fundo do meu coração, à minha família tão amada. Agradeço aos meus pais pelo constante e incansável incentivo aos estudos e, claro, pelo cuidado carinhoso que sempre tiveram comigo. Amo muito vocês! À minha querida

mama por me ensinar, desde pequena, a importância de ser uma mulher empoderada e por ser um exemplo de dedicação ao trabalho. Ao meu pai, defensor do nosso cerrado, por sempre me mostrar a importância da leitura e por ter me influenciado a não me conformar com as desigualdades sociais.

Agradeço muito aos meus irmãos. À Luiza, por ser meu alicerce, meu oposto complementar e por acolher meus infinitos dramas. Amo você, irmã! Ao Tiaguine, meu irmão mais velho que eu tanto admiro e que mesmo em outro hemisfério está tão presente. Agradeço demais por me receber e me ajudar a amadurecer. Te amo muito!

Ao meu gato, Bêbe, pela presença constante em um momento tão difícil, que é escrever uma monografia. Mesmo ter subido no meu computador e digitado nos meus textos, contribuiu para que esse processo fosse mais agradável. Amo muito meu Bibi.

Por fim, agradeço muito ao meu analista, Luiz Celes, por me sustentar, suportar, chacoalhar, me acolher e ouvir.

Não vou ceder o meu ser

Estamira

RESUMO

O diagnóstico psiquiátrico pode gerar sérios impactos na vida daqueles que estão ou estiveram em sofrimento psíquico grave. Ao receber o diagnóstico, o sujeito pode ser estigmatizado, deslegitimado e ter a sua identidade reduzida a isso. O objetivo deste trabalho foi analisar o processo de elaboração da Classificação *Inverso* das Doenças, que foi realizado em um Centro de Convivência e Cultura do Distrito Federal. A Classificação *Inverso* das Doenças teve como objetivo dar voz para que os frequentadores do centro de convivência pudessem questionar ou discordar do diagnóstico que um dia receberam. Essa discussão abarcou também os sintomas e estados emocionais. Diante disso, foi exposto o processo histórico do sistema diagnóstico e seus impactos sociais. Para compreender o contexto sócio-histórico, foi feita uma breve explicação sobre a Política Nacional de Saúde Mental destacando o Centro de Convivência e Cultura como um dos dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial por ser o campo deste estudo. Para realizar esta pesquisa qualitativa, optou-se pela metodologia da hermenêutica da profundidade. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com os profissionais do centro de convivência, entrevista narrativa com os frequentadores e foi utilizado os diários de campo da pesquisadora. Com as análises das informações qualitativas, foi possível concluir que as discussões da Classificação *Inverso* das Doenças serviram como uma desconstrução das ditas “doenças mentais” e verificou-se que para diagnósticos, sintomas e estados emocionais foi dado um sentido e significado singulares para cada frequentador. Além disso, constatou-se que a presença ou ausência do outro tem um papel importante para que o sofrimento seja intensificado ou amenizado. Por fim, percebeu-se que o processo de discussão da Classificação *Inverso* das Doenças, configurou-se, também, como um momento de ajuda mútua.

Palavras-chave: Saúde mental. Diagnóstico psiquiátrico. Estigma. Centro de Convivência e Cultura.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	9
CAPÍTULO I – A Política Nacional de Saúde Mental e o retrocesso em tempos sombrios	13
1.1 A Política Nacional de Saúde Mental – O fruto da luta pelo cuidado humanizado	13
1.2 Tempos retrógrados e o grito da resistência	16
CAPÍTULO II – O diagnóstico	23
2.1 As diversas faces do diagnosticar	23
2.2 Sistema diagnóstico: a classificação do sofrimento	26
2.3 Estigma: uma ferida exposta	30
CAPÍTULO III – A convivência	33
3.1 O cuidar através da convivência	33
3.2 Conhecendo a Inverso: o refúgio da (r)existência	34
3.3 Classificação <i>Inverso</i> das Doenças - Porque “a vida não cabe em um diagnóstico”	36
CAPÍTULO IV – METODOLOGIA	38
CAPÍTULO V – Análise das informações qualitativas	42
5.1 Contextualização sócio-histórica	42
5.1.1 A capital desassistida	42
5.1.2 A(o) Inverso	46
5.2 Análise formal	51
5.2.1 Construindo narrativas	51
5.2.2 As repercussões do diagnóstico	58
5.2.3 O diagnóstico <i>inverso</i>	62
5.2.4 Classificação <i>Inverso</i> das Doenças: alcances e limites	66
5.3 Interpretação/ Reinterpretação	71
5.3.1 Sentidos singulares e plurais	71
5.3.2 O outro	73
CONSIDERAÇÕES FINAIS	75
REFERÊNCIAS	77
APÊNDICES	87

INTRODUÇÃO

O interesse pelo tema deste trabalho surgiu a partir de uma inconformidade de minha parte acerca dos rótulos que reduzem a existência. Comecei a refletir melhor sobre esta questão no ano 2015, quando uma grande amiga passou por uma crise de mania. Ela ficou dois meses vivendo intensamente: falava bastante sobre desigualdades sociais e até um manuscrito de um livro escreveu; dançava, tentou aprender a jogar capoeira, cantava e acreditava que Chico Buarque estava cantando exclusivamente para ela. Não conseguia entender o porquê de seus pais não a deixarem sair para a rua. Ela não sabia o que estava acontecendo para as pessoas tentarem escondê-la. Dois meses se passaram e veio a depressão, foi profunda, ela não conseguia sair da cama e ouvia das pessoas que era melhor assim, pois este estado era mais discreto e mais fácil de controlar. O psiquiatra diz que ela é bipolar e que precisará tomar remédios controlados para o resto de sua vida. Ela acreditou nisso. Eu não conseguia conceber o fato dela ‘vestir a camisa’ do Transtorno Bipolar e que, por causa de uma experiência que teve, seria suficiente para defini-la eternamente como um diagnóstico psiquiátrico que recebeu.

Com a vivência que tive com essa amiga, comecei a me interessar pelo campo da saúde mental. Entrei no *Projeto de Extensão Interdisciplinar em Saúde Mental (PRISME¹)* no primeiro semestre de 2016 e permaneci por três anos e meio - o que, definitivamente, mudou a minha vida. Através desse projeto de extensão, tive a oportunidade de frequentar o único Centro de Convivência e Cultura em saúde mental do Distrito Federal – a ONG Inverso. Além da amiga a qual fiz referência e com a convivência que tive com cada frequentador da ONG, foi a prova viva de que o diagnóstico não é capaz de definir ninguém.

Dentre as oficinas oferecidas pelo Centro de Convivência, a Oficina de Intervenção Urbana foi a que permaneci por mais tempo - foram três anos. Essa oficina tem como objetivo dialogar com a cidade a temática da saúde mental e da luta antimanicomial. Isso acontece, principalmente, por meio de lambe-lambes e estêncis que são fixados em diversos pontos da cidade. O primeiro momento da oficina é direcionado para seja elaborada uma

¹ O PRISME é um projeto de extensão do UniCEUB no qual possibilita com que os alunos dos cursos de Psicologia, Enfermagem, Direito, Educação Física e Medicina atuem em serviços de atenção à saúde mental do Distrito Federal.

frase ou mensagem para intervir na cidade. Esse momento é caracterizado como um processo criativo em que se discute sobre temas variados e de interesse dos frequentadores relacionando com a saúde mental e para que, posteriormente, se possa realizar a intervenção.

Foi em um desses momentos criativos que surgiu uma inquietação do grupo a respeito da patologização da vida. A partir daí, foi aflorada a ideia de fazer uma contraposição com a Classificação Internacional das Doenças (CID). Esse momento de discussão foi nomeado de Classificação *Inverso* das Doenças. A cada oficina era debatido um tema diferente: sejam diagnósticos, sintomas ou estados emocionais. A proposta era de ouvir os sentidos e os significados que os frequentadores atribuíam a estas questões. Era feita uma inversão do modelo clássico de diagnóstico, repensando-o a partir da vivência dos frequentadores que se sentiam à vontade para compartilhar. Diante disso, abria a possibilidade para um espaço de reflexão acerca da singularidade e a complexidade de cada um.

Os momentos em que se discutia a Classificação *Inverso* das Doenças, se tornou também uma ocasião de ajuda mútua e compartilhavam-se estratégias para enfrentar o sofrimento vivido. Além disso, era um momento de desabafo dos frequentadores e, muitas vezes, de compreensão e suporte entre seus pares que, em algum momento, viveu algo semelhante.

Diante desse projeto realizado na *Inverso*, junto a minha inquietação acerca da rotulagem de pessoas em sofrimento e a redução de sua identidade a um diagnóstico, senti-me motivada a escrever sobre a Classificação *Inverso* das Doenças. Essa seria uma forma de concretizar no papel que *a vida não cabe em um diagnóstico*².

Este trabalho de monografia está articulado com o paradigma da desinstitucionalização, que inspirou a Política Nacional de Saúde Mental do Brasil. Esse modelo, de origem italiana, é considerado um processo social complexo, uma vez que “tende a mobilizar como atores os sujeitos sociais envolvidos, que tende a transformar as relações de poder entre pacientes e instituições, que tende a produzir estruturas de saúde mental que substituem inteiramente a internação no hospital psiquiátrico” (ROTELLI,

² Frase elaborada coletivamente durante a Oficina de Intervenção Urbana e que se tornou uma intervenção. Além disso, foi título do evento de comemoração de 15 anos de parceria entre o Projeto de Extensão Interdisciplinar em Saúde Mental do UniCEUB (PRISME) e a *Inverso*.

2001, p. 18). Alinhado a isso, Amarante (2015) enfatiza que esse processo não se reduz às instituições e os serviços ofertados, “mas que enfrente os aspectos conceituais da psiquiatria, sua função de controle na sociedade, [...] sua inter-relação com os interesses mercadológicos e exploratórios existentes neste campo” (p. 78).

Nesse sentido, para estruturar este trabalho de monografia, elaborei cinco capítulos. O primeiro deles é dividido em dois tópicos: primeiro tem como objetivo fazer uma breve explicação sobre a Política Nacional de Saúde Mental e visa esclarecer o paradigma da desinstitucionalização como um modelo que rompe rigorosamente com a lógica manicomial. O segundo tópico tem como objetivo fazer uma denúncia aos retrocessos sofridos no campo da saúde mental e que vem acontecendo progressivamente no país (VASCONCELOS, 2016).

O segundo capítulo conta com três tópicos. O primeiro faz referência a uma sucinta apresentação do percurso histórico do ato de diagnosticar. Essa explicação tem como objetivo compreender como o foi processo de chegar ao sistema diagnóstico que temos como referência nos dias atuais. Esta explicação está no segundo tópico deste capítulo. No tópico seguinte, faço uma reflexão acerca dos impactos que tem o diagnóstico na vida de quem recebe o diagnóstico psiquiátrico e dou ênfase nos estigmas e preconceitos vividos por essas pessoas.

No terceiro capítulo, também faço uma divisão em três tópicos. No primeiro faço o esforço de explicar brevemente como a convivência pode ser um dispositivo de cuidado. Me inspiro e fundamento essa ideia na tese de doutorado intitulada como *Eis-me aqui: a convivência como dispositivo de cuidado no campo da saúde mental*. A partir disso, dedico este tópico para explicar as três disponibilidades de cuidado elaboradas pela autora: *estar com, fazer junto e deixar ser* (RESENDE, 2015; RESENDE; COSTA, 2017).

No segundo tópico desse capítulo, apresento o Centro de Convivência e Cultura como um dos dispositivos que compõe da Rede de Atenção Psicossocial. No tópico seguinte, apresento o modo de funcionamento da Inverso (o único Centro de Convivência e cultura do Distrito Federal). Destino esse tópico para apresentar o espaço, seus fundamentos e suas práticas (FALEIROS, 2017). No último tópico deste terceiro capítulo, finalmente, apresento detalhadamente a Classificação *Inverso* das Doenças e como se deu o seu processo de construção.

O quarto capítulo faz referência à metodologia utilizada para realizar esta pesquisa qualitativa, ancorada na proposta de Demo (2001). Discorro sobre as estratégias utilizadas para coletar as informações: entrevistas narrativas com os frequentadores, entrevistas semiestruturadas com os profissionais e diários de campo de minha autoria. Com isso, explico sobre as entrevistas narrativas para sustentar teoricamente o propósito deste modo de fazer entrevista, que tem como um de seus atributos, dar maior visibilidade para a fala dos participantes (VASCONCELOS, 2006). Explico também sobre a relevância dos diários de campo para esta pesquisa.

O capítulo seguinte é destinado para a análise das informações qualitativas. A análise foi baseada na hermenêutica da profundidade, que é uma reinterpretação de Demo (2001). Este métodos consiste por três diferentes e complementares etapas de análise. Além disso, são apresentadas as construções das narrativas que foram realizadas junto aos frequentadores do Centro de Convivência e Cultura. Por fim, nas considerações destaco os principais pontos de maior relevância que surgiram ao longo desta pesquisa.

CAPÍTULO I – A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL E O RETROCESSO EM TEMPOS SOMBRIOS

Neste primeiro capítulo, procuro contextualizar brevemente a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) para que seja melhor compreendida a lógica de cuidado ofertada às pessoas em sofrimento psíquico grave (COSTA, 2003; 2010) no Brasil. Em seguida, serão registrados e analisados os retrocessos que estão acontecendo paulatinamente no país - especificamente no campo da saúde mental.

1.1 A Política Nacional de Saúde Mental – O fruto da luta pelo cuidado humanizado

A Política Nacional de Saúde Mental tem como inspiração o modelo italiano de desinstitucionalização, que tem como principal objetivo “transformar as relações de poder entre a instituição e os sujeitos e, em primeiro lugar, os pacientes” (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 2001, p. 32). Instituição, segundo os autores, ultrapassa os muros dos manicômios em si. Rotelli (2001) compreende que não se trata apenas da instituição física, mas sim “o conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos, de códigos de referência cultural e de relações de poder estruturados” (p. 90) acerca da loucura. Em vista disso, depois de décadas de luta em prol do cuidado humanizado para pessoas em sofrimento psíquico, o ano de 2001 se configura como um marco histórico no país com a aprovação da Lei 10.216, que foi inspirada no projeto de Lei do Deputado Federal do Partido dos Trabalhadores (PT) de Minas Gerais, Paulo Delgado. A Lei prevê a garantia dos direitos da pessoa em sofrimento, bem como a substituição dos serviços de caráter asilar por serviços abertos à comunidade (BRASIL, 2001).

Anterior à essa conquista, desde o início da década de 1960, o Brasil caminhava em direção ao processo de privatizar serviços voltados à saúde, incluindo, então, a saúde mental, o que “transformou a loucura em um negócio altamente rentável” (PACHECO, 2009, p. 148). Assim, o crescimento de pessoas enclausuradas, excluídas, estava a serviço da ganância capitalista (PACHECO, 2009). No entanto, após alguns anos, especificamente no fim de 1970, diante do momento de confronto à ditadura militar, trabalhadores desse campo denunciavam, não só as condições nas quais trabalhavam, mas também as práticas de

violência e negligência com as pessoas que estavam internadas, de modo a “desmascarar a realidade manicomial” (PACHECO, 2009, p. 149).

Ao trazer a ideia de *realidade manicomial* se faz referência à “negação dos direitos, da voz, da expressão, da rede social do louco, aprisionado pelos muros, pela classificação e pela medicalização da doença” (FALEIROS; CAMPOS, 2016, p. 114). Lancetti (2016) e Oliveira (2009), entendem as práticas e o espaço físico do manicômio como causador da cronificação do sujeito em intenso sofrimento. Amarante (2007) compara essa instituição com o sistema carcerário, por ser pautada “na vigilância, controle e disciplina” (p. 61).

Diante desse cenário, em 1978, fundou-se o Movimento Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, que simbolizou o início da Reforma Psiquiátrica no Brasil (PACHECO, 2009). De acordo com Tenório (2001), a Reforma Psiquiátrica busca a reinserção social de quem um dia foi rotulado como louco e o resgate da legitimação de sua cidadania. Partindo desses princípios, não se pensava mais em transformar o hospital psiquiátrico ou adaptá-lo – a ideia é de substituição total desses (des)serviços e “uma transformação social e política da psiquiatria mediando um outro *lugar social* para o sofrimento humano, a diferença, a diversidade” (AMARANTE, 2015, p. 68, grifo do autor).

Pensando nisso, Amarante (2015) destaca duas principais dimensões para a efetivação da Reforma Psiquiátrica: de cunho teórico-conceitual e de mobilização de usuários e pessoas que os circundam para incentivar o protagonismo dessas pessoas, para que a luta não se restrinja aos profissionais dos serviços. A partir disso, a primeira das dimensões, traz consigo a necessidade de um olhar crítico e problematizador acerca do fazer ciência no campo da saúde mental para não se conformar com o modelo hegemônico (AMARANTE, 2015). Modelo este que, diante de uma sociedade capitalista, carrega consigo interesses mercadológicos, predomina relações de poder, de controle, de redução do sujeito à “doença” que aparentemente apresenta e, conseqüentemente, acarretando em exclusão (AMARANTE, 2015; BASAGLIA, 1985; 2005; FOUCAULT, 2002a; 2019).

Tendo em vista que a Reforma Psiquiátrica visa também a reinventar a clínica, Lobosque (1997) sugere três princípios fundamentais para alcançar a mudança e caracterizá-la como antimanicomial. São eles: o princípio da *singularidade*, do *limite* e da *articulação*. O primeiro deles visa respeitar a complexidade e singularidade do sujeito – ressaltando que “o sujeito não é único nem idêntico a si mesmo, residindo o singular de

cada qual não em sua unidade suposta, mas numa discordância fundamental” (LOBOSQUE, 1997, p. 22). A autora condena a noção de adaptação do sujeito e, então, o convida a se sustentar diante de sua diferença e, concomitantemente, respeitando os limites da cultura em que está inserido.

Articulado a isso, o princípio do limite traz um compromisso de convocar a cultura a conviver com as diferenças (LOBOSQUE, 1997). Para isso, a autora conta com o princípio da articulação para que haja uma troca de saberes entre diferentes campos de conhecimento. No campo da saúde mental, frente aos pressupostos da Reforma Psiquiátrica, essa interlocução é de extrema importância para promover um diálogo que possa ter um maior alcance a diferentes meios sociais (PACHECO, 2009).

O trabalho interdisciplinar na saúde mental rompe com a lógica de cuidado que centraliza o tratamento e a relação apenas entre o médico e o paciente – ou, como coloca Amarante (2007), especificamente na psiquiatria, se torna uma relação do médico com a doença. Assim, após a consolidação da Reforma Psiquiátrica, o trabalho realizado nesse campo é efetivado por

uma rede de relações entre sujeitos, sujeitos que escutam e cuidam – médicos, enfermeiros, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, dentre muitos outros atores que são evidenciados nesse processo social complexo – com sujeitos que vivenciam as problemáticas – os usuários e familiares e outros atores sociais (AMARANTE, 2007, p. 82).

Com o trabalho em rede se torna possível uma articulação entre diversos dispositivos, que não se restringem apenas ao âmbito da saúde, em prol de certificar a “resolutividade, promoção da autonomia e da cidadania das pessoas com transtornos mentais” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005, p. 24).

Para que se possa compreender a dimensão e funcionamento em rede, se faz necessário explicitar a concepção de território (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005). Fazer referência a este conceito no campo da saúde mental significa delimitar as ações de cuidado e a articulação dos diversos serviços de forma regionalizada - ou seja, na comunidade em que o sujeito está inserido (TENÓRIO, 2002; PINHO et al., 2010). Busca-se criar e potencializar vínculos com os diversos dispositivos já presentes na comunidade (AMARANTE, 2007). É importante ressaltar que não se trata apenas do espaço físico e geográfico, mas também as relações afetivas, sociais e culturais que vêm sendo estabelecidas pelo sujeito (DELGADO, 1997 apud TENÓRIO 2002). Dito isso, é a partir

das trocas e o diálogo com o território, que se torna possível uma transformação desse campo como promotor de cuidado e de inclusão social da loucura (DELGADO, 2007).

Seguir os pressupostos da Reforma Psiquiátrica, é, indispensavelmente, pautar o cuidado visando a inclusão social (TENÓRIO, 2001; DELGADO, 2007) de pessoas que vêm sendo historicamente colocadas nas margens e isoladas. Acredita-se que o maior desafio nesse campo não diz respeito à identificação e eliminação dos sintomas, mas sim, de auxiliar a promover novos projetos de vida, resgate da cidadania e de autonomia (TENÓRIO, 2001).

Para que esse modelo de oferta de cuidado seja efetivado, é preciso recorrer aos serviços substitutivos, que de acordo com Lobosque (2003) “ são aqueles que se constituem enquanto rede: conjunto articulado de dispositivos, equipamentos, ações e iniciativas que possibilita a **extinção** do hospital psiquiátrico” (p. 156, grifo meu). Vale pontuar que a extinção desta instituição deve acontecer de forma gradual e responsável; até que essa instituição seja completamente substituída por serviços pautados na lógica psicossocial conforme prevê a Lei 10.216.

Com isso, para uma melhor articulação desses serviços substitutivos, constatou-se a necessidade da criação de uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). A RAPS tem como atributo “a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental” (BRASIL, 2011, p. 1), conforme previsto na Portaria Nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011.

No entanto, desde o final do ano de 2015 até os dias atuais, a PNSM vem sofrendo ataques e passando por um processo de fragilização da RAPS (PINHO, 2018; AMARANTE, 2019; DELGADO, 2019; GULJOR et al., 2019; LIMA, 2019; VASCONCELOS, 2018, apresentação oral). Para melhor compressão desta situação, o próximo tópico abordará os principais pontos que marcam o retrocesso.

1.2. Tempos retrógrados e o grito da resistência

A atual conjuntura política do Brasil está marcada pelo autoritarismo, por uma adoção à doutrina neoliberal e pelo conservadorismo fortemente influenciado pela onda do movimento neopentecostal (VASCONCELOS, 2018, apresentação oral). Tem como representantes líderes que vêm tomando medidas historicamente comprovadas como

inefêazes, inclusive no campo da saúde mental. Retrocessos vêm acontecendo em nome da “ciência” e da luta contra “ideologias”³.

Ao fazer uma análise dos processos históricos, sociais e econômicos no Brasil, no âmbito da saúde mental, Vasconcelos (2016) sintetiza principais eventos que contribuíram para configurar o atual cenário que vivemos. O autor divide em quatro principais momentos o percurso de conquistas e desafios enfrentados na Reforma Psiquiátrica no Brasil. Na terceira delas, de 2001 à 2010, começa-se a sinalizar indícios do início do retrocesso (VASCONCELOS, 2016).

Vasconcelos (2016) pontua que esse momento foi marcado pela “crise progressiva induzida pelas políticas neoliberais e pela recessão econômica mundial [...] e pelo desinvestimento nas políticas sociais em geral e particularmente no SUS” (p. 41). Apesar disso, durante o governo Lula, aconteciam significativas transformações no campo da saúde mental: deixava-se de se configurar como um modelo centralizado no hospital psiquiátrico e destinou grande parte das verbas para os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS (DELGADO, 2015). No entanto, a crise econômica mundial de 2008 dificultou a continuidade dos avanços conquistados nas variadas agendas de políticas sociais, bem como no campo da saúde mental (VASCONCELOS, 2016).

Anos depois, com o processo de pedido de *impeachment* de Dilma Rousseff e crise política e econômica, esse cenário brasileiro estava cada vez mais fragilizado e à mercê de governantes que representam a ‘velha política’ (DEMOCRACIA EM VERTIGEM, 2019). Frente a isso, tornou-se permissivo o discursos de ódio⁴ e apoio a políticos de postura autoritária - tudo em nome da suposta luta contra a corrupção. Concomitante à essa crise, no final do ano de 2015, o então Ministro da Saúde, Marcelo Castro, nomeia como Coordenador-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras drogas, Valencius⁵ W. Duarte Filho: que se apresenta explicitamente com ideias contrárias à Reforma Psiquiátrica (PINHO,

³ Uso aspas tanto ao fazer referência à ciência, quanto à ideologia, por destacar que cada termo diz respeito a um discurso que desqualifica o debate acadêmico. Atualmente, temos representantes que se aproveitam desse argumento, banalizando o fazer ciência para sustentar suas próprias ideologias e crenças.

⁴ No aclamado documentário *Democracia em Vertigem*, dirigido por Petra Costa, a cineasta mostra exemplos desse discurso. Dentre eles, a fala do atual presidente Bolsonaro, no Congresso Nacional, homenageando o torturador denunciado pela Comissão Nacional da Verdade.

⁵ De acordo com Vasconcelos (2016), o psiquiatra Valencius tem em sua história de carreira profissional, a responsabilidade administrativa da “maior clínica psiquiátrica da América Latina. A instituição foi denunciada por maus tratos e violações de direitos humanos” (p. 68).

2018). Essa nomeação gerou revolta nos usuários, seus familiares e profissionais da Rede; que organizaram, então, manifestações em todo o país. Como efeito disso, o psiquiatra foi exonerado do cargo em cerca de três meses, no dia 06 de maio de 2016 (PITTA; GULJOR, 2019; PINHO, 2018). Apesar da grande vitória da resistência, Pinho (2018) pontua que “sua nomeação marca o início da reação conservadora sobre três décadas de construção e implementação da Reforma Psiquiátrica Brasileira” (p. 2).

Após essa nomeação, um outro marco negativo de indicação para o cargo de chefia mencionado, foi a de Quirino Cordeiro Júnior em 10 de fevereiro de 2017. Este médico psiquiatra se orienta por agendas que são incompatíveis com o paradigma da desinstitucionalização e tem como estratégia transformar a política nacional de saúde mental (PINHO, 2018). O autor revela que o fim desse ano foi encerrado com graves acontecimentos: aprovação da “desconfiguração da Política Nacional de Saúde Mental, colocando novamente a centralidade nos hospitais psiquiátricos (manicômios) e na ampliação do financiamento das Comunidades terapêuticas” (PINHO, 2018, p. 3).

Dias depois dessa decisão da Comissão Intergestores Tripartite, foi aprovada pelo Ministério da Saúde a Portaria n. 3588, de 21 de dezembro de 2017 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017). Além de ser claramente contra o paradigma da desinstitucionalização, esta Portaria é ilegal, pois fere os comandos normativos da Lei Federal 10.216 (BRASIL, 2001) e está em desacordo com o que é proposto pela Lei Distrital 975/DF; que prevê, o fechamento dos hospitais psiquiátricos e proíbe que novos sejam abertos (DISTRITO FEDERAL, 1995).

Frente a esse ocorrido, o Pleno do Conselho Nacional de Saúde se mobilizou e produziu um documento que formalizasse a não aceitação do conteúdo presente na Portaria. Foi por meio da Recomendação N° 001, de 31 de janeiro de 2018, que solicitou-se que o Ministério de Saúde revogasse a Portaria n. 3588, de 21 de dezembro de 2017. O Conselho Nacional de Saúde, além de questionar sobre a ausência e da sociedade civil para a formulação desse documento, sinaliza as ilegalidades do que é previsto pela Lei 10.216 (BRASIL, 2001). Foram destacados na Recomendação, os seguintes tópicos a serem alterados por meio da Portaria:

- a) A inclusão do hospitais psiquiátrico na Rede de Atenção Psicossocial;
- b) O aumento do valor da diária de internação em hospitais psiquiátricos;

- c) O não fechamento do leito com a desinstitucionalização do paciente crônico ferindo o disposto nas portarias 106/2000, 3090/2011 e 2840/2014;
- d) Aumento do número de leitos psiquiátricos em hospital geral de 15% para 20%;
- e) O aumento do número mínimo de 4 para 8 leitos de saúde mental em hospital geral para recebimento de custeio;
- f) Exigência da taxa de ocupação de 80% dos leitos de saúde mental em hospital geral, com condicionamento para recebimento de recursos de custeio;
- g) O retorno de serviços obsoletos, como as atividades ambulatoriais especializadas, enquanto as equipes da NASF⁶, Saúde da Família e do CAPS poderiam ser incrementadas e ampliadas para atender a esta demanda (BRASIL, 2018, p. 1-2).

Pode-se perceber que desde o fim do ano de 2015, o desenvolvimento do retrocesso foi se dando com maior força. Vasconcelos (2016) e Lancetti (2015) compreendem que um fator que também contribuiu para o retorno da onda de práticas manicomial foi a repercussão midiática e com apoio dos governantes com a equivocada ideia da “epidemia do crack”⁷. O período em que foi sediada a Copa do Mundo no Brasil e por ser um ano de eleições, serviu de motivação para recorrer a recursos que pudessem ter resultados imediatos nesse complexo problema de saúde e de segurança pública. Foi feita uma higienização social, assim esse problema não estaria mais aos olhos da população. A internação à força foi a saída mais conveniente para que isso fosse “resolvido” (VASCONCELOS, 2016). Lancetti (2015) nomeia de *contrafissura* esse “afã por resolver imediatamente e de modo simplificado problemas de tamanha complexidade” (p. 30).

A partir disso, pode-se dizer que houve uma expansão e fortalecimento nas chamadas comunidades terapêuticas. O que, de acordo com Amarante (2019), não são nem comunidades, tampouco terapêuticas. Essa instituição vem recebendo cada vez mais denúncias de maus tratos, violação de direitos humanos, tortura e outras atrocidades (LANCETTI, 2015; CFP, 2018; MPF, 2018). Nesse lugar, Lancetti (2015) aponta que há um silenciamento do sujeito de modo que nega-se sua voz e seu desejo. As comunidades terapêuticas pregam a abstinência como estratégia e para sustentar isso, Bolsonaro aprovou o Decreto N. 9.761 de 11 de abril de 2019 que acaba com a política de redução de danos (BRASIL, 2019)

⁶ Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) programa do Sistema Único Saúde (SUS): atua na Atenção Básica, composto por profissionais de variadas especialidades, um formado trabalho em rede e no território (BRASIL, 2008).

⁷ Lancetti (2015) critica enfaticamente esse conceito. Segundo o autor, isso não se caracteriza em uma epidemia, uma vez que não é uma doença viral ou bacteriana que possa ser transmitida por si só.

O tsunami da volta e legitimação de práticas manicomiais vem ganhando respaldo inclusive do próprio Congresso Nacional, com a *Frente Parlamentar Mista em Defesa da Nova Política Nacional de Saúde Mental e da Assistência Hospitalar Psiquiátrica* (BRASIL, 2018). Coordenada pelo pastor e deputado federal, Roberto Lucena, e composta por 226 deputados, essa frente parlamentar busca fazer um contraponto ao debate das políticas públicas de saúde mental, que acreditam que foi “sequestrado pela esquerda” (CISCATI, 2018). Em entrevista ao jornal *O Globo*, Lucena afirma que a sua motivação para abrir espaço para dito debate “livre de ideologias”, foi após ter sido buscado por associações hospitalares (CISCATI, 2018).

Esse processo de defesa à lógica centralizadora do hospital e instituições de caráter asilar é nomeado por alguns autores de *contra reforma psiquiátrica* (PINHO, 2018; PITTA; GULJOR, 2019). Como reflexo disso, pôde-se constatar por meio do mais recente Relatório Anual de Gestão, publicado no início do ano de 2019 pelo Ministério da Saúde, o número significativamente decrescente de incentivo e implementação dos serviços de atenção psicossocial no país – especificamente entre 2016 e 2018 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019). Uma outra questão a ser pensada sobre o baixo investimento nos serviços de saúde mental pode estar relacionada ao estigma da pessoa em sofrimento, mas especificamente aquelas que “não produzem”, que não contribuem de forma desejada ao sistema capitalista (VASCONCELOS, 2016b).

O início deste ano, de 2019, teve como marco negativo a publicação de documento com trinta e duas páginas que ameaça a lógica psicossocial– o avesso do que é proposto pela Lei Federal 10.216, pelo o que aconselha a Organização Mundial de Saúde e por longas décadas de luta⁸ (LOBOSQUE, 1997; GULJOR et al., 2019).

A Nota Técnica (NT) número 11/2019, de autoria de Quirino Cordeiro Júnior, coordenador-geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde, teve grande repercussão no país. Os principais jornais do Brasil e especialistas da área alertaram a situação à população. Além do conteúdo que nela está documentado, foi questionada a atitude autoritária, antidemocrática e unilateral por não ter havido nenhum tipo de debate

⁸ Faço referência ao movimento antimanicomial, que, de acordo com Lobosque (2001), é apartidário e sem um vínculo direto com o Estado. Nas palavras da autora, “é um movimento social, que organiza trabalhadores, familiares e usuários de saúde mental no combate às diferentes formas de exclusão da loucura” (p. 20).

prévio – seja com os usuários, seus familiares, ou trabalhadores da rede, técnicos e pesquisadores do campo (GULJOR et al., 2019; OLIVEIRA, 2019).

Ironicamente, na introdução dessa nota, o autor coloca que não iria “perder a essência de respeito à lei 10.216/01” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019, p. 3). No entanto, no segundo parágrafo seguinte à citação, defende que os hospitais psiquiátricos e Comunidades Terapêuticas (CT) farão parte da RAPS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019). E destaca que “o Ministério da Saúde não considera mais Serviços como substitutos de outros, **não fomentando mais fechamento de unidades de qualquer natureza**” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019, p. 3-4, grifo meu).

É de extrema gravidade as atuais mudanças na PNSM, intitulada como ‘nova’ política - apesar de não ser novidade em colocar o hospital psiquiátrico como instituição central no cuidado à saúde mental. Como reação a isso, o Conselho Federal de Psicologia (CFP) publicou uma matéria em seu *site* oficial, repudiando a NT e condenou a consolidação dos hospitais psiquiátricos por romper com o paradigma da desinstitucionalização e por estimular o modelo hospitalocêntrico (CFP, 2019). De acordo com Amarante (2007), nesse contexto em que predomina o saber da psiquiatria como o pilar do tratamento das pessoas em crise, se estabelece uma relação do médico com a doença e não mais com o próprio sujeito em sofrimento.

Com base na proposta apresentada na NT, pode-se afirmar que a tendência será caminhar ao encontro com o que autor referenciado condena. Tendo em vista que, centralizando os hospitais e as comunidades terapêuticas na assistência à saúde mental, os dispositivos da RAPS passam a ser coadjuvantes e perdem o seu valor (GULJOR et al., 2019).

O sanitarista Paulo Amarante, por meio do vídeo no canal da Fiocruz⁹ no *YouTube*, faz uma análise da NT e a compreende como imenso retrocesso, que encara a saúde como mercadoria para vislumbrar lucros (AMARANTE, 2018). O sanitarista faz uma denúncia aos políticos que apoiam esse documento por terem interesses mercadológicos – tendo em vista que alguns são proprietários de hospitais (AMARANTE, 2018).

Um ponto da NT que foi bastante polemizado encontra-se na página seis da nota - a eletroconvulsoterapia (ETC), que passou a ser financiada pelo Ministério da Saúde como

⁹ Fundação Oswaldo Cruz, que está vinculada ao Ministério da Saúde.

“equipamento de tratamento” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019, p. 6). Esse instrumento é conhecido equivocadamente como eletrochoque. É importante destacar que trata-se de instrumentos clínicos distintos. A população reagiu a essa decisão: vários dos jornais do país publicaram matérias repudiando e questionando o que foi determinado unilateralmente (CANCIAN, 2019; FIGUEIREDO, 2019; FORMENTI, 2019) bem como especialistas, técnicos manifestaram sua discordância (DELGADO, 2019; GULJOR et al., 2019; OLIVEIRA, 2019).

Em entrevista à *Folha de São Paulo*, a médica Rosana Onocko Campos compartilha a preocupação de como será utilizado nesse aparelho, quais serão os critérios para isso e levanta o seguinte questionamento: “uma vez que o SUS já dispõe disso, [em alguns hospitais, mas sem financiamento Federal], isso levanta a suspeita sobre a quem interessa essas compras” (CANCIAN, 2019, p. 1). Segundo Oliveira (2019), a eletroconvulsoterapia é um aparelho extremamente caro, bem como o seu procedimento, pois deve envolver uma equipe com, no mínimo, dois médicos e enfermeiros.

Em meio aos principais episódios do retrocesso expostos, Delgado (2019) lamenta sobre esse momento histórico dizendo, em suas palavras, que “é a primeira vez, em cerca de 35 anos, que visivelmente marchamos para trás”. Frente aos sentimentos que podem surgir neste momento, como de frustração, por exemplo, Vasconcelos (2016) nos lembra que não devemos nos paralisar,

devemos desenvolver a paciência histórica e reconhecer a impossibilidade de mudanças mais amplas, significativas e estruturais no curto prazo e, portanto a necessidade de combinar estratégias de curto com aquelas de longo prazo, de ir tateando e identificando as brechas e os sinais que apontam para projetos que poderão ser ampliados quando novas condições históricas se mostrarem no horizonte (p. 202).

O autor sinaliza a importância de dar continuidade aos projetos, de modo que as frustrações momentâneas não abalem ou acabem com os ideais e comprometimentos políticos. Dessa forma, Vasconcelos (2016) convoca ao “esforço de manter a chama ética da compaixão e da luta” (p. 202).

CAPÍTULO II – O DIAGNÓSTICO

Neste capítulo, em um primeiro momento, será apresentado brevemente o percurso histórico do ato de diagnosticar. Serão expostas diversas formas de compreensão acerca da suposta “doença mental”¹⁰, de como ela foi concebida como tal e como se deu o surgimento da concepção nosográfica do diagnóstico. A partir disso, será possível compreender outras faces do diagnosticar: trazendo o rompimento epistemológico de Freud, ao criar o conceito de *estrutura psíquica*. Também como contraponto à psiquiatria moderna, serão acrescentadas as contribuições de Jaspers (2003), que deu início aos estudos da psicopatologia fenomenológica-existencial por meio da obra *Psicopatologia Geral* (TENÓRIO, 2003).

No segundo momento, será descrita sucintamente a evolução do sistema diagnóstico, utilizando o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) elaborado pela *American Psychiatric Association* (APA) e a Classificação Internacional das Doenças (CID) produzida pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Será explicada a forma de apresentação e descrição dos diagnósticos nas diversas edições de cada um desses instrumentos, bem como a relação entre eles ao longo de suas publicações.

Ao compreender o funcionamento do DSM e da CID, serão debatidos os seus impactos na sociedade contemporânea. Impactos estes que podem ter como resultado o estigma sofrido por pessoas que foram categorizadas por um saber médico. Esse estigma acarreta a exclusão de pessoas que fogem da normatividade socialmente aceita.

2.1. As diversas faces do diagnosticar

O desenvolvimento histórico do ato de diagnosticar a pessoa em sofrimento carrega consigo um extenso debate acerca da doença como o que foge do campo da normalidade. Essa ausência de um referencial normativo, o patológico, é o que, de acordo com Safatle (2011), instiga o pensar. O autor compreende que o adoecer ou a própria doença em si, provoca um tormento mobilizador de um saber. Saber este que “transforma a doença em

¹⁰ O termo será colocado entre aspas, por apresentar um caráter pejorativo e reducionista acerca da complexidade da loucura (RESENDE; COSTA, 2017). Ao ser reconhecida como “doença mental”, se afastando da concepção de razão e normalidade, propicia segregação e silenciamento daqueles que se enquadram nessa classificação (BASAGLIA, 2005). Entretanto, será utilizado quando estiver presente na literatura que se faz referência.

um discurso pronto para ser lido e interpretado pelo olhar clínico. Discurso que se expressa em sintomas, nosografias, distúrbios, transtornos, síndromes e sinais vitais” (SAFATLE, 2011, p. 12). Rocha (2007), alinhado à essa perspectiva, complementa com a ideia de um vazio a ser significado.

Ao longo dos séculos, a tentativa por buscar explicações acerca das “doenças mentais”, teve como resultado as mais diversas formas de interpretação: desde punição dos deuses, possessão satânica, até causas orgânicas, herança hereditária e predisposição (CECCARELLI, 2005; MADEIRA; MASCHEN, 2016). No final do século XVIII, Philippe Pinel, articulando a medicina com a filosofia, idealizou a busca pela causa e pela cura da alienação mental, sendo então o principal fundador da psiquiatria moderna (MADEIRA; MASCHEN, 2016; FIGUEIREDO; TENÓRIO, 2002; CECCARELLI, 2005).

Além de fundador da psiquiatria moderna, Pinel é considerado como quem tutelou a loucura, de modo que apenas a medicina, a partir do século XVIII, seria a única autorizada a tratar da loucura (FOUCAULT, 2014). A partir de então, a psiquiatria apropriou-se desse fenômeno e passou a compreendê-lo como “doença mental” (FOUCAULT, 2014; 1975; 2019). Buscava-se a cura por meio da internação e pautava-se no **tratamento moral**, que se configurava em: incansável vigília, correção de qualquer ato que fugisse da norma e, caso não obedecessem, eram severamente punidos (FOUCAULT, 1975; 2006; 2014). Em crítica a isso, Foucault (2014) nos diz que, naquela época, “se a personagem do médico pode delimitar a loucura, não é porque a conhece, é porque a domina” (p. 498).

Outro autor com consideráveis e extensas contribuições para o saber médico psiquiátrico foi Emil Kraepelin. Foi a primeira pessoa a desenvolver um sistema classificatório de padronização das “doenças mentais” (LOBOSQUE, 2001; MADEIRA; MASCHEN, 2016). O médico, de origem alemã, desenvolveu um “projeto nosográfico [...] fundamentalmente categorial, ou seja, as identidades diagnósticas deveriam ser descritas idealmente como unidades mórbidas isoladas” (COSTA PEREIRA, 2009, p. 162). No entanto, Kraepelin, com o passar dos anos de estudo, se convence da importância da subjetividade e singularidade do sujeito diante o sofrimento psíquico (COSTA PEREIRA, 2009).

Contemporâneo ao psiquiatra e pai dos sistemas nosográficos, Freud rompe com o modelo epistemológico vigente da época e cria a concepção *estrutural* do inconsciente

(CECCARELLI, 2005; MADEIRA; MASCHEN, 2016). Freud (1917/2018) denuncia as práticas da psiquiatria clínica por não dar a importância devida “a forma de manifestação e conteúdo do sintoma” (p. 279). Faz importantes críticas às formas de diagnosticar. Dentre elas, nas palavras do autor:

a psiquiatria dá diversos nomes às diversas obsessões e nada diz ao seu respeito. Por outro lado, enfatiza que os portadores de tais sintomas são degenerados. Isso não satisfaz; é, na verdade, um juízo de valor, uma condenação, em vez de explicação (FREUD, 1917/2018).

As contribuições do saber freudiano para se pensar o diagnóstico da estrutura psíquica - ou seja, neurose, psicose e perversão – pode servir como um referencial norteador do manejo de cada caso (LOBOSQUE, 2001). No entanto, a psiquiatria caminhou na direção de “substituir as grandes categorias [...] por descrições especificadas de fenômenos objetivos” (FIGUEIREDO; TENÓRIO, 2002, p. 40). Por mais que haja uma preocupação em classificar e padronizar minuciosamente os sintomas, Lobosque (2001) examina essa trajetória da psiquiatria da seguinte forma: “ela caminhou no sentido da simplificação, com os perigos do empobrecimento” (p. 57).

A crítica feita pela autora coaduna com a ideia de que o ato de diagnosticar pode se tornar banalizado e levar ao esquecimento do sujeito e sua subjetividade. Contrário a isso, essa concepção nos remete ao que Jaspers (2003) compreende como tema central de seus estudos psicopatológicos: “o homem todo em sua enfermidade” (p. 17). Assim, o autor alerta que, em momento algum, se deve reduzir pessoas a diagnósticos. Ele complementa essa percepção com a noção de que

Não conhecemos nenhum conceito fundamental que possa conceber o homem exaustivamente. Nenhuma teoria em que se possa apreender, como um acontecimento objetivo, toda a sua realidade. Por isso, a atitude científica fundamental é estar aberto para todas as possibilidades de investigação empírica. É resistir a toda tentativa de reduzir o homem, por assim dizê-lo, a um denominador comum (JASPERS, 2003, p. 17).

Entretanto, apesar das importantes críticas desenvolvidas pelos autores citados, vale ressaltar que o “diagnosticar não se resume em colocar etiquetas” (SAURÍ, 2001, p. 40). O autor citado defende que há uma necessidade de um reconhecimento das “doenças” com uma linguagem acessível e que facilite a comunicação entre os profissionais da saúde (SAURÍ, 2001; KAMMERER; WARTEL, 1989; ZARIFIAN, 1989). Atualmente,

contamos com dois principais instrumentos: DSM-V e CID-10 – que serão descritos sucintamente no tópico seguinte.

2.2 Sistema diagnóstico: A classificação do sofrimento

A medicina, desde os seus primórdios, tem como um de seus objetivos, categorizar as patologias, bem como as ditas “doenças mentais”. No entanto, não havia uma concordância e unanimidade quanto aos critérios de inclusão dos diagnósticos. Com a vasta história do percurso das classificações, será dado um enfoque à construção dos manuais que são atualmente utilizados. São eles o Manual Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), produzido pela Associação Psiquiátrica Americana (APA, 2002); e o capítulo referente aos “Transtornos Mentais”¹¹ da Classificação Internacional das Doenças (CID), manual organizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 1993). A motivação primordial para a produção de “uma classificação dos transtornos mentais foi dada pela necessidade de coletar informações estatísticas” (APA, 2002, p. 22).

Após a Segunda Guerra Mundial, foi produzido pelo exército estadunidense, em parceria com a Administração de Veteranos, uma classificação para melhor atender aos combatentes nos ambulatórios (APA, 2002; ARAÚJO; NETO, 2013). Essa classificação serviu como modelo para a elaboração da sessão inédita da sexta edição da Classificação Internacional das Doenças (CID-6), em 1948, a que aborda os “Transtornos Mentais” (ARAÚJO; NETO, 2013).

A Associação Psiquiátrica Americana produziu, em 1952, o *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* com a intenção de padronizar “os critérios semiológicos da prática diagnóstica” (DUNKER, 2018, p. 317). O conceito de semiologia, é explicado, no contexto médico, como “o estudo dos sintomas e sinais da doença, estudo este que permite ao profissional da saúde [...] formular diagnósticos e empreender terapêuticas” (DALGALARRONDO, 2000, p. 19). A primeira versão do DSM teve como forte influência a psicodinâmica e evidenciava a polaridade entre a neurose e a psicose (DUNKER, 2018).

Vinte e dois anos depois, em 1974, Dunker (2018) explica que um grupo de psiquiatras estadunidenses reformulam radicalmente o manual, agora DSM-II, excluindo o

¹¹ Atualmente, está presente na seção F – de F00 à F99.

“critério etiológico [...], bem como a referencia à teoria psicodinâmica” (p. 317) com o intuito de ser compatível com a CID. Vale acrescentar, que a segunda edição do DSM contou com influências de embasamento biomédico (DUNKER, 2018).

Poucos anos depois, a terceira edição do DSM, veio a ser reelaborada concomitantemente com a CID-9; entretanto o primeiro foi publicado dois anos depois do segundo, em 1980 (APA, 2002; DUNKER, 2018). Nessa terceira versão do DSM, novamente, está presente um termo oriundo da psicanálise - a neurose – para atribuir a “categoria clínica” (DUNKER, 2014; 2018).

O DSM-III apresentou características que dificultaram a compreensão de quem fazia uso do Manual: foram identificadas “diversas inconstâncias no sistema e alguns casos nos quais os critérios não se mostravam inteiramente claros” (APA, 2002, p. 23). Em razão disso, reconheceu-se a necessidade de mais uma revisão – DSM-III-R – publicada em 1987 e que, posteriormente, daria início à quarta edição do Manual (APA, 2002). O DSM-IV, fruto de diversas pesquisas, testes em campo e revisões, o que possibilitou sua publicação no ano de 1994. Essa nova edição incluiu novos diagnósticos, facilitando a compreensão destes (NETO; ARAÚJO, 2013).

A principal modificação da quarta edição, diz respeito a

inclusão de um critério de significância clínica para quase metade de todas as categorias que possuíam sintomas e causas de sofrimento clinicamente significativos ou prejuízos no funcionamento social, ocupacional ou outras áreas importantes de funcionamento (DUNKER, 2014, p. 97).

Dois anos antes da publicação da quarta edição do Manual, em 1992, foi publicada a CID-10, em consonância com os trabalhos desenvolvidos pela APA (APA, 2002). A principal distinção da décima revisão em relação com as demais está atrelada ao modo de categorização, que abrangeu uma maior gama de classificações. Anteriormente, na nona edição, fazia usos de códigos numéricos, contando com 30 categorias. Atualmente, com o uso da codificação alfanumérica, permitiu a inclusão de 70 outras categorias, totalizando 100 categorias no capítulo referente aos transtornos mentais – Capítulo V (F) (OMS, 1993).

Atualmente, utiliza-se a CID-10, no entanto, a décima primeira edição vem sendo elaborada e entrará em vigor no ano de 2022. Apresentará importantes alterações, como por exemplo: será incluído o capítulo de saúde sexual, que incluirá incongruência de gênero – que antes estava presente na sessão de saúde mental - e novos transtornos serão

reconhecidos como tal, ou explicados de forma mais simplificada para que facilite a compreensão (OPAS/OMS, 2018).

Com o intuito de que a CID e o DSM estejam mais alinhados possíveis, a organização da quinta edição do Manual – o DSM-5 - esteve pautada na harmonização com a CID-11 (APA, 2014). Nessa quinta edição, após doze anos de processo de construção, o Manual teve como objetivo o aprimoramento das categorias para que os diagnósticos pudessem ser compreendidos de forma mais detalhada e específica. De acordo com o Manual,

os critérios diagnósticos identificam sintomas, comportamentos, funções cognitivas, traços de personalidade, sinais físicos, combinações de síndromes e durações, exigindo perícia clínica para diferenciá-los das variações normais da vida e de respostas transitórias ao estresse (APA, 2014, p. 5).

Compreendendo a lógica e o desenvolvimento histórico do sistema diagnóstico, tal como descrita nos manuais, é importante frisar que ambos instrumentos devem ser utilizados única e exclusivamente como ferramenta clínica e de pesquisa. O manual nos atenta que “os critérios diagnósticos específicos [...] visam a servir como diretrizes que serão moduladas pelo julgamento clínico, não devendo ser usado como livro de culinária” (APA, 2002, p. 29). Ou seja, alerta-se para que não se banalize o ato de diagnosticar por meio desses mecanismos.

Neste ano de 2019, o Conselho Superior de Saúde da Bélgica, publicou um documento advertindo enfaticamente que os manuais como o DSM-5 e a CID-10 fossem utilizados com cautela e parcimônia (SUPERIOR HEALTH COUNCIL, 2019). Essa recomendação se fundamenta principalmente na crítica ao modelo biomédico, reducionista e com tendências à rotulação e medicalização do sofrimento. O Conselho compreende que os manuais citados não devem ser encarados como o foco do cuidado. Entendem que o ato de diagnosticar gera complexas consequências para o sujeito, dentre elas, o estigma e, conseqüentemente, o preconceito (SUPERIOR HEALTH COUNCIL, 2019).

No documento referenciado, o Conselho descreve os pontos que os profissionais devem seguir ao chegar a um possível diagnóstico. Ênfase os seguintes tópicos: ter uma escuta sensível diante das questões trazidas pelo sujeito; favorecer um diálogo claro para que o sujeito seja melhor compreendido; mapear o contexto sociocultural em que vive o sujeito, bem como os seus fatores biológicos e psicológicos; adotar um olhar não patologizante do

sofrimento (SUPERIOR HEALTH COUNCIL, 2019). Por fim, salientam que “dificuldades no âmbito do psíquico não devem ser simplesmente reduzidas à categorias padronizadas. Subsequentemente, os tratamentos devem respeitar a singularidade do sujeito” (SUPERIOR HEALTH COUNCIL, 2019, p. 27, tradução livre).

Apesar do sistema diagnóstico ter uma função descritiva para proporcionar uma comunicação mais precisa entre os profissionais de saúde, a pessoa que recebe determinados diagnósticos pode ter suas relações sociais comprometidas de forma severamente negativa (SZASZ, 1980). O mesmo autor citado utiliza a metáfora de uma “máquina defeituosa” (SZASZ, 1980, p. 198) para fazer referência ao modo em que a pessoa passa a ser vista quando reconhecida como “doente mental”.

O saber médico, especificamente psiquiátrico, está diretamente ligado ao que Foucault (2006) denomina de *poder disciplinar*. Para o filósofo, a definição disso seria, de forma bastante resumida, “uma modalidade, bem específica da nossa sociedade, do que poderíamos chamar de contato sináptico corpo-poder” (p.51). O autor entende ser uma produção de “corpos sujeitados” (p. 69). Essa sujeição dos corpos se dá pelo trabalho incessante e continuamente de controle, vigilância, constituindo “a norma como princípio de divisão e a normalização como prescrição universal para todos esses indivíduos assim constituídos” (FOUCAULT, 2006, p. 69).

Gomes de Sá e Pereira (2006), a partir de uma leitura foucaultiana, problematizam o modo de execução do trabalho da psiquiatra, bem como o da Psicologia, que atuam como avaliadoras do que se enquadra dentro do campo da normalidade e aquilo que foge desse modelo. Foucault (2014) faz uma forte crítica à Psicologia no sentido de que ela pode ser encarada “como um meio de cura, organizando-se doravante ao redor da punição. Antes de procurar tranquilizar, ela atenua o sofrimento no rigor de uma necessidade moral” (p. 325). Assim, pode-se dizer que essas áreas de saber são consideradas “como um instrumento do poder disciplinar para normalização da subjetividade” (GOMES DE SÁ; PEIREIRA, 2006, p. 53). Dessa forma, espera-se um comportamento padronizado e, então, culturalmente aceito. Todos que dele desviam, em alguma medida, podem estar enquadrados em um, ou mais de um, diagnóstico psiquiátrico.

Ao ser classificado como “doente mental”, é corriqueiro que as pessoas sintam que sua identidade foi afetada, ou até mesmo transformada. A partir da pesquisa realizada por

Silva e Bransalise (2008) em um CAPS situado na região sul do Brasil com profissionais, usuários e seus familiares, os autores encontraram pontos centrais que evidenciam essa deterioração da forma dos usuários reconhecerem a si mesmos. Os principais itens que foram encontrados e apresentados no trabalho dos autores estão relacionados à “periculosidade, redução à doença, diferença/ preconceito, descrédito/ desqualificação e, por fim, aceitação da identidade de louco” (SILVA; BRANSALISE, 2008, p. 125).

Visto isso, o diagnóstico psiquiátrico e o uso que é feito dele apresentam dificuldades com sérios desdobramentos na vida privada e social do enquadrado como “doente mental”. No entanto, Jaspers (2003) nos lembra que deve-se **sempre** respeitar a complexidade e totalidade do sujeito, sem que o reduza a um determinado diagnóstico/ psicopatologia.

2.3 Estigma: Uma ferida exposta¹²

Safatle (2018) afirma “que toda forma de restrição e coerção, toda forma de assunção normativa é necessariamente produtora de sofrimento” (p. 8-9). Ou seja, tudo o que impede o sujeito de ser congruente consigo - diante os seus desejos, das suas formas de se expressar e se colocar socialmente - corroboram para o surgimento do sofrimento. A partir dessa leitura, pode-se compreender que o peso da normalidade imposta a qualquer custo, ocupa o lugar de ditadora de regras que julga o que tem valor ou não.

O que foge à lógica normativa, do que é socialmente aceito, em alguma medida, pode vir a ser estigmatizado. Goffman (2017), em sua clássica obra que sistematiza esse fenômeno, enfatiza que “o termo estigma [...] será usado em referência a uma atributo profundamente depreciativo” (p.13). Ao mesmo tempo, comenta a ideia de incompletude humana daquele que é estigmatizado. O autor aponta que o efeito do estigma na pessoa faz com que ela tenda a se identificar tal como ela é socialmente vista, assim há um sentimento de ser inferior aos demais (GOFFMAN, 2017). Essa identidade corrobora para o sentimento de fracasso ao desempenhar um papel ativo na sociedade, é vista como incapaz de “assumir um papel social legítimo” (SZASZ, 1980, p. 198).

¹² O título foi inspirado a partir da história narrada por Goffman (2017). O autor conta que na Grécia antiga eram feitos cortes ou queimavam-se os corpos de pessoas que descumprissem regras, cometessem crimes ou que fossem escravos. Assim, todos saberiam que essa pessoa “deveria ser evitada, especialmente em lugares públicos” (p. 11). A história narrada pelo autor remete à vivência das pessoas em sofrimento que são excluídas e deslegitimadas socialmente.

Sendo assim, pode-se afirmar que a pessoa que sofre estigma, passa a ser marginalizada, excluída. Quando se trata da pessoa em sofrimento psíquico grave (COSTA, 2003; 2010), e principalmente, daquela que é vista como louca, ela é “excluída de todos os domínios” (FOUCAULT, 2002a, p. 261). Basaglia (2005) ressalta que, ao longo da história, o sujeito visto como “doente mental” foi “excluído enquanto incompreensível e recluso enquanto perigoso” (p. 39). Ainda hoje, sua fala não tem valor, sua voz não é ouvida. O autor citado provoca a reflexão acerca dessa pessoa ser incompreensível, rebatendo e nos lembrando da **nossa** incapacidade de compreendê-lo (BASAGLIA, 2005).

Articulando com a provocação de Basaglia (2005), Lobosque (2001) pontua que “a experiência da loucura concerne de forma intransferível às pessoas que a atravessam: a loucura afeta as pessoas loucas de forma distinta pela qual afeta aquelas que não o são” (p. 21). Ao fazer esta reflexão, a autora compreende que a negação da subjetividade daqueles reconhecidos como loucos, vai de encontro à falta de competência e interesse, enraizados na cultura, em “produzir ou questionar sentidos” (LOBOSQUE, 2001, p 23). Ou seja, aquilo que é desconhecido ou de difícil entendimento é culturalmente aceito que não se deposite um esforço mínimo em compreender.

Foucault (2014) questiona a concepção de “perda total da realidade” àqueles que são, de maneira preconceituosa, reconhecidos como loucos. O filósofo faz uma analogia às doenças orgânicas e não perda total da saúde, o que não é diferente com o sofrimento psicótico. Nas palavras de Foucault (2014) “a loucura não é a perda abstrata da razão, mas contradição da razão que ainda existe” (p. 513). Seguindo a lógica da perda da realidade, há uma ideia, no imaginário social, da imprevisibilidade da pessoa em sofrimento psíquico grave (COSTA 2003; 2010) em seus impulsos - afinal, acredita-se na perda da racionalidade dessas pessoas. No entanto, Basaglia (1979) nos atenta a lembrar que todos estamos suscetíveis a perder o controle de nossas ações.

Dentre os principais estigmas que são atribuídos às pessoas que sofrem de algum tipo de sofrimento intenso, temos a periculosidade como um dos principais rótulos que são destinados à loucura. O perigo pode estar relacionado à noção da imprevisibilidade das ações. Foucault (2002a) coloca um importante ponto a ser lembrado que contribui para essa ideia: a internação. Para o autor, “no momento em que a psiquiatria se dava o direito de fazer internar um indivíduo como perigoso, era preciso mostrar que a loucura era perigosa”

(p. 297). Foucault (2002b) compreende que havia uma função em enclausurar a loucura e sua dita periculosidade: seria como uma permissão para que houvesse uma higienização social daquilo que fugia da norma e da moral.

Um outro ponto importante a se levantar seria a tendência à infantilizar a loucura (SZASZ, 1994). Segundo o autor referenciado, ao longo da história, as pessoas que eram reconhecidas socialmente como loucas, eram também reconhecidas como socialmente incapazes. Isso se desdobrava em um tratamento – quando conveniente – de forma infantilizadora; o que servia como pretexto para dominá-las e controlá-las (SZASZ, 1994). A infantilização caminha junto com o estigma de incapacidade e, nesta mesma direção, o sujeito passa a ser visto como improdutivo (BASAGLIA, 1979). Segundo essa lógica, o autor conclui que “tudo o que não produz é doente” (BASAGLIA, 1979, p 46). Ou seja, mais um motivo para que o sujeito permaneça nas margens e rejeitado socialmente.

Dessa forma, enquanto o “doente mental” estiver associado, no imaginário social, à características como incompreensível, improdutivo, incapaz de executar o esperado, perigoso, o estigma estará presente e, como consequência, exclusão social. Mediante a isso, Basaglia (2005) sugere

pôr “entre parêntesis” a doença e o modo pelo qual ela foi classificada, para considerar o doente no desdobramento em mobilidades humanas que – justamente enquanto tais – nos pareçam abordáveis (p. 36).

Inspirada nos princípios teóricos de Franco Basaglia, a Inverso também inclui como parte de sua prática, a ideia de colocar a doença entre parêntesis (FALEIROS, 2017).

CAPÍTULO III – A CONVIVÊNCIA

Neste segundo momento, serão apresentados o Centro de Convivência enquanto dispositivo que compõe a política nacional de saúde mental, bem como a convivência como estratégia de cuidado. A partir disso, será explicado o funcionamento, a filosofia e a práxis do único Centro de Convivência do Distrito Federal, a ONG Inverso¹³. Por fim, a partir do que foi exposto nesses capítulos, será possível ter uma maior sustentação teórica para que se possa debater e compreender o projeto da Classificação *Inverso* das Doenças.

3.1 O cuidar através da convivência

Primeiramente, antes de nos adentrarmos no Centro de Convivência como um dispositivo de cuidado, é importante que se compreenda o porquê da convivência ser compreendida como uma estratégia de cuidado.

De acordo com Resende (2015; 2017), a convivência é um potente dispositivo de cuidado com pessoas em sofrimento psíquico grave (COSTA, 2003; 2010) no âmbito da saúde mental. A autora, em sua tese de doutorado, elabora conceitos importantes para se pensar na convivência como estratégia clínica, ética e política. São três dimensões e disponibilidades de cuidado: *estar com*, *fazer junto* e *deixar ser* (RESENDE, 2015; RESENDE; COSTA, 2017).

Explicando brevemente cada uma delas, pode-se concluir que a primeira faz referência à presença de quem ocupa o lugar de cuidador: estar com aquele que sofre, livre de julgamentos e disponível para sustentar o que pode estar sendo insustentável para o sujeito (RESENDE, 2015; RESENDE; COSTA, 2017). Ao fundamentar o *fazer junto*, Resende (2015) explica ser “uma possibilidade de interlocução na convivência” (p.187). É fazer uso de mediadores que possa aproximar e facilitar o contato com o sujeito.

Por fim, em relação ao *deixar ser*, Resende (2015) sinaliza a importância de “deixar ser na diferença, não como nós – silenciamento – mas irreduzivelmente outro... **Legítimo outro**” (RESENDE, 2015, p. 84, grifo meu). A autora aponta para a necessidade do cuidador em se silenciar (mas sem desassistir), estar na reserva “para abrir tempo e espaço

¹³ Foi uma demanda da instituição que o nome da ONG pudesse ser revelado na presente pesquisa, autorizada pelo CEP. É uma forma de divulgar tanto os trabalhos realizados no espaço, quanto tornar pública a autoria da Classificação *Inverso* das Doenças.

para que a pessoa possa emergir em sua especificidade e potencialidade” (RESENDE, 2015, p.190).

Nesse sentido, a autora ressalta que

a atividade da convivência define-se fundamentalmente pela disponibilidade – inclusive afetiva – para “*estar com* os usuários e *fazer junto sem* agenda definida. Estar disponível quando e para o que o usuário precisar [...] na justa medida – cuidar sem tutelar, mas também sem desassistir, de modo que a solidariedade e a afetividade funcionem como princípios que permitam ajustar o enquadre, de modo que o profissional deixa de ser o centro e se disponibiliza para colocar-se na mesma paisagem (RESENDE; COSTA, 2017, p. 178, grifos dos autores).

Além disso, Resende (2015) defende o aspecto da suplementariedade¹⁴, que aponta que a clínica só faz sentido se articulada com o posicionamento ético e político. O primeiro aponta para a necessidade de uma presença incondicional diante do sofrimento do outro; o segundo vislumbra práticas que possibilitem, em última instância, a reinserção social do sujeito em sofrimento (RESENDE, 2015; RESENDE; COSTA, 2017).

3.2 Conhecendo a Inverso: o refúgio da (r)existência

Inverso

Colhendo pensamentos

De universos submersos

Delírio sublima loucura

Abrindo meus mundos diversos

Prazer de estar bem

No Contato

Contanto que seja por versos

Falar que sou grato em sorrisos

É tudo que sempre converso

Aranha

Dentre os dispositivos compostos pela RAPS, inclui-se o Centro de Convivência e Cultura (CCC). Mediante a Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011 do Ministério da

¹⁴ A autora faz uso do termo seguindo a lógica desenvolvida por Derrida (1999). Resende (2015) explica que, para o autor, “o suplemento tem duas significações: de acrescentar e suprir, sendo que as duas significações se fazem presentes, embora a inflexão possa variar de um momento a outro”(p. 22).

Saúde, o CCC foi definido como “unidade pública, articulada às Redes de Atenção à Saúde, em especial à RAPS, onde são oferecidos à população em geral espaços de sociabilidade, produção e intervenção na cultura e na cidade” (BRASIL, 2011, p. 1). Além disso, no parágrafo 4 do Artigo 6 desta Portaria, explica que os Centros de Convivência e Cultura

são estratégicos para a inclusão social das pessoas com transtornos mentais e pessoas que fazem uso de crack, álcool e outras drogas, por meio da construção de espaços de convívio e sustentação das diferenças na comunidade e em variados espaços da cidade (BRASIL, 2011, p. 1).

Atualmente, a ONG Inverso é o único CCC do Distrito Federal. Não está vinculada ao Estado, não recebendo nenhum tipo de financiamento, no entanto, articula-se com os dispositivos da RAPS. Tem funcionamento aberto à comunidade, de forma que as pessoas são livres para ir e vir quando desejam e sem que sejam cobrados por frequentarem o espaço (RADICCHI, 2009). Os profissionais que atuam na instituição são todos voluntários e recebem semestralmente alunos estagiários e extensionistas de diversos centros universitários do Distrito Federal (FALEIROS, 2017). Funciona durante os dias úteis por meio de oficinas coordenadas pelos profissionais voluntários de diferentes áreas de saber. Essa oficinas surgiram de acordo com a demanda das pessoas que frequentam o espaço. Atualmente conta com Oficina de Música, Oficina de Culinária, Oficina da Palavra, Oficina Metamorfoses e, por fim, Oficina de Intervenção Urbana.

A Inverso rompe rigorosamente com o modelo médico asilar e adota o paradigma da desinstitucionalização. Assim, como indica Rotelli (2001), preza-se pela “existência-sofrimento” (p. 90) e não mais pela dita “doença” - as pessoas são reconhecidas não pelo diagnóstico recebido, mas por sua singularidade e complexidade; compreende-se o processo de adoecimento não restrito a fatores biológicos, mas decorrente da história de cada um; tem-se a democracia como principal fator que rege a convivência; e, acima de tudo, busca-se a (re)inclusão social do sujeito (FALEIROS, 2017).

Até 1970 a única alternativa para a loucura seria a clausura em instituições totais (GOFFMAN, 2015). Eram naturalizadas a clausura, a tortura, a violação de direitos e a medicalização como um recurso para silenciar a existência daqueles que incomodavam, que era vistos como insanos. No imaginário social não era possível o convívio com quem fugia dos padrões da norma, tampouco, que essa pessoa pudesse (re)construir projetos de vida (FALEIROS; CAMPOS, 2017). No entanto, os autores citados apontam que

A Inverso apropria-se dessa crítica, postulando a condição de possibilidade de se construir uma convivência que seja aberta à diversidade de relações de formas de ser, aberta à expressão da necessidade existencial e da liberdade, e ao mesmo tempo criticando a normalidade imposta pelo poder hegemônico em sua estruturação capitalista, consumista e individualista (p. 58).

Esse modo de cuidado convoca quem ocupa o lugar de cuidador que sempre revise sua prática. A pessoa que cuida deve sair da zona de conforto de um trabalho meramente cumpridor de protocolos e, atentar-se para não ocupar um lugar pautado no exercício de poder. Carvalho (2018) manifesta a importância de

um movimento de resistência e vigília para que outras formas de opressão não ganhem espaço. Na atual conjuntura brasileira e mundial, esse exercício pode nos ajudar a manter uma certa lucidez revolucionária e nos lembrar que grandes transformações ocorrem dialeticamente no curso das *pequenas* ações (p. 34).

3.3 Classificação *Inverso* das doenças – Porque “A vida não cabe em um diagnóstico”

O projeto da Classificação Inverso das Doenças surgiu durante o processo criativo na Oficina de Intervenção Urbana. Essa oficina tem como principal objetivo dialogar com a cidade sobre temas de cunho político com conteúdos referentes à saúde mental. No entanto, não se restringe somente a essa temática; as variadas formas de manifestação, revolta, angústias, sonhos, desejos podem ser a matéria prima para a “ocupação dos espaços urbanos, sem solicitação de permissão” (FALAEIROS, 2017, p. 40). É bastante simbólico essa forma de diálogo com o território: pode-se considerar como uma quebra de paradigma – aquele que a sociedade marginaliza, exclui e mantém trancafiado, agora não pede licença, ele ocupa e deixa sua mensagem.

Essa oficina convida os frequentadores a se posicionar, busca-se o resgate da fala autêntica e que sua voz seja legitimada e registrada nos muros da cidade. Tem como viés terapêutico “construir um novo lugar sociopolítico, cultural e conceitual para a loucura [...] transforma a rua numa grande galeria/ espaço terapêutico” (FALEIROS, 2017, p. 41). É importante registrar que as ideias para a intervenção não surgem de forma aleatória, são planejadas através de um processo criativo coletivo e que possa dialogar com pontos estratégicos da cidade (BALTAR, 2018).

Durante o processo de construção de futuras intervenções, ao fazer referência aos diagnósticos e seus sintomas, surgiu a ideia de fazer um contraponto ao sistema diagnóstico vigente – mais especificamente à CID. Esse contraponto estaria pautado em como é vivido

o sintoma por quem realmente o vivencia; se é possível encontrar algo positivo em um determinado diagnóstico; quais alternativas não medicamentosas para lidar com determinado sintoma. Esses são os principais pontos que norteiam a discussão e construção do projeto da Classificação Inverso das Doenças.

A Classificação *Inverso* das Doenças não tem como propósito sugerir a extinção do sistema diagnóstico. Entretanto, a doença é, agora, compreendida como uma experiência. Não é seu alvo uma coleta de dados estatísticos. É uma construção coletiva entre pessoas que vivenciam ou já vivenciaram alguns dos sintomas e receberam alguns dos diagnósticos. A partir disso, pensa-se outras perspectivas de determinados sintomas, compartilha-se formas de lidar com ele e promove uma escuta e acolhimento durante a construção. Os frequentadores, que ao longo de suas histórias individuais foram escondidos por trás de um determinado diagnóstico, agora são **autores** e compartilham suas experiências como próprias, únicas.

A ideia é que esse produto possa vir a ser uma intervenção urbana denominada de “Que parada é essa?”. Pretende-se colar lambe-lambes em cada parada de ônibus da via L2 Norte¹⁵. Cada uma delas terá um diagnóstico ou sintoma diferente. O processo será registrado e, ao final, será feita uma performance que simbolize o sintoma ou diagnóstico. Um exemplo seria a ideia que surgiu durante a oficina: se o lambe-lambe fizer referência à alucinação, seria tirado uma fotografia em que as pessoas estivessem acenando para um ônibus inexistente. Essas fotografias serão destinadas, futuramente, à publicação da Classificação *Inverso* da Doenças, com intuito de ilustrar de forma bem humorada cada conteúdo construído pelo coletivo. Com a publicação do produto final, será possível tentar atingir o público para que, assim, gere uma reflexão acerca da dita “doença mental”.

¹⁵ Essa via foi escolhida por ser próxima da Inverso.

CAPÍTULO IV – METODOLOGIA

Este estudo teve como embasamento metodológico a pesquisa qualitativa, considerando que os objetivos são: analisar o processo criativo e de elaboração da Classificação *Inverso* das Doenças, de modo a compreender como os frequentadores da *Inverso* percebem a diferença entre a Classificação *Inverso* das Doenças e a CID tradicional; analisar a percepção dos frequentadores diante das múltiplas vivências de um mesmo diagnóstico, bem como, a possibilidade de construir um espaço de reflexão com os frequentadores sobre o diagnóstico; investigar como os profissionais voluntários perceberam a mobilização dos frequentadores diante da construção coletiva da Classificação *Inverso* das Doenças; construir um debate crítico em relação ao sistema diagnóstico e seus impactos sociais e individuais.

A pesquisa esteve ancorada na proposta de Demo (2001). O autor defende a construção dos dados qualitativos, compreendendo “pesquisa como diálogo inteligente e crítico com a realidade, tomando como referência que o sujeito nunca dá conta da realidade e que o objeto é sempre também um objeto-sujeito” (p. 10). Partindo da colocação do autor, é possível pensar o fazer ciência por meio da inserção do pesquisador como, também, parte desse processo, dessa realidade. Para que, assim, haja uma reflexão e não apenas uma mera exposição de um determinado dado obtido (DEMO, 2001).

Para tanto, as estratégias utilizadas no desenvolvimento da pesquisa foram: diários de campo da pesquisadora, que participou da atividade enquanto extensionista do PRISME; entrevistas semiestruturadas com os profissionais responsáveis; entrevistas narrativas com os frequentadores e o material¹⁶ redigido pelo psicólogo responsável pela oficina, durante as discussões da Classificação *Inverso* das Doenças.

Os diários de campo, conforme Lima et al. (2007), tem como finalidade sistematizar a vivência em um determinado espaço, por meio de registros das impressões do pesquisador. Com isso, contribui para que o pesquisador possa compartilhar as experiências e se colocar como parte do campo e da pesquisa. No caso desta pesquisa, foram produzidos

¹⁶ Esse material foi disponibilizado pelo próprio psicólogo e, junto a ele, pensamos em possíveis nomes para intitular esse material. Surgiu a ideia de nomeá-lo de Singularização com o propósito de enfatizar e respeitar a singularidade de cada participante. Além disso, é uma forma de não seguir a lógica da classificação diagnóstica e fazer um jogo de palavras entre Classificação e Singularização. A partir desse material, elaborei uma tabela contendo as datas de cada dia de discussão. A tabela encontra-se no apêndice.

um total de 26 diários de campo ao longo de, aproximadamente, dois semestres na Oficina de Intervenção Urbana, que acontece semanalmente. Entretanto, utilizei exclusivamente os diários de campo em que os registros fazem referência direta aos dias em que foi debatida a Classificação *Inverso* das Doenças. Com isso, para esta pesquisa, foram utilizados 16 diários de campo.

As entrevistas com os participantes foram divididas em dois tipos. A semiestruturada teve como roteiro perguntas destinadas aos profissionais voluntários da oficina em que o projeto está sendo elaborado. Esse tipo de entrevista possibilita que o participante discorra a partir de tópicos previamente formulados pelo pesquisador, entretanto, abre margem para a espontaneidade e para que as respostas possam ser abertas (LIMA; ALMEIDA; LIMA, 1999).

A entrevista narrativa foi escolhida para contemplar a singularidade de cada frequentador em seu discurso. Consoante a Braga (2012), faz-se uso de “perguntas geradoras como um meio de encorajar os modos de expressão do sujeito” (p. 98). Dessa forma, foram elaboradas poucas perguntas norteadoras relacionadas ao tema da pesquisa, de modo a romper com o modelo enrijecido de entrevista tradicional e, a partir disso, propiciando a livre expressão do sujeito. Possibilita um encontro em que a vivência do entrevistado seja legitimada. É importante contextualizar que este tipo de entrevista é utilizado principalmente na área da saúde, mais especificamente no campo da saúde mental, com pessoas que foram/são historicamente silenciadas, deslegitimadas e marginalizadas (MIRANDA; ONOCKO CAMPOS, 2010).

Essa estratégia metodológica tem como marco um caráter político, pois visa o empoderamento do sujeito. Segundo Vasconcelos (2006),

essas narrativas não só buscam falar por elas, mas também se colocam como inspiração e exemplo de que o processo de recuperação de uma vida pessoal e social ativa é possível, como também é necessário e possível se engajar na luta para que as instituições de saúde mental sejam transformadas para proporcionarem uma atenção marcada pelo cuidado, pelo respeito, pela liberdade de seus usuários, familiares e amigos (p. 17).

À vista disso, foi elaborado um roteiro¹⁷ com poucas perguntas para nortear a entrevista narrativa. Essas perguntas partiram desde a história de sofrimento do sujeito, o

¹⁷ Roteiros das entrevistas encontram-se em apêndice.

processo de recuperação, até que se chegue a participação na elaboração da Classificação *Inverso* das Doenças.

Foram entrevistados o total de 07 participantes – sendo 02 profissionais (ambos psicólogos) e 05 frequentadores. As entrevistas iniciaram-se após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa, por meio do parecer de aprovação número 3.485.382. Com a aceitação de participar desta pesquisa, apresentou-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para assinatura e deu-se início às entrevistas, que foram gravadas e transcritas com a autorização de cada participante.

As entrevistas, especialmente com os frequentadores, foram feitas com cautela, respeitando o tempo do participante e aquilo que ele desejava compartilhar. É importante salientar que a pesquisadora já tem um vínculo estabelecido com os participantes da pesquisa, por estar inserida na *Inverso* por meio do Projeto de Extensão Interdisciplinar em Saúde Mental (PRISME) do UniCEUB desde o primeiro semestre de 2016.

Todas as entrevistas narrativas, tal como orienta Dutra (2002), após transcrição e análise, foram apresentadas à cada participante para que possíveis ajustes pudessem ser feitos – se haveria algo a modificar, acrescentar ou retirar. Afinal, diz respeito à sua história de vida. Braga (2012) explica que para a autora citada “a interpretação das narrativas só pode acontecer se falarmos *ao* sujeito, e não *do* sujeito (p. 93, grifos do autor). Vale lembrar que, “toda compreensão guarda em si a possibilidade de interpretação, isto é, uma apropriação do que se compreende” (HEIDEGGER, 1927/1999 apud DUTRA, 2002, p. 374).

Para a análise dos dados obtidos, foi utilizada a hermenêutica da profundidade, proposta por Thompson (2000) e reinterpretada por Demo (2001). Thompson (2000) coloca que “o objeto de análise é uma construção simbólica significativa que exige uma interpretação” (p. 355). Sendo assim, essa análise é composta por três etapas: contextualização sócio-histórica, análise formal e interpretação/reinterpretação (THOMPSON, 2000; DEMO, 2001).

A primeira das etapas tem como propósito “reconstruir as condições sociais e históricas de produção, circulação e recepção das formas simbólicas” (THOMPSON, 2000, p. 366). O autor justifica que para melhor entendimento do que se pesquisa deve-se ter um entendimento acerca do contexto social, sua história e cultura, e não se contentar com o

recorte do atual (THOMPSON, 2000). A segunda etapa visa elucidar “a estrutura da complexidade dos objetos e expressões que circulam nos campos sociais” (DEMO, 2001, p. 39).

Por fim, a terceira etapa prevê que o pesquisador também está implicado na pesquisa. Com isso, neste momento de análise, em conjunto com as duas etapas anteriores e articulando com o referencial teórico, permite ao pesquisador “uma construção criativa de possíveis significados” (THOMPSON, 2000, p. 375). Dessa forma, este método foi escolhido considerando a complexidade do objetivo da pesquisa, por envolver fenômenos humanos, sociais e culturais.

CAPÍTULO V – ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES QUALITATIVAS

Este capítulo é destinado à apresentação das análises das informações qualitativas obtidas em campo. Como foi explicado no capítulo anterior, me apoiarei nas contribuições de Demo (2001), ao fazer uma releitura da hermenêutica da profundidade proposta por Thompson (2000). A partir desse embasamento metodológico, em um primeiro momento, o objetivo é situar o fenômeno estudado de acordo com o contexto social e histórico (DEMO, 2001) em que foi desenvolvido o debate da Classificação *Inverso* das Doenças. Posteriormente, na análise formal, serão apresentadas as informações obtidas por meio dos diários de campo, das entrevistas semiestruturadas, das construções das narrativas realizadas junto aos frequentadores e do material disponibilizado pelo psicólogo responsável. Por fim, será realizada a reinterpretação: momento no qual o pesquisador mostra, de forma destacada, sua voz no estudo, de modo a reconhecê-lo como parte do processo da pesquisa (DEMO, 2001).

5.1 Contextualização sócio-histórica

A presente pesquisa abarca uma análise da Classificação *Inverso* das Doenças, tendo em vista que sua produção se deu em um Centro de Convivência e Cultura do Distrito Federal, a ONG Inverso; entre o início do segundo semestre de 2018, até meados do primeiro semestre de 2019. As pessoas que fizeram parte dessa construção coletiva foram os frequentadores do espaço, profissionais voluntários e alunos estagiários de instituições de ensino vinculadas à Inverso. Para que se possa compreender o projeto da Classificação *Inverso* das Doenças e o próprio espaço em que foi realizado, é importante que se conheça o cenário de saúde mental do Distrito Federal (DF).

5.1.1 A capital desassistida

Ao analisarmos o percurso histórico do desenvolvimento da Reforma Psiquiátrica no DF, podemos constatar que é um processo recente. No entanto, vale trazer brevemente os principais eventos ocorridos para entender os desafios implicados na implementação dos serviços que se pautam nos paradigmas da desinstitucionalização e, principalmente, evidenciar as conquistas que tivemos até então.

No período da ditadura militar, a atenção à saúde mental seguia os pressupostos do modelo biomédico e hospitalocêntrico. Ou seja, era baseado “no binômio medicação e internação de longa permanência” (FALEIROS, 2017, p. 31). Entretanto, a autora referenciada ressalta que, inicialmente, no período de recém inauguração da capital federal, Brasília recebeu reconhecimento nacional pela fundação de serviços que não seguiam a lógica manicomial. Dentre os exemplos de Faleiros (2017), a autora cita a “internação em hospitais gerais e serviços abertos de atenção a crianças e adolescentes” (p. 31).

Anos mais tarde, ainda no período da ditadura, em 1976 foi inaugurado o primeiro hospital psiquiátrico público do DF - o Hospital de Pronto Atendimento Psiquiátrico (HPAP) – que, anteriormente, funcionava como o Hospital Geral de Taguatinga (SANTIGO, 2009; ZGIET, 2010; FALEIROS, 2017). Com a abertura do hospital, houve uma discordância por parte, principalmente, de professores de psiquiatria da Universidade de Brasília e membros da Associação de Psiquiatria de Brasília (SANTIAGO, 2009; FALEIROS, 2017). Santiago (2009) explica que, de acordo com Costa (1997), estes defendiam a “criação de leitos em hospitais gerais” (p. 97), em vez da abertura de um hospital psiquiátrico.

De acordo com Santiago (2009), o primeiro passo de tentativa de abertura de uma serviço substitutivo no DF foi a inauguração do Instituto de Saúde Mental (ISM), ano de 1987 (DISTRITO FEDERAL, 2018). No entanto, enquanto em outros estados já havia se iniciado a construção de CAPS, serviços substitutivos, o ISM era um hospital-dia, ou seja, um serviço complementar ao hospital psiquiátrico. O instituto rompia com a lógica arquitetônica de um manicômio, por ser uma chácara¹⁸ com espaço aberto e foi considerado, na época, como uma proposta inovadora (SANTIAGO, 2009).

Poucos anos depois, segundo Zgiet (2010), o cenário de saúde mental do DF passou a se modificar. A autora, em sua dissertação de mestrado sobre a Reforma Psiquiátrica no Distrito Federal, destaca que o início da década de 1990 teve como marco significativas mudanças no âmbito da saúde mental. Profissionais da área apresentavam cada vez sua insatisfação com as políticas públicas desse campo. A partir disso, fundou-se então o Movimento Pró-Saúde Mental do DF (MPSMDF) no ano de 1991, que se uniu ao Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (SANTIAGO, 2009; FALEIROS, 2017).

¹⁸ Chácara que um dia foi Residência Oficial dos Governadores Militares.

Uma primeira e significativa conquista dos militantes do Movimento foi a “inclusão da assistência integral à saúde mental na Lei Orgânica do Distrito Federal, aprovada em 1993” (FALEIROS, 2017, p. 32). No artigo 211, é previsto pela Lei que:

É dever do Poder Público promover e restaurar a saúde psíquica do indivíduo, baseado no rigoroso respeito aos direitos humanos e à cidadania, mediante serviços de saúde preventivos, curativos e extra-hospitalares.

§ 1o Fica vedado o uso de celas fortes e outros procedimentos violentos e desumanos ao doente mental.

§ 2o A internação psiquiátrica compulsória, realizada pela equipe de saúde mental das emergências psiquiátricas como último recurso, deverá ser comunicada aos familiares e à Defensoria Pública.

§ 3o **Serão substituídos, gradativamente, os leitos psiquiátricos manicomiais por recursos alternativos** como a unidade psiquiátrica em hospital geral, hospitais- dia, hospitais-noite, **centros de convivência**, lares abrigados, cooperativas e atendimentos ambulatoriais.

§ 4o As emergências psiquiátricas deverão obrigatoriamente compor as emergências dos hospitais gerais (DISTRITO FEDERAL, 1993, p. 98, grifo meu).

Um outro importante salto ocorreu dois anos depois, com a aprovação da Lei Distrital 975/95. A Lei referida assegura os direitos da pessoa em sofrimento psíquico grave, os serviços substitutivos¹⁹ ao hospital psiquiátrico e, no Artigo 3, parágrafo 2, determina que “os leitos psiquiátricos em hospitais e clínicas especializadas, deverão ser extintos num prazo de 4 (quatro) anos a contar com a publicação desta Lei²⁰” (DISTRITO FEDERAL, 1993, p. 2).

Durante 1995 e 1998, foram percebidas importantes melhorias na política de atenção à saúde mental (SANTIAGO, 2009; FALEIROS, 2017). Destaca-se a criação da Residência Multidisciplinar em Saúde Mental, em 1998. Teve como uns dos frutos a idealização da Inverso; que foi fundada tanto pelos residentes, quanto por militantes do MPSMDF no dia oito de março de 2001 (FALEIROS, 2017).

Em meio a significativas conquistas, o governo Roriz foi considerado um retrocesso da saúde mental do DF: o modelo biomédico prevalecia novamente e foi categorizado um

¹⁹ Destaco que, entre os serviços mencionados na Lei, no primeiro parágrafo do Artigo 3, se faz menção ao Centro de Convivência.

²⁰ Apesar da Lei estar prestes a completar vinte e seis anos, o Hospital São Vicente de Paula (HSVP) – antigo HPAP – permanece ativo. Isso pode ser entendido como um sintoma da insuficiência dos serviços substitutivos do DF (MPSMDF, 2013).

‘desmonte’ nas políticas de assistência à saúde mental do DF (FALEIROS, 2017). Após a saída de Roriz, somente em 2006, os primeiros CAPS começaram a ser criados (SANTIAGO, 2009). Neste mesmo ano, constatou-se que o DF estava em penúltimo lugar em atenção à saúde mental, passando apenas do Amazonas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Conforme o último documento elaborado pelo Ministério da Saúde, *Saúde Mental em Dados 12*, até o ano de 2007, o DF estava com uma cobertura de CAPS insuficiente/crítica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015). Através deste documento, pode-se afirmar que somente a partir do ano de 2014, avançamos para uma cobertura regular/baixa (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015). Entre os anos de 2010 e 2014, houve um aumento de dez CAPS no DF. Resende (2015) entende “que certamente é mérito de uma gestão, apoiada pelo Movimento Pró-Saúde Mental do DF – nosso braço local da luta antimanicomial – e comprometida com a política nacional de saúde mental” (p. 228).

No último ano, em 2018, por ser um ano eleitoral, o Movimento Pró-saúde Mental, juntamente com a Inverso, reuniu aproximadamente duzentas pessoas - usuários, familiares, estudantes e profissionais da área - para debater sobre as necessidades do campo da saúde mental. O documento foi encaminhado para todos os candidatos a governador do DF. Dentre os principais pontos levantados, destaca-se a ampliação dos CAPS III, criação de Centros de Convivência, construção de novos CAPS e fechamento do HSVP até o ano de 2022 (MPSMDF, 2018).

Atualmente, o Distrito Federal conta com o total de dezoito CAPS: 01 CAPS I; 05 CAPS II; 01 CAPS III; 04 CAPSi; 04 CAPS AD II; 03 CAPS AD III (GDF, 2018). Ainda assim, esse número é insuficiente, temos aproximadamente metade da quantidade de CAPS necessária no Distrito Federal (GDF, 2017). Além disso, dentre os serviços em falta na RAPS do DF, destaco a inexistência de Residências Terapêuticas e de Centros de Convivência e Cultura. Entretanto, contamos com a Inverso, que enquanto ONG, desempenha o papel de Centro de Convivência²¹ – o único no DF.

²¹ Faleiros (2017) afirma que, primeiramente, a Inverso era denominada como uma ONG em saúde mental, mas isso foi repensado visando o possível preconceito que os frequentadores poderiam sofrer. Dessa forma, foi rebatizado como um Centro de Convivência, uma vez que não evidencia o público que frequenta o espaço.

5.1.2 A(o) Inverso

*Sem fazer véspera. Sou doido? Não.
Na nossa casa, a palavra doido não se
falava, nunca mais se falou, os anos todos
não se condenava ninguém de doido.
Ninguém é doido. Ou, então, todos.*

Guimarães Rosa

O Centro de Convivência é entendido por Carvalho (2018) como um “novo formato de cuidado que possibilita a mediação com a vida comunitária” (p. 11). É um espaço de livre acesso e participação de pessoas que, de alguma forma, foram socialmente excluídas (FERREIRA, 2014; FERIGATO et al.; 2016). Por ser um espaço que privilegia o convívio entre aqueles que o frequentam, dispensa-se de burocracias como prontuários, fichas de frequência e cobrança por pontualidade (FERREIRA, 2014).

Esta pesquisa foi realizada no Centro de Convivência e Cultura da capital, a ONG Inverso – Instituto de Convivência e Recriação do Espaço Social em Saúde Mental. A Inverso fica localizada no Plano Piloto, no bairro da Asa Norte, em Brasília. Funciona no subsolo de um prédio comercial em uma sala cuja estética se assemelha a um ambiente doméstico, sem que se remeta à uma arquitetura hospitalar. A equipe é formada por profissionais voluntários e é dispensado o uso de jalecos e uniformes. Apesar dos profissionais serem, majoritariamente, da área da saúde, pelo fato da Inverso ser um Centro de Convivência, não se propõe tratamento (FALEIROS; CAMPOS, 2017; NISHIKAWA; RESENDE, 2017), mas faz parte de uma rede de cuidado.

A Inverso adota o funcionamento de *portas abertas*²² (FALEIROS, 2017; CARVALHO, 2018). A ONG se baseia no paradigma da desinstitucionalização, cujos principais objetivos são: a reinserção social; o protagonismo das pessoas que frequentam o espaço; o empenho em elaborar projetos de vida e a promoção de um ambiente favorável à livre expressão e criatividade (FALEIROS, 2017; FALEIROS; CAMPOS, 2017; CARVALHO, 2018). É importante destacar que, por estar pautada nos princípios da desinstitucionalização e, assim como sugeriu Basaglia (2005), coloca-se “entre parêntesis a

²² Isso quer dizer que o espaço está disponível para quem quiser participar e aberto para ir e vir, sem a necessidade de permanecer até o fim da atividade (CARVALHO, 2018).

doença” (p. 36). De acordo com Faleiros (2017), os frequentadores do espaço não são reconhecidos pelo diagnóstico que um dia receberam. A autora enfatiza que todos são legitimados e tratados como sujeitos e cidadãos - não como “doentes” (FALEIROS, 2017).

As pessoas que chegam ao espaço são acolhidas pelos profissionais voluntários, de modo que se possa compreender a sua história de vida e de sofrimento. Não é dado ênfase no diagnóstico, tampouco é preenchido um prontuário (FALEIROS, 2017; FALEIROS; CAMPOS, 2017). Segundo Faleiros e Campos (2017), a opção por não fazer uso desse tipo de documento “é uma medida de não rotulação, de aposta na incerteza, de encontro com a singularidade e de ressignificação da identidade” (p. 62).

As relações que os profissionais voluntários - osicineiros - estabelecem com os frequentadores rompe rigorosamente com o modelo manicomial, autoritário e prescritivo e baseado em hierarquias (FALEIROS, 2017). Dessa forma, é perceptível uma horizontalidade entre aqueles que frequentam e trabalham na Inverso (CARVALHO, 2018).

A Inverso funciona por meio de oficinas diárias, nos dias úteis e com temáticas variadas. Faleiros (2017) nos diz que “as oficinas, oferecidas semanalmente, são concebidas como um MEIO para proporcionar trocas e convivência entre seus participantes. São espaços de criação, de livre expressão e de produção” (p. 39). Atualmente, a Inverso oferece cinco diferentes oficinas para cada dia da semana. São elas: Oficina de Música, Oficina de Culinária, Oficina da Palavra, Oficina Metamorfoses e Oficina de Intervenção Urbana.

Durante a Oficina de Intervenção Urbana surgiu a ideia da Classificação *Inverso* das Doenças, a partir de uma demanda dos frequentadores. A oficina tem como principal objetivo dialogar com a cidade a temática da saúde mental e da luta antimanicomial (BALTAR, 2018). Esse ato de diálogo acontece por meio de lambe-lambes, estêncis, placas de madeira e faixas que espalha-se pela cidade e em pontos estratégicos e que façam sentido com o conteúdo expresso (BALTAR, 2018). O material é confeccionado pelo grupo com frases que são frutos dos debates e do processo criativo que ocorrem na oficina. As ideias debatidas na oficina são transformadas em frases e imagens que são então fixadas em diversos pontos da cidade. Para melhor compreensão e visualização dos trabalhos realizados, destaco alguns exemplos com as figuras a seguir:

Figura 1: Intervenção urbana - A vida não cabe em um diagnóstico.



Fonte: Arquivo da pesquisadora.

Figura 2: Intervenção urbana – Tratar com a Rede de Atenção Psicossocial.



Fonte: Arquivo da pesquisadora.

Figura 3: Intervenção urbana – Leia a Lei.



Fonte: Retirada da página do *Facebook* da Inverso.

Figura 4: Intervenção urbana – Medicar menos.



Fonte: Retirada do *Facebook* da Inverso.

O formato da Oficina de Intervenção Urbana, parte, inicialmente, de debates sobre temas em que estão tendo repercussão na mídia (como notícias de cunho político, por exemplo) ou temas variados que, de alguma forma, estão mobilizando os frequentadores. A partir dessa abertura para a fala, veio à tona questionamentos acerca dos diagnósticos e dos sintomas relacionados a eles. A partir desse momento, a oficina se constituiu como um espaço para reflexão sobre o *inverso* do que é explicado pela psiquiatria.

Com isso, surgiu a ideia de, semanalmente, debater sobre algum tema relacionado aos diagnósticos, sintomas, emoções e sentimentos baseado na vivência de cada frequentador. Para dar início a isso, buscou-se compreender o que é dito na literatura (como no DSM, na CID e também em livros de psicopatologia), para reverter em uma linguagem menos técnica e fazer um contraponto ao que é explicado pelos manuais e livros citados. Além disso, pensava-se em meios de lidar com as situações relacionadas ao tema em questão, que foi nomeado pelo grupo como “pílulas poéticas”²³. Esse momento de discussão que ocorria durante a Oficina de Intervenção Urbana, foi intitulado, então, de Classificação *Inverso* das Doenças.

Ao longo dos debates, o psicólogo responsável pela oficina, encarregou-se de redigir o principais pontos que surgiam. Essa iniciativa tinha como intuito colher os

²³ As “pílulas poéticas” são meios não medicamentosos, ou seja, não envolvem pílulas de remédios para enfrentar uma determinada situação. Um exemplo foi quando falávamos sobre a insônia e uma das sugestões que surgiu foi a de aproveitar o momento para ler um livro.

conteúdos para ter a possibilidade de, futuramente, publicar no formato de um *fanzine*²⁴. Esse *fanzine* seria composto por cada tema que foi discutido, as pílulas poéticas e fotos das intervenções que fossem feitas baseadas nos temas da Classificação *Inverso* das Doenças. A partir disso, e por essa atividade estar acontecendo na Oficina de Intervenção Urbana, foram criadas algumas frases para espalhar pela cidade. Destaco duas delas com as figuras a seguir:

Figura 5: Intervenção urbana – Excesso também é ausência.



Fonte: Página do *Facebook* da Inverso.

Figura 6: Intervenção urbana – A falta de acento torna o doído doído.



Fonte: Arquivo da pesquisadora²⁵.

²⁴ *Fanzine* são publicações de pequenas revistas elaboradas artesanalmente e sem que se tenha um caráter profissional. São impressões com temas específicos, uma linguagem mais acessível – às vezes até informal - e com uso de imagens e/ou colagens.

²⁵ Foto disponibilizada pelo psicólogo responsável pela Oficina de Intervenção Urbana.

5.2 Análise formal

Neste segundo momento para a realização das análises foram utilizadas as cinco narrativas sobre a participação dos frequentadores no processo de elaboração da Classificação *Inverso* das Doenças. Além disso, foram analisadas as duas entrevistas semiestruturadas com os profissionais - que aqui nomeio de Sebastião e Sofia - e o material redigido e disponibilizado pelo psicólogo responsável pela Oficina de Intervenção Urbana, nomeado de Singularização. Para fazer uma articulação com esses materiais, foram também utilizados os diários de campo e, também, o referencial teórico que embasa esta pesquisa. Todos os nomes dos participantes são fictícios²⁶.

A partir dessas análises, foram construídas três categorias envolvendo todos os atores sociais envolvidos nesta pesquisa. A primeira delas visa explorar quais os desdobramentos do diagnóstico psiquiátrico na vida do sujeito. A segunda categoria visa apresentar a compreensão dos participantes desta pesquisa acerca do diagnóstico *inverso*. Por último, serão apresentados os alcances e os limites encontrados na experiência e discussões sobre a Classificação *Inverso* das Doenças.

5.2.1 Construindo narrativas

Neste primeiro momento, apresento a construção das narrativas. Esse processo contou com mais uma participação dos frequentadores. Foi apresentada a construção das narrativas feitas pela pesquisadora a partir da transcrição da entrevista com cada um deles para que pudessem ser feitas possíveis alterações - retirando ou acrescentando algo que achassem importante. Além disso, para garantir mais uma vez se estão de acordo com a publicação do conteúdo.

a) Jessica²⁷

Jessica relata que aos 17 anos começou a apresentar comportamentos diferentes ao que ela costumava ter. Dentre eles, ela comenta que “estava dormindo debaixo da mesa, ficava muito tempo acordada” (ENTREVISTA 07, p. 1). A partir disso, foi levada ao pronto socorro de um hospital geral. Após ter sido encaminhada para a psiquiatria, foram

²⁶ Dois participantes manifestaram o desejo de que fossem colocados nomes escolhidos por eles.

²⁷ Nome fictício escolhido pela frequentadora.

prescrito medicamentos que a deixavam muito sonolenta e dificultava fortemente o seu desempenho escolar. Mesmo assim, conseguiu concluir o ensino médio e passou no vestibular. Entretanto, disse ter tido muitas internações: um total de 17 em um período de um ano. Dentre essas internações, passou 72 dias no hospital geral e outras no hospital psiquiátrico público do DF.

A frequentadora comenta que os psiquiatras tiveram dificuldades para fechar um diagnóstico. Uma das psiquiatras com quem se consultou disse que ela sofria de esquizofrenia. Jessica relata que a médica

Falou pra minha mãe que eu era um caso sério, que não servia para nada e **mandou eu ir pro interior criar porco**, porque lá é bem melhor do que investir dinheiro nela (na Jéssica), porque **ela não tem capacidade para trabalhar**. Vocês vão criar porco, **não vale a pena investir na Jéssica, ela não é uma pessoa que vai produzir** (ENTREVISTA 07, p. 1).

Jessica acrescenta que a psiquiatra fez estas afirmações quando ela estava em crise. No momento estava tomando diversos psicotrópicos e diz não ter se mobilizado, naquele momento, ao ouvir as palavras da médica.

Por conta dos diversos efeitos colaterais das medicações, tinha grande dificuldade em conseguir estudar para as matérias de sua faculdade. Isso a deixava irritada, pois não conseguia ler direito, tinha a sensação de que estava tendo convulsões e frequentemente diz ter tido “risada histérica e choro histérico” (ENTREVISTA 07, p. 2).

Apesar das significativas dificuldades que teve ao longo de sua graduação, Jessica conseguiu se formar. Comentou que recebeu suporte de seus colegas e professores. Percebia uma compreensão por parte deles diante das suas questões de saúde mental. Disse já ter passado mal durante a aula, mas que foi acolhida por uma colega.

Jessica relatava que, após um tempo, quando recebeu alta de uma das internações entrou em contato com uma assistente social que conhecia para que indicasse algum espaço que ela pudesse frequentar. A profissional sugeriu a Inverso e ela diz que se encantou pelas pessoas que fazem parte dela. Diz gostar da Oficina de Intervenção Urbana. Apesar disso, Jessica comenta: “acho muito perigoso, eu acho legal, mas morro de medo de ser presa, de dar problema pra gente”.

Quando começamos a falar sobre a Classificação *Inverso* das Doenças, a frequentadora disse

Achei ótima a ideia! A gente **não padroniza ninguém**, cada um tem um pensamento, um comportamento, tem algumas singularidades, mas cada um

enxerga de uma maneira diferente. **Tem os sintomas, mas cada um manifesta de um jeito** (ENTREVISTA 07, p. 2).

Jessica entende que poder falar disso foi como um **desabafo**, mesmo tendo a sua rede de apoio. Ao ouvir de seus colegas as questões que, em alguma medida são semelhantes as que ela vivenciou, Jessica afirma que, diante disso, ela **não se sente só** em seu sofrimento. Completa dizendo que, ao comparar o debate da Classificação *Inverso* das Doenças com a CID, acredita que a primeira é “mais realista” (ENTREVISTA 07, p. 2), porque, segundo ela: “(a Classificação *Inverso* das Doenças) falou do que a gente realmente sente” (ENTREVISTA 07, p. 2).

b) Gabriel

Gabriel é estrangeiro, vive no Brasil há cerca de um ano e meio e frequenta a *Inverso* há pouco mais de um ano. Comenta gostar muito da Oficina de Intervenção Urbana por simpatizar pelo psicólogo responsável. Relata ter graves problemas de memória e concentração que, segundo ele, é devido ao uso abusivo de substâncias psicoativas. Esse problema se intensificou após a última *overdose* que teve há seis anos atrás. Em decorrência dessa falha de sua memória, Gabriel diz se lembrar muito pouco dos debates acerca da Classificação *Inverso* das Doenças.

No entanto, aproveitou do momento de nossa entrevista para falar de seu sofrimento. Compartilha que já recebeu um diagnóstico psiquiátrico, mas não recorda ao certo, segundo ele, acredita que foi “maníaco obsessivo” (ENTREVISTA 05, p. 1). Disse que foi triste receber um diagnóstico, pois, em suas palavras:

Eu tenho muita dificuldade em lidar com a minha própria realidade, estou sempre fugindo da minha realidade, mas chega um altura que não se consegue mais fugir de si próprio (ENTREVISTA 05, p. 1).

Gabriel relata que já foi internado em algumas comunidades terapêuticas devido ao uso abusivo de substâncias. Disse que a última que ficou tinha muitas regras e **castigos**. O frequentador relata que precisou permanecer por um tempo em um albergue de sua cidade natal que acolhia pessoas em vulnerabilidade social. Depois desse ocorrido, diz que um de seus maiores medos atuais é ficar em situação de rua: “esse medo já me persegue há muitos anos” (ENTREVISTA 05, p.2). Atualmente se percebe muito deprimido. Para ele, a

depressão “é um sentimento em que a pessoa está terminantemente triste e não gosta de nada. Mais grave que a depressão é o medo” (ENTREVISTA 05, p. 2).

c) Tadeu²⁸

Tadeu, de 37 anos, narra que começou a ter um “comportamento estagnado” (ENTREVISTA 08, p. 1) e com 11 anos disseram que ele teria esquizofrenia. Essa notícia, segundo ele, o deixou bastante revoltado. Não conseguia prestar atenção na aula e tampouco responder aos seus professores e colegas. Ele comenta que sofria com isso, sofria, principalmente com o silêncio. Diz que “até uma briga banal é melhor do que ficar em silêncio” (ENTREVISTA 08, p. 1).

Um pouco mais velho começou a ter desavenças com um vizinho e se percebeu ficando agressivo após muitas agressões que sofreu por essa pessoa sem saber o motivo. Fez terapia em grupo, mas alega que as pessoas não se compreendiam entre si. Com o passar dos anos, recebeu o diagnóstico de esquizofrenia e diz não ter acreditado quando o disseram. Tadeu compartilha que acredita ser “vítima da loucura”, como algo que o invade. Para ele, a definição da loucura seria como “um turbilhão de vozes, esquecer o que tá falando...” (ENTREVISTA 08, p. 7). Diz ter sido muito medicado, inclusive por remédios que ele sentia que eram errados e com fortes efeitos colaterais.

Há mais ou menos 11 anos, Tadeu começou a frequentar a Inverso após ter sido convidado por um outro frequentador e diz ter sido “maravilhoso” (ENTREVISTA 08, p. 3). Quando pergunto sobre a Classificação *Inverso* das Doenças, Tadeu compreende o processo como uma “fuga, mas coerente” (ENTREVISTA 08, p. 3). Entretanto, o frequentador diz: “Cara, eu não vou lá (à Inverso) a trabalho, eu vou lá pra socializar, conviver, chamar o pessoal pra sair, andar, atividades” (ENTREVISTA 08, p. 5). Tadeu também compartilha que achou difícil, que às vezes não entendia o que estava sendo dito. Complementa dizendo: “não entendo a aula que vocês estão dando, eu não tenho formação psicológica para entender” (ENTREVISTA 08, p. 4).

Quando falávamos sobre a esquizofrenia, pergunto para Tadeu o que seria a esquizofrenia para ele. Rapidamente ele responde que é uma “incapacidade total” (ENTREVISTA 08, p. 6). Peço para que ele fale mais e ele explica que esse sentimento de

²⁸ Nome fictício escolhido pelo frequentador.

incapacidade é a consequência da falta de compreensão das pessoas que o circundam em relação ao que ele diz. Apesar disso, ele acredita que a “convivência é a única que dá sentido às palavras” (ENTREVISTA 08, p. 7). Questiono de qual convivência ele faz referência e ele responde que é a Inverso, pois, segundo ele: “você (pessoas que fazem parte da Inverso) dão sentido ao que a gente tá falando” (ENTREVISTA 08, p. 7).

d) Francisco

Francisco se considera uma pessoa extrovertida e às vezes nervosa também. Frequenta a Inverso há alguns anos e também faz tratamento no CAPS. Sua primeira internação foi quando ele tinha 13 anos de idade, após a separação de seus pais. Tinha um relacionamento conflituoso com a então companheira de seu pai e isso o deixava muito nervoso. Por conta do estado emocional que ficava, era ameaçado a ser internado.

Na escola, diz que teve dificuldades de aprendizagem e era frequentemente agredido pelos seus colegas. Francisco diz: “os meninos me chamavam de doido, saia todo mundo de perto de mim. Aí eu falava que não era e (eles) falavam que era eu era sim” (ENTREVISTA 06, p. 1). Os colegas também diziam: “saiu do São Vicente²⁹, agora é doido”.

Além dessa violência psicológica, Francisco diz que as pessoas de seu colégio também batiam nele e o chutavam. Ele comenta que com esses colegas nada acontecia, mas quando ele se defendia, ele era visto como o violento. Comenta que já aconteceu, inclusive da escola solicitar que uma ambulância fosse até sua escola para buscá-lo. O relato de Francisco se conecta com a ideia de que: qualquer que seja o ato, é justificado ou condenado pelo fato da pessoa ser socialmente reconhecida como “doente mental” – mesmo que seja uma ação de legítima defesa.

Não só os colegas cometiam atos violentos, mas também sua professora que, indelicadamente e com falta de sensibilidade, pediu para que Francisco escrevesse uma redação sobre sua internação. Ele se recusou a fazer isso.

Francisco narra com pesar o quanto se sente “chateado” (ENTREVISTA 06, p. 2) ao lembrar de suas internações. Segundo ele:

eu queria ficar em casa e me jogavam no hospital - umas três, quatro, cinco vezes. Chegava lá amarrado. Você já vai nervoso pra lá e eles te amarram para

²⁹ Hospital psiquiátrico público do DF.

você não fugir da cama. Nos primeiros dias eles têm medo da gente fugir (ENTREVISTA 06, p. 2).

Quando falamos sobre o diagnóstico, Francisco afirma:

as outras pessoas que olham a minha esquizofrenia. Eu não sei o que acontece, [...] mas colocaram no meu diagnóstico: esquizofrenia com transtorno bipolar de humor. São várias coisas juntas que vão se juntando (ENTREVISTA 06, p. 2).

Segundo Francisco, o que levou aos médicos a classificá-lo com esses diagnósticos, foi devido ao fato de falar muito, falar alto e ‘batucar’. Francisco relata que sua mãe também o diz que ele tem esquizofrenia e depressão, mas ele acredita “que a esquizofrenia acabou” (ENTREVISTA 06, p. 2). Apesar de que, eventualmente, o frequentador diz que não fica bem e acaba “falando um monte de besteira” e que “a cabeça voa às vezes, viaja... tem dia que viaja e vai longe... e se alguém ouve, já diz: olha a esquizofrenia chegando (risos)” (ENTREVISTA 06, 2).

e) Vinicius

Vinicius, de 32 anos, diz que desde os seus 15 anos de idade começou a apresentar, segundo ele, “sintomas graves” (ENTREVISTA 09, p. 2). Diz que, neste primeiro momento, sentiu uma “abstinência de espírito interior” (ENTREVISTA 09, p. 2). Atualmente, diz estar passando por uma “fase de transição” e está “se reconstruindo” (ENTREVISTA 09, p. 1).

Diz que já passou por esse processo anteriormente várias vezes e usa a metáfora de ter que “escalar” novamente. Conta que passou por um momento com muito medo envolvido, o que ele relaciona à síndrome do pânico. Sentia muita insegurança e se recorda claramente dos diversos pensamentos negativos, em que não sabia de onde vinham e que se sentia sendo empurrado para baixo. Por isso a necessidade de escalar. Relata que nesse período passou ao mesmo tempo por depressão, síndrome do pânico e transtorno de ansiedade. A forma que ele encontrou para lidar esses momentos que vivenciou, foi lendo a bíblia diariamente. Hoje em dia, a sua maior preocupação é de “não perder a sobriedade, não perder, o espírito, não perder a força de vontade – que foi uma coisa que ficou muito afetada” (ENTREVISTA 09, p. 1).

Ao explicar sobre o que se trata esse processo de reconstrução, Vinicius explica: “esse processo de reconstrução, cara, assim... eu sempre volto naquilo que é parte de mim. Assim... que é parte de mim desde as origens, sabe? Desde minhas origens” (ENTREVISTA 09, p. 1). Com a intenção de reconstruir suas origens, Vinicius prefere não se “apoiar no outro”, pois sempre quis ter sua autonomia. Entende que ele sabe o que é melhor para si, pois, segundo ele: “o que serve pra você, não serve pra mim. E também assim... nunca me serviu, sabe?” (ENTREVISTA 09, p. 1). Quando questiono o que nunca lhe serviu, Vinicius diz que sempre sentiu um sentimento de inadequação frente ao outro.

Vinicius comenta que, ao longo de sua vida, recebeu alguns diagnósticos pelos médicos psiquiatras. Ele cita síndrome do pânico, transtorno de ansiedade, transtorno bipolar, transtorno esquizoafetivo e esquizofrenia paranoide. Diante disso, ele relata que parou “de transitar pelos psiquiatras, porque (para) um era uma coisa, (para) outro era outra coisa” (ENTREVISTA 09, p. 4). Apesar disso, o frequentador compreende e reconhece a importância da psiquiatria, mas sinaliza que não se trata apenas de questões neurológicas. “Às vezes isso é uma coisa no seu emocional ou na alma. Então, isso não pode ser do dia pra noite” (ENTREVISTA 09, p. 4).

Quando conversamos sobre a Classificação *Inverso* das Doenças, Vinicius comenta sobre a singularidade de cada um, que “cada ser humano é um universo a parte” (ENTREVISTA 09, p. 4). Sobre sua participação, ele diz: “Foi uma participação legal, porque é bom você expressar as coisas terríveis, que são coisas terríveis. Você espremer e tirar como se fosse um pus ou uma espinha, jogar para longe” (ENTREVISTA 09, p. 3). E completa: “eu nunca daria uma definição positiva, sacou? **Nunca daria uma definição amenizadora ou colorida**”. Pergunto se ele estava fazendo referência a uma romantização do sofrimento e Vinicius responde: “Eu não faria isso com doença nenhuma. Existe um sofrimento, existe uma... até onde pode ir a escuridão?” (ENTREVISTA 09, p. 3).

Falando sobre a discriminação daqueles que têm algum tipo de sofrimento psíquico grave, pergunto se já ocorreu com ele em algum momento. Disse que ao longo de todos esses anos, isso nunca havia acontecido, no entanto, a primeira vez aconteceu neste ano. Pergunto se ele gostaria de falar sobre o ocorrido e ele optou por não falar, mas compartilhou o seu sentimento diante da situação:

Eu me surpreendi, porque nunca tinha me sentido tão mal visto por estar sofrendo, por estar doente. Tem horas que eu preciso de um recurso, de uma

saída, de uma ajuda, de uma mão estendida e **nessa hora você é desprezado e tido como desprezível** (ENTREVISTA 09, p. 3).

5.2.2 As repercussões do diagnóstico

A partir das entrevistas, foi possível perceber alguns dos impactos na vida de cada um ao receber um (ou vários) determinado diagnóstico. O preconceito vivenciado foi significativamente enfatizado. No caso da frequentadora Jessica, em uma das consultas que teve com psiquiatra, relata que a médica se referiu à Jessica como uma pessoa sem perspectiva de vida. Em suas palavras:

(a psiquiatra) falou pra minha mãe que eu era um caso sério, que não servia para nada e **mandou eu ir pro interior criar porco**, porque lá é bem melhor do que investir dinheiro nela (na Jéssica), porque **ela não tem capacidade para trabalhar**. Vocês vão criar porco, **não vale a pena investir na Jéssica, ela não é uma pessoa que vai produzir** (ENTREVISTA 07, p. 1).

A fala violenta e desrespeitosa com o sofrimento de Jessica é perceptível nessa ideia cristalizada e preconceituosa de incapacidade. Como se o episódio de internação ou o estabelecimento de um determinado diagnóstico fosse definidor de um destino pautado na dependência de outros e na invalidez da existência. Diferente da fala da psiquiatra, Diatkin (1993) sinaliza a importância de “tratar do paciente como ser humano cujas dificuldades não diminuem sua dignidade” (p. 56).

O estigma da incapacidade de executar tarefas articula-se com o que foi exposto no capítulo III deste trabalho. Goffman (2017) compreende que aquele que é estigmatizado, passa a ser visto como uma pessoa insuficientemente humana. A partir disso, abrem-se portas para a discriminação e, conseqüentemente, as possibilidades de vida são reduzidas.

Os estigmas sofridos por pessoas que receberam algum tipo de diagnóstico psiquiátrico, assim como foi discutido anteriormente, são diversos – como o da incapacidade, da incompreensibilidade e periculosidade. No caso de Francisco, pode-se perceber que quando compartilhou o fato de se defender de seus colegas da escola que o agrediam, já aconteceu de chamarem a ambulância para contê-lo. Esse acontecimento relatado pelo frequentador pode ter ao menos duas leituras. A primeira delas estaria relacionada ao estigma de que Francisco seria potencialmente perigoso e a intervenção deveria ser feita por profissionais. A segunda, diz respeito ao que Rosenhan (1994) afirma: “uma pessoa rotulada como anormal, todas as outras formas de comportamento e traços

caracterológicos ver-se-ão maculados por essa classificação” (p. 125). Ou seja, mesmo se defendendo dos colegas, seu comportamento era condenado pelo fato de ser visto como “doente mental”.

O estigma e o preconceito sofrido acarreta na exclusão de quem desvia, minimante, dos padrões socialmente estabelecidos. Isso ficou evidente quando Francisco compartilha que, quando saiu do hospital psiquiátrico, os colegas passaram a hostilizá-lo. Segundo o frequentador: “os meninos me chamavam de doido, saia todo mundo de perto de mim. Aí eu falava que não era e (eles) falavam que era eu era sim” (ENTREVISTA 06, p. 1).

Basaglia (2005) defende que o ato de excluir pode estar relacionado com a necessidade de quem exclui em se diferenciar daquele está sendo excluído. Seria também uma forma de demarcar uma fronteira entre o que é socialmente aceito e entendido como normal, com o que desvia e foge do padrões.

A leitura de Basaglia (2005) a respeito da exclusão, pode se articular com a concepção acerca dos rótulos com base no diagnóstico. Entende-se que essa etiquetagem corrobora para uma divisão e distinção entre “eles” e “nós”, o que gera um distanciamento “de forma que pessoas com problemas psicológicos sejam vistas como diferentes e não como humanos” (SUPERIOR HEALTH COUNCIL, 2019, p. 26, tradução livre) legítimos. O incômodo de outros diante do que é peculiar e aparentemente incompreensível, é considerado como algo que é intolerável. No entanto, é importante que se reconheça na estranheza, ou o que se vê como impossível, como algo singular (RIVERA, 2019, apresentação oral).

O sentimento de não estar sendo compreendido é algo que resulta em angústia para Tadeu. O frequentador relata, em diferentes momentos da entrevista, o seu incômodo com fato de não estar se fazendo entender para o outro. Em um primeiro momento, isso surge ao relatar uma experiência em terapia de grupo que fez um tempo antes de receber o diagnóstico de esquizofrenia. Posteriormente, Tadeu relata sentir uma “incapacidade total” (ENTREVISTA 08, p. 6) por não ser compreendido pelo outro. Compreendo essa incapacidade no sentido dele perceber que as pessoas não o entendem com clareza, o que pode ser um empecilho nas suas relações sociais.

É comum que a falta de compreensão por parte do outro, como foi dito, seja um fator que contribui para a segregação e patologização daqueles cujo discurso desvia dos

padrões. Lobosque (2001, p. 23) nomeia isso de “exclusão da subjetividade”. A autora compreende que isso tem relação com o fato da nossa sociedade não ter o hábito de tentar compreender diferentes formas de expressão (LOBOSQUE, 2001).

Além disso, Basaglia (2005) salienta ainda que a exclusão é endossada pela ciência ao afirmar a incompreensibilidade como uma “doença mental”. Diante disso, pode-se confirmar a angústia de quem não se sente compreendido com o relato de Antonin Artaud³⁰. Em uma das cartas enviadas para seus médicos durante o período em que estava internado, Artaud (2017) declara que: “me consideram doente porque não me compreendem” (p. 100).

Além do discurso, o comportamento que destoa também é julgado por outrem. No caso de Jessica, esse julgamento se desdobra em vergonha por causa de determinados comportamentos que foram enquadrados no diagnóstico de Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC). Enquanto discutíamos sobre o TOC, Jessica

me falou que percebe quando as pessoas reparam os seus rituais. Sente vergonha quando nota que as pessoas estão olhando com estranhamento. Disse também que a sua família não tem paciência quando, por exemplo, ela verifica diversas vezes se a sua carteira e o celular ainda estão dentro de sua bolsa. Ela dividiu isso comigo com pesar (DIÁRIO DE CAMPO 14).

Essa estranheza por aquilo que é considerado como diferente também se mostra através da curiosidade. Um exemplo disso seria a experiência que Francisco teve ao sair de uma das internações e ser solicitado pela professora que escrevesse uma redação de como foi a sua experiência no hospital psiquiátrico.

O pedido da professora pode estar atrelado, também, a essa curiosidade pelo que não obedece as aparências da normalidade. Em articulação a esse ocorrido, Bueno³¹ (2001), ao escrever um livro sobre as suas experiências de internações nos manicômios, percebeu que ao sair da instituição as pessoas demonstravam ter interesse em vê-lo, como se fosse uma novidade, algo diferente, estranho, que despertasse curiosidade. Segundo o autor, “em casa, todas as atenções eram pra mim. Parentes, vizinhos, amigos da família vinham matar a curiosidade. Recém saído do hospício” (BUENO, 2001, p. 119).

³⁰ Antonin Artaud foi um ícone do teatro francês. Ao longo de sua vida, passou por diversas internações em hospitais psiquiátricos durante alguns anos de sua vida.

³¹ O livro de Autregésilo Carrano Bueno, *O canto dos malditos*, foi a inspiração para o premiado filme brasileiro *O bicho de sete cabeças*.

A experiência de internação em uma instituição psiquiátrica pode ter diversas consequências na vida do sujeito. Nas entrevistas realizadas isso ficou claro quando Francisco comentou que quando se exaltava ou ficava nervoso, o ameaçavam dizendo que ele voltaria a ser internado. Diante disso, pode-se dizer que a internação também é usada como um recurso de ameaça para o controle de comportamentos que incomodam ou que são indesejados (FOUCAULT, 2006).

Evidencia-se que o sofrimento se intensifica com as relações em que o outro manifesta algum tipo de preconceito. Isso se confirma como o relato de Sebastião ao perceber que, durante a elaboração da Classificação *Inverso* das Doenças,

muito do sofrimento não era o sintoma em si, mas como as pessoas são tratadas. [...] Não era a “doença” em si, é como as pessoas são tratadas: a segregação, a não aceitação, o não entendimento sobre aquilo, os estigmas... (ENTREVISTA 01, p. 6).

A partir da reflexão do profissional, é possível fazer uma articulação com o que foi compartilhado por Vinicius. O frequentador relata que, quando estava passando por um momento de sofrimento intenso, não se sentiu acolhido e foi tratado com desdém. Ao falar dessa situação durante a entrevista, Vinicius estava aparentemente decepcionado, triste e não quis aprofundar no assunto. Nas palavras dele:

Eu me surpreendi, porque nunca tinha me sentido tão mal visto por estar sofrendo, por estar doente. Tem horas que eu preciso de um recurso, de uma saída, de uma ajuda, de uma mão estendida e **nessa hora você é desprezado e tido como desprezível (ENTREVISTA 09, p. 3).**

À vista do que foi compartilhado por Vinicius, percebe-se que o frequentador sentiu que o seu sofrimento foi banalizado e negligenciado. Ao fazer uma leitura a partir de Lévinas (2010), compreende-se que o sofrimento carrega consigo uma “passividade extrema, impotência, abandono e solidão” (p. 119). Devido a isso, o autor afirma que somos convocados, diante da dor do outro, a nos fazermos presentes e sem que se espere que seja recíproco (LÉVINAS, 2010). Ou seja, trata-se de uma posição ética do cuidado e, com isso, a indiferença é inaceitável (LÉVINAS, 2010). Consoante à essa concepção, Boff (2017) entende que

cuidar é mais que um ato; é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro (p. 37, grifos do autor).

Diante do entendimento de Boff (2017) sobre o cuidado, é possível fazer uma articulação com a convivência, pois, para Tadeu: “a convivência é a única que dá sentido às palavras” (ENTREVISTA 08, p. 7). Essa fala vai de encontro com uma das disponibilidades de cuidado elaboradas por Resende (2015; 2017): *estar com*. A autora explica que

o desafio no *estar com* é fazer-ouvir, no sentido de ter consequências, a potencialidade terapêutica do cotidiano, não nos encapsulando em sua aparente banalidade. Ao intervir no cotidiano, amplia-se a possibilidade de criar algo novo em sua condição existencial, questões práticas e psíquicas que se encontram e dialogam na convivência (RESENDE, 2015, p.189, grifos da autora).

5.2.3 O diagnóstico *inverso*:

Esta categoria de análise visa debater os principais pontos da Classificação *Inverso* das Doenças, de modo que sejam evidenciadas as diferentes percepções – tanto as que divergem entre si, quanto as que convergem e também o que é peculiar e único.

Destaco alguns dos principais pontos da Singularização no quadro abaixo, com o objetivo de apresentar uma melhor visualização do conteúdo produzido ao longo do processo de construção da Classificação *Inverso* das Doenças.

Quadro 1 – Principais pontos da Singularização

Singularização	
Paranoia	As ausências que nos levam a enlouquecer
	Incentiva o isolamento social
	É uma experiência
	Espaços de acolhimento e cuidado evitam a paranoia
	Constrangimento de se tornar ridículo na sua própria existência
	Preocupação crônica com a realidade
Fobias	Limite extremo entre o seguro e o inseguro, uma pulsão de preservação
	Medo de achar a vida pior que a morte
	Medo de enlouquecer e perder o controle
Somatização	O corpo fala o que a palavra não dá conta
	O corpo fala o que a mente não quer ver
Euforia	O tempo não existe – é tudo agora
	O excesso do presente
	Transbordamento. Não cabe em si e não tem cabimento para o outro

Embotamento afetivo	Quando o outro sufoca
	Sensação de estar anestesiada, sem sentir dor e emoções
Medo	Excesso de futuro
Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC)	Excesso de preocupação com perdas: sejam pequenas, grandes, reais ou simbólicas
	Ser perfeito para não ter que fazer de novo
Suicídio	Não queria tirar a vida, queria tirar a dor
Esquizofrenia	O sentido da vida que você mesmo dá
	Perda da relação de tempo, espaço e corpo
Insônia	Excesso de preocupação dentro de uma sociedade que não solicita o descanso
Delírio persecutório	Sensação de impotência, indefeso e vulnerável
Delírio	É uma verdade suprema e calada. Não tem forma e nem cor, não é entendível e é inadmissível
Luto	Luto é ficar na história passada

Com o quadro acima, é possível perceber que a forma de dar sentido ao que é socialmente entendido como uma “doença”, passa a ser pensado como algo existencial, o que conseqüentemente, desconstrói o dito “transtorno”. Seguindo essa linha de raciocínio, Sartre (1976) entende a “doença mental como uma saída que o organismo livre, em sua unidade total, inventa para viver uma situação insuportável” (p. 7). Pode-se interpretar a citação de Sartre como um movimento e esforço do sujeito de encontrar um meio para dar vazão ao sofrimento. Para além disso, no caso do delírio, por exemplo, Freud (1911/2010) entende que seria uma “tentativa de cura, de reconstrução” (p. 94). Ou seja, o que é considerado como uma doença, tem uma função significativamente importante de tentar organizar o sujeito.

Pode-se perceber que em nenhum dos pontos destacados da Singularização foram atribuído uma ideia de doença. Um dos exemplos é quando os frequentadores entendem que a paranoia é uma experiência (SINGULARIZAÇÃO, p. 2). Por mais perturbador que sejam os sintomas da paranoia não foi dado um sentido patologizante a esse fenômeno.

Com as discussões da Classificação *Inverso* das Doenças, constatou-se que o excesso, relacionado com a temporalidade, esteve presente nas formas de significar determinados sintomas, estados emocionais e sentimentos. Na euforia, por exemplo,

entende-se que “o tempo não existe, é tudo agora. É um excesso de presente” (SINGULARIZAÇÃO, p. 12); para o medo, foi atribuído o “excesso de futuro” (SINGULARIZAÇÃO, p. 15) e para o luto, um excesso de passado. A partir destas reflexões do grupo, constata-se que o sentido dado às experiências destacadas, perpassam pela intensidade do vivido e a sua relação com o tempo. A interpretação dada ao fenômeno, não se trata apenas de um sintoma, mas como se dá sua relação com o mundo em determinados momentos e em sua história.

O excesso também surgiu como uma questão no debate sobre a insônia, que foi caracterizado como um “excesso de preocupação dentro de uma sociedade que não solicita o descanso” (SINGULARIZAÇÃO, p. 14). Essa ideia se relaciona com a discussão de Birman (2014) acerca das transformações do modo de subjetivação na contemporaneidade. O autor afirma que há uma cobrança social por performances a serem cumpridas. Essas performances devem contemplar, dentre outras coisas, as exigências mercadológicas do mundo de trabalho (BIRMAN, 2014).

Pode-se observar que a forma como foi descrita a insônia pode estar atrelada ao conceito de sujeição debatido por Butler (2018). A autora entende o termo como uma “dependência fundamental de um discurso que nunca escolhemos, mas que paradoxalmente, inicia e sustenta nossa ação” (p. 10). Isto é, relacionando a insônia com o mercado de trabalho incessante, somos convocados a nos adequarmos e nos doarmos, sem que possamos descansar, e assim levamos (BIRMAN, 2014). Diante disso, a insônia seria, neste caso, como uma resposta (por mais contraditória que seja) às exaustivas demandas contemporâneas.

Ao falar sobre a esquizofrenia, mais uma vez o excesso veio à tona. Os frequentadores compartilham da ideia de que há um “excesso de conhecimento” (SINGULARIZAÇÃO, p. 5). O conhecimento pode estar atrelado ao que foi chamado de “percepção ampliada e expansão da consciência” (SINGULARIZAÇÃO, p. 5). Essa interpretação tem grande relevância para desconstruir a ideia da perda total da realidade – assim como é visto pelo senso comum. Afinal, se trata, também, de uma realidade e uma verdade para o sujeito (STERIAN, 2011) e que não deve ser banalizada e nem deslegitimada.

Ficou perceptível o peso do olhar do outro diante do sofrimento. Destaco a interpretação dada à paranoia e ao delírio. A primeira é vista como “Constrangimento de se tornar ridículo na sua própria existência” (SINGULARIZAÇÃO, p. 3). E a segunda como algo que “não é entendível e é inadmissível” (SINGULARIZAÇÃO, p. 3). Com isso, fica claro que há uma não aceitação social e cultural da diferença. Safatle (2018) entende que a recusa do que desvia dos trilhos da norma, não se trata apenas de um rótulo dado seguindo o saber médico, mas sim, uma exigência social para seguir um imperativo dos padrões da normalidade.

De acordo com os frequentadores da Inverso, a presença e o acolhimento tem extrema importância quando se está sofrendo. Foi colocado, inclusive, que “espaços de acolhimento e cuidado evitam a paranoia” (SINGULARIZAÇÃO, p. 3) e quando há uma falta disso - da presença - foi dito que “são as ausências que nos levam a enlouquecer” (SINGULARIZAÇÃO, p. 1). Entendo a ausência como um fator que potencializa o sofrimento e que pode levar a “enlouquecer”.

Nas entrevistas com os frequentadores, constatou-se que a forma de dar sentido ao seu sofrimento são singulares e, em quase todas as vezes, não foi atrelado à concepção de doença. Assim como defende Szasz (1980), observou-se que a dita “doença mental” é compreendida como “problemas existenciais” (p. 20). No caso de Gabriel, por exemplo, ele usa a metáfora de uma fuga de si próprio:

Eu tenho muita dificuldade em lidar com a minha própria realidade, estou sempre fugindo da minha realidade, mas chega um altura que não se consegue mais fugir de si próprio (ENTREVISTA 05, p. 1).

Desta maneira, apesar ter sido classificado como “maníaco obsessivo”, o sentido dado a isso não foi pelo viés patológico. Tanto que, ele mesmo não se recordava ao certo em qual diagnóstico ele foi enquadrado e, quando o entrevistei, Gabriel demonstrou ser indiferente a esta questão. Logo, entendo que, em alguma medida, ele não acatou o discurso médico psiquiátrico.

Vinicius também apresentou um significado próprio de seu sofrimento, que condiz com as suas crenças espirituais. O frequentador acredita que, quando está deprimido, ele interpreta esse fenômeno como uma “abstinência de espírito interior” (ENTREVISTA 09, p. 2). Além disso, de acordo com Vinicius, ler a bíblia é um recurso que ele utiliza para amenizar e lidar com os seus sentimentos negativos. É importante trazer esse ponto para

que se possa compreender que a leitura de um sintoma não deve estar separada dos valores e das crenças que fundamentam o modo do sujeito de estar no mundo (JACKSON; FULFORD, 2003).

Já Francisco, tem uma visão do diagnóstico psiquiátrico como algo não internalizado, é sempre alguém que identifica como tal: “as outras pessoas que olham a minha esquizofrenia” (ENTREVISTA 06, p. 2). Para ele, são momentos em que ele mesmo percebe uma alteração em seus pensamentos, mas não nomeia como doença, já quem o circunda, sim. Francisco diz: “a cabeça voa às vezes, viaja... tem dia que viaja e vai longe... e se alguém ouve, já diz: olha a esquizofrenia chegando (risos)” (ENTREVISTA 06, p. 2).

5.2.4 Classificação *Inverso* das Doenças: alcances e limites

Ao entrevistar o psicólogo Sebastião, foi possível compreender que o processo de elaboração e de criação da Classificação *Inverso* das Doenças se deu a partir de uma inquietação do grupo frente “o cenário de patologização das pessoas” (ENTREVISTA 01, p. 3). O cenário ao qual Sebastião se referiu pode ser entendido a partir de algumas leituras. Dentre elas, pode ser interpretado como uma patologização da existência. Entretanto, de acordo com Martins (1999), há um equívoco no significado dado ao termo patologia, pois foi limitado à uma condição de doença. No entanto, não se trata somente daquilo que destoa ou que está em desarmonia. O autor resgata o conceito de *pathos* para reafirmar sua concepção originária de ser uma “disposição afetiva fundamental” (MARTINS, 1999, p. 62) e que “atravessa toda e qualquer dimensão humana” (MARTINS, 1999, p. 66).

Além da inquietação do grupo, Sebastião percebeu que havia uma “banalização da patologia e a não explicação disto” (ENTREVISTA 01, p. 3), pois ele compreende que há uma “imposição sobre o estado psíquico de alguém, sem a participação e frequentemente vindo de psiquiatras que, às vezes, escutava só a família” (ENTREVISTA 01, p. 3). Diante da fala do profissional, evidencia-se a ideia de que a pessoa em sofrimento, principalmente do tipo psicótico, são interpretadas como incapazes de compreender o que as pessoas dizem.

Com isso, criou-se um espaço favorável para que cada frequentador pudesse se sentir confortável para “falar de forma espontânea e sem ser obrigado” (ENTREVISTA 01, p. 5) a compartilhar com todo o grupo sobre suas questões pessoais. Sebastião diz que

foi importante a gente quebrar esse modelo (de diagnóstico psiquiátrico tradicional) e, pela primeira, vez permitir com que eles participassem da discussão da própria classificação. Aí a gente pode pensar como a classificação é muito mais dinâmica e complexa (ENTREVISTA 01, p. 5).

A partir da fala de Sebastião, percebe-se a importância de poder falar sobre aquilo que erroneamente passa a ser encarado como a identidade de alguém; como se uma experiência vivida definisse o sujeito eternamente. Nessa direção, Rosenhan (1994) afirma que:

Em função de uma depressão ocasional, sejamos classificados como permanentemente depressivos, necessita-se de melhores indícios do que os atualmente utilizados para classificar todos os pacientes como doentes mentais ou esquizofrênicos, com base em formas de comportamento ou percepções extravagantes” (p.128).

Ao propiciar um momento em que o diagnóstico pudesse ser colocado como uma pauta, Sebastião relata que foi propiciado que os frequentadores “pudessem ter voz para discordar, concordar e dar outro sentido também” (ENTREVISTA 01, p. 4). Durante as discussões, foi possível perceber que as discordâncias e a ressignificação do que sentem se deu a partir de uma troca entre os frequentadores. Sofia avaliou essa dinâmica de forma positiva e muito relevante para que houvesse uma desconstrução a respeito do diagnóstico.

Essa desconstrução teve como principal efeito a reafirmação da singularidade de cada um frente os diagnósticos e sintomas. Vinicius, por exemplo, diz que cada pessoa é um “um universo à parte” (ENTREVISTA 09, p. 4) e que, tendo isso em vista, defende que as pessoas tem demandas diferentes umas das outras, mesmo que em situações semelhantes ao dizes que “o que serve para você, não serve pra mim” (ENTREVISTA 09, p. 1). Nessa mesma direção, Jessica compartilha da ideia de cada um ser singular, ao relatar que

cada um tem um pensamento, um comportamento, tem algumas singularidades, mas cada um enxerga de uma maneira diferente. **Tem os sintomas, mas cada um manifesta de um jeito** (ENTREVISTA 07, p. 2).

Na percepção de Sofia, “eles irem construindo isso juntos e perceberem as diferenças entre os sintomas, por mais que eles tenham o mesmo nome, perceber como é diferente para cada um sentir tal coisa” (ENTREVISTA 02, p. 2). Sebastião relata que os frequentadores, aparentemente, gostavam de participar, pois “era um momento de apoio mútuo, de manifestar os seus sintomas, de poder compartilhar, de saber que outras pessoas sentiam aquilo e qual estratégia cada um tinha diante daquele quadro, daquele sintoma...”

(ENTREVISTA 01, p. 4). Ou seja, além de possibilitar a percepção da singularidade de cada um ao manifestar um sintoma ou estado emocional, foi também um momento de acolhimento entre eles.

A decisão do tema a ser discutido era, predominantemente, feita pelos próprios frequentadores de forma democrática. Jessica, por exemplo, sugeriu que fosse discutido sobre o embotamento afetivo.

Nesse dia, eu pude notar que ela ficou mais agitada, falou bastante, repetiu algumas vezes que o psiquiatra disse que ela poderia ter esse diagnóstico também. Ela me dizia: “Eu tenho embotamento afetivo, você acredita? Embotamento afetivo. Foi isso que ele (o psiquiatra) falou.” Percebi que, enquanto falava disso, havia uma mistura de espanto e discordância com o médico, mas ao mesmo tempo tentativa de justificar o porquê de ter sido enquadrada nesse diagnóstico (DIÁRIO DE CAMPO 10).

Com essa fala da frequentadora, noto que houve uma abertura para que ela pudesse contestar, discordar ou até mesmo procurar justificativas para dar nome a determinados comportamentos que ela acredita que se destoam. Diante disso, Sebastião afirma que a ideia da Classificação *Inverso* das Doenças não seria apenas de

eliminar o sentido que já tem da “doença” [...] mas junto a isso, o que ela tem de potencial também? O que traz de contraposição? O que tem de fator social aí, de fator familiar? É isso... como essa existência-sofrimento muda na dinâmica dele com o mundo? (ENTREVISTA 01, p. 4)

Relacionando a fala de Sebastião junto com o relato de Jessica sobre o diagnóstico de embotamento afetivo, não era um intuito do projeto da Classificação *Inverso* das Doenças, fazer com que a frequentadora negasse o diagnóstico que foi enquadrada, mas que, diante dele, refletir o que isso representa para ela diante das variáveis citadas pelo psicólogo. Dentre o que foi colocado por Sebastião, é importante que se enfatize a *existência-sofrimento*. Este termo é antagônico à concepção da psiquiatria clássica em relação ao que é entendido uma “doença mental”. Rotelli (2001) explica que

o objeto da psiquiatria não pode e nem deve ser [...] a doença (entendida como algo que está no corpo ou no psiquismo de uma pessoa). Para nós o objeto sempre foi a existência-sofrimento e sua relação com o corpo social (p. 90).

As discussões acerca dos diagnósticos, sentimentos, sintomas e estados emocionais mobilizaram os frequentadores de acordo com o que cada um já vivenciou ou ainda vivencia. Sofia confirma essa ideia ao dizer que:

eu percebia que, dependendo do tema, alguns se mobilizavam mais do que outros. Tanto que tinham temas que as pessoas não queriam falar sobre e tinham temas que as pessoas se empolgavam. Quando falam de paranoia, eu sinto que a Jessica é uma das que se empenhavam em falar daquilo, porque ela vive isso e ela já tem muito tempo lidando com esses sintomas, então ela consegue ver de outras formas, ela consegue lidar com isso de maneira diferente (ENTREVISTA 02, p. 3).

Por meio da entrevista de Jessica, percebe-se também que a Classificação *Inverso* das Doenças foi um momento que serviu como um desabafo para ela. Assim como foi para Vinicius: “é bom você expressar coisas terríveis, que são coisas terríveis. Você espremer como se fosse uma espinha, jogar para longe” (ENTREVISTA 09, p. 3). Ao interpretar esta fala do frequentador, entendo o uso da metáfora como algo que incomoda, que é dolorido, que é aparentemente não muito agradável de se ver, e que há uma necessidade de ser retirado de si - assim como o sofrimento.

Apesar de terem surgido vários pontos positivos a respeito da Classificação *Inverso* das Doenças, nota-se que, para Tadeu, por exemplo, o processo de (des)construção foi entendido por ele como uma aula e um trabalho, em suas palavras: “eu não vou lá (à Inverso) a trabalho, eu vou para socializar” (ENTREVISTA 08, p. 5). Acredito que seja importante esta fala do frequentador, pois caracteriza uma liberdade de Tadeu em se posicionar e manifestar seus desejos - o que é incomum em espaços que seguem a lógica manicomial, pois predomina o autoritarismo e o silenciamento do sujeito (BASAGLIA, 1985; 2005; FOUCAULT, 2014; GOFFMAN, 2015).

Além disso, Tadeu desaprovou e achou desagradável o momento em que se realizavam buscas na literatura da psiquiatria e da psicologia para que se pudesse compreender e fundamentar uma crítica às classificações diagnósticas. Acredito que isso possa ser um fator que justifique a seguinte fala do frequentador: “não entendo a aula que vocês estão dando, eu não tenho formação psicológica para entender”. No entanto, essa pesquisa que foi feita na literatura tinha um propósito que, segundo Sebastião, seria “devolver para eles falarem também da própria classificação” (ENTREVISTA 01, p. 4). O psicólogo entende que: “isso é democrático e trouxe uma sensação de estar exercendo um poder democrático horizontal” (ENTREVISTA 01, p. 4).

Dito isso, é relevante frisar que o poder democrático e a horizontalidade são um dos princípios fundamentais que norteiam o cuidado e as relações entre aqueles que fazem parte

da Inverso (FALEIROS, 2017). Isso significa dizer que vai contra às práticas manicomialis - onde predominam as relações de poder, controle e hierarquias rigidamente demarcadas (FALEIROS, 2017; FOUCAULT, 2006). Tendo isso vista, possibilita que haja uma maior liberdade para manifestar desejos e também incômodos. Um exemplo concreto disso foi quando Sebastião compartilhou com o grupo sobre o desconforto que as discussões da Classificação Inverso das Doenças estava causando nele. O profissional relata que

Trouxe uma angústia, porque eu sempre tive a Inverso como um espaço mais leve de estar na saúde mental [...] sempre tive uma visão da Inverso como uma espécie de ateliê da loucura, onde a gente poderia extravasar. Quando começou essa ideia, de algum modo a gente estava falando de novo de doenças, de transtornos, de distúrbios. Então era uma sexta-feira que eu achei que seria mais alegre, mas voltava a ser muito densa (ENTREVISTA 01, p. 4).

Tendo o cuidado como norteador ético de nossas ações, Resende (2017), no entanto, também sinaliza que

a dimensão do prazer também é importante para os profissionais, pois o trabalho de cuidar, que é tão exigente do ponto de vista emocional, fica mais leve, mais fluido. Nesse sentido, encontrar o modo e a forma possível de atuação para cada profissional, respeitando suas características e também preferências, de modo que sua atuação tenha sentido e um efeito integrador, é fundamental (p. 254).

A manifestação do incômodo de Sebastião serviu como uma oportunidade para que os demais pudessem dizer como estavam se sentindo em participar da discussão.

Neste dia, Sebastião compartilhou com todos como estava sendo para ele esse novo formato da Oficina de Intervenção Urbana. Percebi que alguns falavam que estavam gostando, outros não se colocaram e Riobaldo³² disse enfaticamente que não queria mais falar de desgraça. Disse que queria falar de coisas boas e que gostaria de voltar a ir mais para rua - assim como costuma ser a Oficina de Intervenção Urbana (DIÁRIO DE CAMPO 16).

Essa reunião que foi feita com os frequentadores evidenciou pontos muitos relevantes a serem destacados: tanto a horizontalidade, quanto a livre expressão. A Inverso, assim como foi dito anteriormente, tem como um de seus pilares a horizontalidade e, também o incentivo à livre expressão de desejos, incômodos, de modo a legitimar cada um enquanto sujeito (FALEIROS, 2017). Na Inverso, as pessoas são estimuladas a não terem que engolir o que for imposto à elas (FOUCAULT, 2002).

³² Riobaldo é um nome fictício que dei a um frequentador no qual não foi possível realizar entrevista, mas que esteve presente em muitas das discussões.

Os dois pilares que foram destacados também possibilitaram para que Vinicius pudesse advertir quando aconteceu de ser atribuído um caráter romântico ao sofrimento psíquico. De acordo com o frequentador, “eu nunca daria uma definição positiva, sacou? **Nunca daria uma definição amenizadora ou colorida** [...] Eu não faria isso com doença nenhuma. Existe um sofrimento, existe uma... até onde pode ir a escuridão?” (ENTREVISTA 09, p. 3). Essa fala do frequentador é uma condenação ao ato de romantizar o sofrimento, pois não existe beleza quando estamos (sobre)carregados de dor.

5.3 Interpretação/ Reinterpretação

Com base nas análises realizadas nos tópicos anteriores, junto com a construção das narrativas e em articulação com a literatura na qual esta pesquisa se fundamenta, foi possível perceber alguns pontos específicos que se destacaram neste trabalho. Enfatizo alguns desses pontos nas duas categorias a seguir.

5.3.1 Sentidos singulares e plurais

Como pôde ser visto, ao longo dos meses em que se discutia a Classificação *Inverso* das Doenças, constatou-se que a forma de significar e dar sentido aos sintomas, aos diagnósticos e aos estados emocionais surgiram das mais variadas formas. Por meio de entrevistas realizadas e com as minhas impressões em campo, foi possível constatar a complexidade, o modo singular de dar sentido e a pluralidade de significados atribuídos a um “mesmo fenômeno”. As mais variadas formas de significar o sofrimento e os rótulos atribuídos a ele como *problemas existenciais*.

A dinâmica da Classificação *Inverso* das Doenças teve como propósito, além de repensar o diagnóstico, favorecer um momento em que se pudesse falar disso: seja contestando, discordando ou até mesmo concordando com aquilo que o médico psiquiatra (arbitrariamente) atribuiu como parte do seu ser (ou ele como um todo). Como foi dito por Sebastião, é muito comum que o diagnóstico seja mal explicado pelos médicos e que, em uma consulta, as famílias sejam mais escutadas do que o próprio sujeito. Essa dinâmica de atendimento, realizada por médicos psiquiatras, pode ser explicada, muitas vezes, pelo preconceito enraizado de se acreditar que a pessoa em sofrimento grave é incapaz de compreender o que lhe é dito.

Essa forma de atuação de muitos psiquiatras é condenada por Basaglia (2005), pois o paciente passa a ser visto apenas como a “doença”, é esquecido o sujeito que se faz presente. Diante da crítica do autor, resgato a metáfora de Galiberti (1984) citado por Rotelli (2001). O autor faz uma analogia entre o botânico e a planta com o psiquiatra e a pessoa em sofrimento: “o médico classifica a entidade mórbida como o botânico classifica as plantas” (p. 93). As plantas, ao serem classificadas, passam a ter um nome científico e, onde quer que ela brote, terá sempre o mesmo nome. Seria como uma identidade atribuída a todas elas. E assim como as plantas, acabamos sendo induzidos a acreditar que, ao sermos classificados, nos apropriamos desse diagnóstico como uma identidade, assim como as plantas.

Em oposição a essa lógica, que é marcada pela anulação do sujeito, o preconceito e o estigma com aquele que está em sofrimento intenso (por parte, inclusive, de profissionais da área) foi trabalhado o inverso disso, ou seja, abria-se espaço de fala (para aqueles que se sentiam à vontade), procuravam-se as explicações para cada fenômeno e era aberto o debate para se falar disso. Nesse momento, o poder democrático era prevalecido. Cada frequentador compartilhava suas questões de acordo com seu desejo e cada um tinha o seu momento de fala. Suas vozes jamais foram silenciadas.

Com o debate, percebi, junto a Sebastião, um apoio mútuo entre os frequentadores. O sentimento de não estar só diante do sofrimento, foi reconhecido por Jessica. As estratégias de enfrentamento eram compartilhadas e as diferentes formas de ver o mesmo sintoma, o diagnóstico e o estado emocional reafirmaram a pluralidade e singularidade que é para cada um.

Diante dos pontos que foram abordados na Singularização, pode-se perceber a peculiaridade de alguns deles e, o que ficou mais marcado para mim, a proximidade deles com a nossa realidade, com o que vivenciamos, com o nosso dia a dia. Estamos falando de experiências, de medos, constrangimentos, impotências. Ou seja, estamos falando do que vivemos, nem que seja em algum momento de nossas vidas. Há uma aproximação real e concreta com aqueles que estão nas margens, que sofrem preconceitos, que têm suas vozes silenciadas. Penso que essa proximidade pode ter despertado a sensibilidade das pessoas que, por causa das lentes sujas de seus preconceitos, não são capazes de enxergar aqueles que sofrem ou que são considerados invisíveis.

5.3.2 O outro

Diante do que foi dito pelos participantes da pesquisa e, principalmente, pelo relato das vivências dos frequentadores, pôde-se constatar que o outro tem uma função de extrema relevância – seja para intensificar o sofrimento ou para amenizá-lo. Este outro também influencia o modo da pessoa que foi enquadrada em algum diagnóstico, a enxergar a si próprio. Como pôde ser visto, o preconceito esteve presente na maioria das narrativas – seja por familiares, por colegas ou por psiquiatras. Isso se confirma com os relatos de Jessica, Vinicius e Francisco.

No caso de Jessica, a psiquiatra que foi citada pela frequentadora, afirma que ela nunca seria capaz de trabalhar e que seria inútil qualquer investimento nela por parte da família. Isso é um exemplo claro de violência que desumaniza a pessoa. Jessica foi vista, aos olhos da médica, como um corpo doente, assim como diz Basaglia (2005) e não como sujeito.

Além do ato preconceituoso da psiquiatra, nota-se que o diagnóstico pode colocar em xeque fatores importantes da vida cotidiana. No caso de Jessica, por exemplo, foi a questão do trabalho, mas acrescento alguns outros pontos: Será que terei que tomar remédio para o resto da vida? Conseguirei engravidar? Será possível encontrar um parceiro que me aceite independente do rótulo que um dia recebi? O diagnóstico é eterno? Quanto aos efeitos colaterais dos remédios? Tenho que aprender a conviver com eles? Eu continuo sendo eu mesma? Ou seja, esses são alguns questionamentos que podem surgir após receber um diagnóstico psiquiátrico. Isso possibilita perceber que não se trata apenas de um rótulo, mas de questões concretas da vida.

Percebe-se que há uma grande complexidade no que diz respeito ao ato de ser diagnosticado, pois há um envolvimento com uma série de fatores, nos quais Sebastião compreende como existência-sofrimento. O profissional nos lembra que o sofrimento diz respeito não somente ao sujeito em si, mas também à sua relação com o mundo.

Viver em uma sociedade que não está aberta e que não acolhe as diferenças, torna o outro como um dos principais agentes de sofrimento. Arrisco dizer que o outro pode ter um impacto ainda maior no sofrimento do que o diagnóstico em si. Nessa direção, faço referência a um filme estadunidense em que o personagem principal, o Coringa, alega que “a pior parte de ter uma doença mental, é que as pessoas esperam que você se comporte

como se não a tivesse” (CORINGA, 2019). Com a falta de empatia presente na sociedade, enfatizo que **todos nós estamos suscetíveis** a passar por alguma experiência semelhante às das pessoas que são severamente discriminadas, marginalizadas e estigmatizadas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio desta pesquisa, pude analisar o processo de elaboração da Classificação *Inverso* das Doenças por meio da literatura e articulando com as narrativas dos frequentadores, entrevistas semiestruturadas com os profissionais e os diários de campo. Com isso, foi possível observar uma desconstrução do que é considerado como “transtorno” ou “doença mental”. Além disso, percebeu-se que houve um apoio mútuo entre os frequentadores durante as discussões.

Os frequentadores foram protagonistas nesse processo – a ideia inicial surgiu como demanda deles, os temas de cada discussão foram sugeridos por eles e o fim se deu também quando sinalizaram que não queriam mais debater sobre os sintomas, diagnósticos e estados emocionais. Além disso, percebeu-se que houve um apoio mútuo entre os frequentadores durante as discussões.

Com as discussões da Classificação *Inverso* das Doenças, foi possível perceber a importância do poder democrático horizontal para estabelecer uma convivência igualitária (RESENDE, 2015), sem hierarquias rígidas e com o incentivo à liberdade de expressão (FALEIROS, 2017). Esses fatores foram essenciais para que as discussões pudessem acontecer de forma genuína.

Nas narrativas com os frequentadores, ficou destacado o quanto o estigma está presente na vida de cada um. O preconceito vivenciado resultou em feridas que ainda doem, mesmo anos após o ocorrido. Acredito que destacar esse tipo de violência nesta pesquisa tem um fator relevante para que o leitor possa, minimamente, ter uma ideia da intensidade do preconceito que pessoas que um dia receberam algum diagnóstico vivenciam.

Penso que nesta pesquisa os objetivos foram alcançados nesta pesquisa no que se diz respeito a: compreender como os frequentadores da *Inverso* percebem a diferença entre a Classificação *Inverso* das Doenças e a CID; analisar a percepção dos frequentadores diante das múltiplas vivências de um mesmo diagnóstico; investigar como os profissionais voluntários percebem a mobilização dos frequentadores diante da construção coletiva da Classificação *Inverso* das Doenças e a CID; construir um debate crítico em relação ao sistema diagnóstico e seus impactos sociais e individuais.

As discussões geradas com a Classificação *Inverso* das Doenças foram bastante férteis no sentido de produção de reflexões. Foi essencial poder favorecer um espaço de fala e de trocas sobre a temática dos diagnósticos. Assim, acredito que tenha sido a prova viva de que *a vida não cabe em um diagnóstico*. Sugiro que essa discussão não se encerre para que seja lembrado que o sofrimento não deve ser padronizado e reduzido por um saber e que a identidade do sujeito não seja anulada.

Dar luz ao projeto da Classificação *Inverso* das Doenças, acredito que seja um meio de poder contribuir para um debate crítico acerca do sistema diagnóstico, bem como proporcionar o empoderamento do sujeito em sofrimento ao questionar os rótulos que receberam ao longo de sua vida. Que o debate continue.

REFERÊNCIAS

- AMARANTE, Paulo. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- _____. Cultura da formação: Reflexões para inovação no campo da saúde mental. In: AMARANTE, Paulo; CRUZ, Leandra Brasil da (Orgs). **Saúde Mental, Formação e Crítica**. Rio de Janeiro: LAPS, 2015.
- _____. **Análise do sanitária Paulo Amarante sobre a nova Política Nacional de Saúde Mental**. 2018. (9m55s). Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=C58oTUjaJ3s&t=203s>>. Acesso em: 24 nov. 2019.
- _____. **Entrevista: Paulo Amarante comenta mudanças na política de Saúde Mental**. 2019. (7m43s). Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=kZFZGZ01r5k&t=210s>>. Acesso em: 24 nov. 2019.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM IV TR**. Porto Alegre: Artmed, 2002.
- _____. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5**. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- ARAÚJO, Álvaro Cabral; NETO, Francisco Lotufo. A nova classificação americana para os transtornos mentais – o DSM-5. **Jornal de Psicanálise**. São Paulo, vol. 46, n. 86, p. 99-116, 2013.
- ARTAUD, Antonin. Carta ao doutor Jacques Latremolière. In: KIFFER, Ana. (Org). **A perda de si**. Cartas de Antonin Artaud. Rio de Janeiro: Rocco, 2017.
- BALTAR, Cristiana Assunção. **Diálogos com a cidade: Experiências em uma oficina de Intervenção Urbana**. Monografia (Conclusão de curso de Psicologia). UniCEUB, Brasília, 2018.
- BASAGLIA, Franco. **A instituição negada: relatos de um hospital psiquiátrico**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.
- _____. **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Garamond Universitária, 2005.
- _____. **A psiquiatria alternativa. Contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática**. São Paulo: Brasil Debates, 1979.
- BIRMAN, Joel. **O sujeito na contemporaneidade**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2014.
- BOFF, Leonardo. **Saber cuidar. Ética do humano – compaixão pela terra**. Petrópolis: Vozes, 2017.
- BRAGA, Filipe. **A cultura popular como recurso clínico na atenção ao sofrimento psíquico grave**. 2012. Dissertação de Mestrado: Programa de Psicologia Clínica e Cultura, Universidade de Brasília, Brasília, 2012.

BRASIL. **Lei 10.216 de 06 de abril de 2001**: Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília: Planalto, 2001.

_____. **Portaria n. 157 de 24 de janeiro de 2008**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. **Portaria n. 3.088 de 23 de dezembro de 2011**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. **Recomendação n. 001 de 31 de janeiro de 2018**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

_____. **Frente Parlamentar Mista em Defesa da Nova Política Nacional de Saúde Mental e da Assistência Hospitalar Psiquiátrica**. Brasília, 03 ago. 2018. Disponível em: < <https://www.camara.leg.br/internet/deputado/frenteDetalhe.asp?id=53841> >. Acesso em: 25 de nov. 2019.

_____. **Decreto n. 9.761 de 11 de abril de 2019**. Brasília: Presidência da República, 2019.

BUENO, Autregésilo Carrano. **Canto dos malditos**. Rio de Janeiro: Rocco, 2001.

BUTLER, Judith. **A vida psíquica do poder**. Teorias da sujeição. Belo Horizonte: Autêntica, 2018.

CANCIAN, Natália. Não podemos censurar técnicas, diz ministro da Saúde sobre ‘eletrochoque’. **Folha de São Paulo**. São Paulo. 11 de fev. 2019. Disponível em: < <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2019/02/nao-podemos-censurar-tecnicas-diz-ministro-da-saude-sobre-eletrochoque.shtml> >. Acesso em: 25 de nov. 2019.

CARVALHO, Janisse de Oliveira. **Possibilidades e limites da desinstitucionalização em um Centro de Convivência e Cultura do Distrito Federal**: contribuições para a consolidação da Política Nacional de Saúde Mental. 2018. Tese (Doutorado em Política Social). Universidade de Brasília, Programa de Pós-Graduação em Política Social, 2018.

CECCARELLI, Paulo. Sofrimento psíquico na perspectiva da psicopatologia fundamental. **Psicologia em estudo**. Maringá, vol. 10, n. 03, p. 471-477, 2005.

CISCATI, Rafael. Deputados criam polêmica ao lançar frente pró-internação psiquiátrica. **Jornal O Globo, São Paulo**, 29 nov. 2018. Disponível em: < <https://oglobo.globo.com/sociedade/deputados-criam-polemica-ao-lancar-frente-pro-internacao-psiquiatica-23267196> >. Acesso em: 25 de nov. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Relatório da inspeção nacional em comunidades terapêuticas – 2017**. Brasília: CFP, 2018.

_____. **CFP manifesta repúdio à Nota Técnica “Nova Saúde Mental” publicada pelo Ministério da Saúde**. Brasília, 08 de fev. 2019. Disponível em: <

<https://site.cfp.org.br/cfp-manifesta-repudio-a-nota-tecnica-nova-saude-mental-publicada-pelo-ministerio-da-saude/> >. Acesso em: 25 de nov. 2019.

COOPER, David. **Psiquiatria e Antipsiquiatria**. São Paulo: Editora Perspectiva, 1973.

CORINGA. Direção: Todd Phillips. Estados Unidos: DC Films, 2019 (123 m).

COSTA, Ileno Izídio. **Da Fala ao Sofrimento Psíquico Grave: Ensaio acerca da linguagem ordinária e a clínica familiar da esquizofrenia**. Brasília: Kaco, 2003.

_____. **Da psicose aos sofrimentos psíquicos graves: Caminhos pra uma abordagem complexa**. Brasília: Kaco, 2010.

COSTA PEREIRA, Mário Eduardo. Kraepelin e a questão da manifestação clínica das doenças mentais. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**. São Paulo, vol. 12, n. 01, p. 161-166, 2009.

DELGADO, Pedro Gabriel. Por uma clínica da Reforma: concepção e exercício. In: LOBOSQUE, Ana Marta (Org). **Caderno Saúde Mental: A Reforma Psiquiátrica que queremos por uma clínica antimanicomial**. Belo Horizonte: Encontro Nacional de Saúde Mental, 2007.

_____. Limites para a inovação e pesquisa na reforma psiquiátrica. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 25, n. 1, p. 13-18, 2015.

_____. Reforma psiquiátrica: estratégias para resistir ao desmonte. **Trabalho, Educação e Saúde**. Rio de Janeiro, vol. 17, n. 2, p. 1-4, 2019.

DALGALARRONDO, Paulo. **Psicopatologia e Semiologia dos transtornos mentais**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

DEMO, Pedro. **Pesquisa e informação qualitativa**. Campinas: Papyrus, 2001.

DEMOCRACIA EM VERTIGEM. Direção: Petra Costa. Brasil: Netflix, 2019 (123 m).

DIATKINE, René. Responder à crise: um impasse ou uma abertura na psiquiatria. In: DIATKINE, René; QUARTIER-FRINGS, Florence; ANDREOLI, Antonio. **Psicose e mudança**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1993.

DISTRITO FEDERAL. **Lei Orgânica do Distrito Federal**. Brasília: Câmara Legislativa, 1993.

_____. **Lei n. 975, de 12 de dezembro de 1995**. Brasília: Câmara Legislativa, 1995.

DUNKER, Christian. Crítica da razão diagnóstica. In: SAFATLE, Vladimir; SILVA JUNIR, Nelson da; DUNKER, Christian (Orgs.). **Patologias do Social: Arqueologias do sofrimento psíquico**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2018.

DUTRA, Elza. A narrativa como uma temática de pesquisa fenomenológica. **Estudos de Psicologia**. Natal, 7(2), p. 371-378, 2002.

_____. Questões entre a Psicanálise e o DSM. **Jornal de Psicanálise**. São Paulo, vol. 47, n. 87, p. 79-107, 2014.

FALEIROS, Eva Therezinha Silveira. A posse da chave é a prática da desinstitucionalização. In: FALEIROS, Eva Therezinha Silveira; CAMPOS, Thiago Petra da Motta; FALEIROS, Vicente de Paula (Orgs.). **Portas Abertas à Loucura**. Curitiba: Appris, 2017.

FALEIROS, Vicente de Paula; CAMPOS, Thiago Petra da Motta. A crítica da loucura e a práxis poética da necessidade existencial: Estudo de caso da ONG Inverso. In: FALEIROS, Eva Therezinha Silveira; CAMPOS, Thiago Petra da Motta; FALEIROS, Vicente de Paula (Orgs.). **Portas Abertas à Loucura**. Curitiba: Appris, 2017.

FERIGATO, Sabrina Helena; CARVALHO, Sérgio Resende; TEIXEIRA, Ricardo Rodrigues. Os Centros de Convivência: Dispositivos Híbridos para a produção de redes que exploram as fronteiras sanitárias. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**. Florianópolis, vol. 8, n. 10, p. 79-100, 2016.

FERREIRA, Priscila Helena Rubin. **Centro de Convivência e Cultura e suas repercussões na vida de usuários de Centro de Atenção Psicossocial**. Dissertação de Mestrado: Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, 2014.

FIGUEIREDO, Ana Cristina; TENÓRIO, Fernando. O diagnóstico em psiquiatria e psicanálise. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**. São Paulo, vol. 05, n. 01, 2002.

FIGUEIREDO, Cristina. Governo Bolsonaro incentiva e propõe a volta dos manicômios. **Brasil de Fato, São Paulo**. 08 de fev. 2019. Disponível em: < <https://www.brasildefato.com.br/2019/02/08/governo-bolsonaro-incentiva-eletricoques-e-propoe-a-volta-dos-manicomios/> >. Acesso em: 25 de nov. 2019.

FORMENTI, Lígia. Texto do Ministério da Saúde dá aval ao eletrochoque. **Estadão, São Paulo**. 08 de fev. 2019. Disponível em: < <https://saude.estadao.com.br/noticias/geral,texto-de-ministerio-da-saude-da-aval-ao-eletricoque,70002712508> >. Acesso em: 25 de nov. 2019.

FOUCAULT, Michel. **Doença mental e Psicologia**. Rio de Janeiro: Edições Tempo Brasileiro, 1975.

_____. **Ditos e Escritos 1**. Problematização do Sujeito: Psicologia, Psiquiatria e Psicanálise. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002.

_____. **Os anormais**. São Paulo: Martins Fontes, 2002b.

_____. **O poder psiquiátrico**. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

_____. **A história da loucura**. São Paulo: Perspectiva, 2014.

_____. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Paz & Terra, 2019.

FREUD, Sigmund. Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia (*dementia paranoides*) relatado em autobiografia (“O caso Schreber”). In: FREUD, Sigmund,

Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relatado em autobiografia (“O caso Schreber”), artigos sobre técnica e outros textos (1911-1913). São Paulo: Companhia das Letras, 2010. (Originalmente publicado em 1911).

FREUD, Sigmund. O sentido dos sintomas. In: FREUD, Sigmund, **Conferências introdutórias à Psicanálise (1916-1917)**. São Paulo: Companhia das Letras, 2018. (Originalmente publicado em 1917).

GOFFMAN, Erving. **Manicômio, prisões e conventos**. São Paulo: Editora Perspectiva, 2015.

_____. **Estigma: notas sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada**. Rio de Janeiro: LTC, 2017.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. **Relatório de Atividades – 2017**. Prestação de contas anual do governador. Brasília: Tribunal de Contas do Distrito Federal, 2017.

_____. **Instituto de Saúde Mental**. Brasília, 01 de mar. 2018. Disponível em: < <http://www.saude.df.gov.br/instituto-de-saude-mental/> >. Acesso em: 25 de nov. 2019.

_____. **Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília: Secretaria de Saúde do Distrito Federal, 24 de out. 2018. Disponível em: < <http://www.saude.df.gov.br/carta-de-servicos-caps/> > Acesso em: 25 de nov. 2019.

GOMES DE SÁ, Carmem; PEREIRA, Ondina Pena. Psicopatologia e poder disciplinar: O papel da psicologia no questionamento da individualidade domesticada. In: RIBEIRO, A. M; FREITAS, Marta Helena de (Orgs.). **Psicopatologia, processos de adoecimento e promoção da saúde**. Brasília: Universa, 2006.

GULJOR, Ana Paula; VASCONCELOS, Eduardo Mourão; COUTO, Maria Cristina; SILVA, Martinho Braga; DELGADO, Pedro Gabriel; CAVALCANTE, Rita; LIMA, Rossano Cabral. **Nota de Avaliação Crítica da Nota Técnica 11/2019 - Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes na Política Nacional sobre Drogas**. 08 de jun. 2019. Disponível em: < <http://site.ims.uerj.br/wp-content/uploads/2019/02/Resposta-%C3%A0-Nota-T%C3%A9cnica-Quirino.-Vers%C3%A3o-3.-18.02.19..pdf> >. Acesso em: 25 de nov. 2019.

JACKSON, Mike; FULFORD, K. Experiência espiritual e psicopatologia. In: FREITAS, Marta Helena; GHESTI, Ivânia. **Série de texto didático. Experiência espiritual e Psicopatologia**. Brasília: Universa, 2003.

JASPERS, Karl. **Psicopatologia Geral**. São Paulo: Atheneu, 2003.

KAMMERER, Théophile; WARTEL, Roger. Diálogo sobre os diagnósticos. In: LACAN, Jaques (Org.) **A Querela dos Diagnósticos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1989.

LANCETTI, Antonio. **Contrafissura e Plasticidade psíquica**. São Paulo: Hucitec Editora, 2015.

_____. **Clínica peripatética**. São Paulo: Hucitec Editora, 2016.

LÉVINAS, Emmanuel. O sofrimento inútil. In: LÉVINAS, Emmanuel. **Entre nós. Ensaios sobre a alteridade**. Rio de Janeiro: Vozes, 2010.

LIMA, Maria Alice Dias da Silva; ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de; LIMA, Cristiane Cauduro. A utilização da observação participante e entrevista semiestruturada na pesquisa em enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, vol. 20, n. esp., p. 130-142, 1999.

LIMA, Rossano Cabral. O avanço da contrarreforma. **Physis: Revista de saúde coletiva**. Rio de Janeiro, vol. 29, n. 1, p. 1-5, 2019.

LIMA, Telma Cristina Sasso de et al. A documentação no cotidiano da intervenção dos assistentes sociais: algumas considerações acerca dos diários de campo. **Revista Textos e Contextos**. Porto Alegre, vol. 06, n. 01, p. 93-104, 2007.

LOBOSQUE, Ana Marta. **Princípios para uma Clínica Antimanicomial**. São Paulo: HUCITEC, 1997.

_____. **Experiências da Loucura**. Rio de Janeiro: Garamond, 2001.

_____. **Clínica em movimento. Por uma sociedade sem manicômios**. Rio de Janeiro: Garamond, 2003.

MADEIRA, Manoel; MOSCHEN, Simone. O tripé das psicoses em Pinel, Esquirol, Falret, Kraepelin, Bleuler e Freud. **Clínica e Cultura**. Sergipe, vol. 05, n. 01, p. 03-22, 2016.

MARTINS, Francisco. O que é pathos? **Revista latinoamericana de psicopatologia fundamental**. II, 4, 62-60, 1999.

MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL. **Inspeção nacional aponta violações de direitos humanos nas comunidades terapêuticas**. Brasília, 19 de jun. 2018. Disponível em: < <http://www.mpf.mp.br/pgr/noticias-pgr/inspecao-nacional-aponta-graves-violacoes-de-direitos-humanos-em-comunidades-terapeuticas> > Acesso em: 25 nov. 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil**. Conferência Regional dos serviços de saúde mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. **Saúde Mental em Dados**. Ano I, n. 1, Brasília, maio de 2006. Disponível em: < <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1220.pdf> >. Acesso em: 25 de nov. 2019.

_____. **Saúde Mental em Dados 12**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

_____. **Portaria n. 3.588 de 21 de dezembro de 2017**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

_____. **Relatório Anual de Gestão – 2018**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

_____. **Nota Técnica n. 11/2019**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

MIRANDA, Lilian; ONOCKO CAMPOS, Rosana Teresa. Narrativas de pacientes psicóticos: notas para um suporte metodológico de pesquisa. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**. São Paulo, vol. 13, n. 03, p. 441-456, 2010.

MOVIMENTO PRÓ-SAÚDE MENTAL DO DISTRITO FEDERAL (MPSMDF). **Como anda a Saúde Mental da capital do país?** Uma mostra da realidade da Rede de Atenção Psicossocial do Distrito Federal. Um relatório de Visitas Institucionais realizado através da Frente Parlamentar de Saúde Mental da Câmara Legislativa do Distrito Federal e o MPSMDF, 20f, 2013.

_____. **Plataforma em defesa da Saúde Mental no DF**. Brasília, 05 de nov. 2018. Disponível em: < <http://nesp.unb.br/obsam/wp-content/uploads/2018/09/plataforma-saude-mental.pdf> >. Acesso em: 25 de nov. 2019.

NISHIKAWA, Christiano Asano; RESENDE, Tania Inessa Martins. Convivência: Dispositivo desinstitucionalizante de cuidado. In: FALEIROS, Eva Therezinha Silveira; CAMPOS, Thiago Petra da Motta; FALEIROS, Vicente de Paula (Orgs.). **Portas Abertas à Loucura**. Curitiba: Appris, 2017.

OLEIVEIRA, Edmar. **Ouvindo vozes**. Histórias do hospício e lendas do Encantado. Rio de Janeiro: Vieira & Lent, 2009.

OLIVEIRA, Willian Vaz de. A fabricação da loucura: contracultura e antipsiquiatria. **Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal**. História, Ciências, saúde. Rio de Janeiro, vol. 18, n. 01, p. 141-154, 2011.

OLIVEIRA, Walter Ferreira. Eletroconvulsoterapia (ECT)/ Eletrochoque: A produção de evidências sobre seu uso, eficácia e eficiência. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**. Florianópolis, vol. 11, n. 28, p. 46-68, 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

ORGANIZACAO PAN AMERICANA DE SAÚDE (OPAS/OMS). **OMS divulga nova Classificação Internacional de Doenças (CID-11)**. 2018. Disponível em < https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5702:oms-divulga-nova-classificacao-internacional-de-doencas-cid-11&Itemid=875 >. Acesso em 01 jun. 2019.

PACHECO, Juliana Garcia. **Reforma psiquiátrica, uma realidade possível.** Representações sociais da loucura e a história de uma experiência. Curitiba: Juruá Editora, 2009.

PINHO, Leonardo Barbosa; HERNÁNDEZ, Antonio Miguel Bañon; KANTORSKI, Luciane Prado. Serviços substitutivos de saúde mental e inclusão no território: Contradições e potencialidades. **Ciência, Cuidado e Saúde.** 9(1) p. 28-35. 2010.

PINHO, Leonardo Barbosa. **Saúde Mental: retrocesso ou contra-reforma?**. 03 de dez. 2018. Disponível em: < https://www.abrasme.org.br/informativo/view?ID_INFORMATIVO=402 >. Acesso em: 25 de nov. 2019.

PITTA, Ana Maria Fernandes; Guljor, Ana Paula. A violência da contrarreforma psiquiátrica o Brasil: O ataque à democracia em tempos de luta pelos direitos humanos e justiça social. **Revista crítica de humanidades.** Salvador, n. 246, p. 6-14, 2019.

RADICCHI, Lis Célia Luiz Arantes. INVERSO: O Centro de Convivência aberto em saúde mental como Espaço de Acolhimento da Crise: Relato de uma experiência. In: COSTA, Ileno Izídio; GRIOLO, T. M. (Orgs.). **Tecendo Redes em Saúde Mental no Cerrado.** Brasília: Universidade de Brasília e Ministério da Saúde, 2009.

RESENDE, Tania Inessa Martins. **Eis-me aqui: a convivência como dispositivo de cuidado no campo da saúde mental.** Tese de doutorado: Universidade de Brasília, Programa de Pós-graduação em psicologia clínica e cultura, 2015.

RESENDE, Tania Inessa Martins; COSTA, Ileno Izídio. **Saúde Mental: A convivência como estratégia de cuidado, dimensões ética, clínica e política.** Curitiba: Juruá Editora Psicologia, 2017.

RIVERA, Tania. **Uma Psicologia para o mundo de hoje.** Brasília: Centro Universitário de Brasília, 2019 (apresentação oral).

ROCHA, Guilherme Massara. Biopolítica e contemporaneidade: Ato médico e ato analítico. **Epistemo-somática.** Belo Horizonte, vol. 04, n. 02, p. 109-117, 2007.

ROSENHAN, David L. A sanidade em um ambiente doentio. In: WATZLAWAICK, Paul (Org). **A realidade inventada.** Campinas: PSYII, 1994.

ROTELLI, Franco; LEONARDIS, Ota de; MAURI, Diana. **Desinstitucionalização.** São Paulo: Editora Hucitec, 2001

ROTELLI, Franco. A instituição inventada. In: ROTELLI, Franco; LEONARDIS, Ota de; MAURI, Diana. **Desinstitucionalização.** São Paulo: Editora Hucitec, 2001.

SAFATLE, Vladimir. O que é uma normatividade vital? Saúde e doença a partir de Georges Canguilhem. **Scientle Studia.** São Paulo, vol. 09, n. 01, p. 11-27, 2011.
_____. Em direção a um novo modelo de crítica: as possibilidades de recuperação

contemporânea do conceito de patologia social. In: SAFATLE, Vladimir; SILVA JUNIR, Nelson da; DUNKER, Christian (Orgs.). **Patologias do Social: Arqueologias do sofrimento psíquico**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2018.

SANTIAGO, Marina Agra. **Panorama da saúde mental pública no Distrito Federal de 1987 a 2007: um estudo exploratório sobre a reforma psiquiátrica no DF**. Dissertação (Mestrado). Universidade de Brasília, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura, Brasília, 2009.

SARTRE, Jean Paul. Prefácio. In: LAING, R. D.; COOPER, David. **Razão e violência**. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 1976.

SAURÍ, Jorge J. **O que é diagnosticar em psiquiatria**. São Paulo: Escuta, 2001.

SILVA, Roberta Scheer; BRANDALISE, Fernando. O efeito do diagnóstico psiquiátrico sobre a identidade do paciente. **Mudanças – Psicologia da Saúde**, São Paulo, vol. 16, n. 02, p. 123-129, 2008.

STERIAN, Alexandra. **Esquizofrenia**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.

SUPERIOR HEALTH COUNCIL. **DSM (5): The use and status of diagnosis and classification of mental health problems**. Bruxelles: Federal Public Service Health, Food Chain Safety and Environment, 2019.

SZASZ, Thomas. **Ideologia e doença mental**. Rio de Janeiro: Zahar, 1980.

_____. **Cruel compaixão**. Campinas: Papirus Editora, 1994.

TENÓRIO, Carlene Maria Dias. A psicopatologia e o diagnóstico numa abordagem fenomenológica-existencial. **Universitas Ciências da Saúde**, Brasília, vol. 01, n. 01, p. 31-44, 2003.

TENÓRIO, Fernando. **A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.

_____. A Reforma Psiquiátrica Brasileira, da década de 80 aos dias atuais: história e conceitos. **Histórias, Ciências, Saúde – Manguinhos**. Rio de Janeiro, n. 1, vol. 9, p. 25-59, 2002.

THOMPSON, John. **Ideologia e cultura moderna: teoria social crítica na era dos meios de comunicação de massa**. Rio de Janeiro: Vozes, 2000.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **Reinventando a vida: Narrativas de recuperação e convivência com o transtorno mental**. Rio de Janeiro: Editora Hucitec, 2006.

_____. **Reforma psiquiátrica, tempos sombrios e resistência: diálogos com o marxismo e o serviço social**. Campinas: Papel Social, 2016.

_____. O novo e crescente conservadorismo no campo da saúde mental no Brasil. In: VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **Reforma psiquiátrica, tempos sombrios e resistência: diálogos com o marxismo e o serviço social**. Campinas: Papel Social, 2016b.

_____. **Análise da atual conjuntura político-econômica brasileira e suas implicações para o campo da saúde mental e da reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2018 (apresentação oral).

ZARIFIAN, Édouard. Um diagnóstico em psiquiatria: Para quê? In: LACAN, Jaques (Org.) **A Querela dos Diagnósticos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1989.

ZGIET, Jamila. **A Reforma Psiquiátrica no Distrito Federal**: Um estudo sobre os principais obstáculos ao processo de implementação. Dissertação (Mestrado em Política Social). Universidade de Brasília, Programa de Pós-Graduação em Política Social, Brasília, 2010.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

“Classificação *Inverso* das Doenças: Uma (des)construção coletiva”

Instituição das pesquisadoras: Centro Universitário de Brasília - UniCEUB

Pesquisadora responsável: Tania Inessa Martins de Resende

Pesquisadora assistente: Julia Cobucci do Espírito Santo

Você está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa acima citado. O texto abaixo apresenta todas as informações necessárias sobre o que estamos fazendo. Sua colaboração neste estudo será de muita importância para nós, mas se desistir a qualquer momento, isso não lhe causará prejuízo.

O nome deste documento que você está lendo é Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Antes de decidir se deseja participar (de livre e espontânea vontade) você deverá ler e compreender todo o conteúdo. Ao final, caso decida participar, você será solicitado a assiná-lo e receberá uma cópia do mesmo.

Antes de assinar, faça perguntas sobre tudo o que não tiver entendido bem. A equipe deste estudo responderá às suas perguntas a qualquer momento (antes, durante e após o estudo).

Natureza e objetivos do estudo

- O objetivo específico deste estudo é de analisar o processo de elaboração da Classificação *Inverso* das Doenças.
- Você está sendo convidado a participar exatamente por fazer parte de construção da Classificação *Inverso* das Doenças.

Procedimentos do estudo

- Sua participação consiste em compartilhar a sua vivência na elaboração da Classificação *Inverso* das Doenças.
- Os procedimentos são entrevistas individuais que serão gravadas em áudio para manter a fidedignidade dos dados no momento da análise.
- Não haverá nenhuma outra forma de envolvimento ou comprometimento neste

estudo.

- A pesquisa será realizada na ONG Inverso.

Riscos e benefícios

- Este estudo possui riscos mínimos. Há a possibilidade de conteúdos emocionais venham à tona durante as entrevistas.
- Medidas preventivas serão tomadas durante as entrevistas para minimizar qualquer risco ou incômodo: as entrevistas serão conduzidas da maneira que o participante se sentir confortável e à vontade para se expressar.
- Caso esse procedimento possa gerar algum tipo de constrangimento, você não precisa realizá-lo.
- Com sua participação nesta pesquisa você contribuirá para maior conhecimento sobre a Classificação *Inverso* das Doenças, bem como divulgar o trabalho realizado na Inverso.

Participação, recusa e direito de se retirar do estudo

- Sua participação é voluntária. Você não terá nenhum prejuízo se não quiser participar.
- Você poderá se retirar desta pesquisa a qualquer momento, bastando para isso entrar em contato com uma das pesquisadores responsáveis.
- Conforme previsto pelas normas brasileiras de pesquisa com a participação de seres humanos, você não receberá nenhum tipo de compensação financeira pela sua participação neste estudo.

Confidencialidade

- Seus dados serão manuseados somente pelos pesquisadores e não será permitido o acesso a outras pessoas.
- Os dados e instrumentos utilizados nas entrevistas ficarão guardados sob a responsabilidade de Julia Cobucci do Espírito Santo, com a garantia de manutenção do sigilo e confidencialidade, e arquivados por um período de 5 anos; após esse tempo serão destruídos.
- Os resultados deste trabalho poderão ser apresentados em encontros ou revistas científicas. Entretanto, ele mostrará apenas os resultados obtidos como um todo, sem revelar seu nome ou qualquer informação que esteja relacionada com sua

privacidade.

Se houver alguma consideração ou dúvida referente aos aspectos éticos da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Brasília – CEP/UniCEUB, que aprovou esta pesquisa, pelo telefone (61)3966-1511 ou pelo e-mail cep.uniceub@uniceub.br. Também entre em contato para informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo.

Eu, _____ RG _____, após receber a explicação completa dos objetivos do estudo e dos procedimentos envolvidos nesta pesquisa concordo voluntariamente em fazer parte deste estudo.

Este Termo de Consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida ao senhor(a).

Brasília, ____ de _____ de _____.

Participante

Tania Inessa Martins de Resende, (61)99977-1763 / (61)3966-1383

Julia Cobucci do Espírito Santo, (61)98464-2394, j.cobucci@gmail.com

Endereço dos responsável pela pesquisa:

Instituição: Centro Universitário de Brasília - UniCEUB

Endereço: SEPN, 707/907 Via W 5 Norte

Bairro /CEP/Cidade: Asa Norte – DF/ 70790-075

Telefones p/contato: [\(61\) 3966-1383](tel:(61)3966-1383)

Observações em relação as pesquisas com metodologias experimentais na área biomédica, envolvendo seres humanos

O TCLE deve incluir:

- a) a explicitação, quando pertinente, dos métodos terapêuticos alternativos existentes;
- b) o esclarecimento, quando pertinente, sobre a possibilidade de inclusão do participante em grupo controle ou placebo, explicitando, claramente, o significado dessa possibilidade.

O TCLE não pode exigir do participante da pesquisa, sob qualquer argumento, renúncia ao direito à indenização por dano. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido não deve conter ressalva que afaste essa responsabilidade ou que implique ao participante da pesquisa abrir mão de seus direitos, incluindo o direito de procurar obter indenização por danos eventuais.

Contato de urgência: Julia Cobucci do Espírito Santo

Domicílio: SQNW 309

Bloco: /Nº: /Complemento: Bloco G ap. 208

Bairro: /CEP/Cidade: /Telefone: Setor Noroeste – CEP 70687-135

APÊNDICE B

Ao

Thiago Petra da Motta Campos

Diretor / Coordenador da Oficina de Intervenção Urbana

Eu, Tania Inessa Martins de Resende responsável pela pesquisa “Classificação *Inverso* das Doenças: Uma (des)construção coletiva”, junto com a aluna Julia Cobucci do Espírito Santo, solicitamos autorização para desenvolvê-la nesta instituição, no período de agosto à setembro de 2019. O estudo tem como objetivo analisar o processo de elaboração da Classificação *Inverso* das Doenças; será realizado por meio dos seguintes procedimentos: entrevistas individuais e diário de campo. Contará com oito participantes. O único critério é de que as pessoas estejam participando da elaboração da Classificação *Inverso* das Doenças há, no mínimo, um semestre.

Declaro que a pesquisa ocorrerá em consonância com a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares, que regulamentam as diretrizes éticas para as pesquisas que envolvem a participação de seres humanos, ressaltando que a coleta de dados e/ou informações somente será iniciada após a aprovação da pesquisa por parte do Comitê de Ética em Pesquisa do UniCEUB (CEP-UniCEUB) e da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), se também houver necessidade.

Pesquisador responsável

Pesquisador assistente

O _____ *Diretor da ONG Inverso* vem por meio desta informar que está ciente e de acordo com a realização da pesquisa nesta instituição, em conformidade com o exposto pelos pesquisadores.

Brasília-DF, _____ de _____ de _____.

Nome e carimbo com o cargo do representante da instituição onde será realizado o projeto

APÊNDICE C



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA – UNICEUB
FACULDADE DE CIÊNCIA DA SAÚDE E EDUCAÇÃO – FACES
CURSO DE PSICOLOGIA

Ao

Thiago Petra da Motta Campos

Diretor / Coordenador da Oficina de Intervenção Urbana

Eu, Tania Inessa Martins de Resende responsável pela pesquisa “Classificação *Inverso* das Doenças: Uma (des)construção coletiva”, junto com a aluna Julia Cobucci do Espírito Santo, solicitamos autorização para desenvolvê-la nesta instituição, no período de agosto à setembro de 2019. O estudo tem como objetivo analisar o processo de elaboração da Classificação *Inverso* das Doenças; será realizado por meio dos seguintes procedimentos: entrevistas individuais e diário de campo. Contará com oito participantes. O único critério é de que as pessoas estejam participando da elaboração da Classificação *Inverso* das Doenças há, no mínimo, um semestre.

Declaro que a pesquisa ocorrerá em consonância com a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares, que regulamentam as diretrizes éticas para as pesquisas que envolvem a participação de seres humanos, ressaltando que a coleta de dados e/ou informações somente será iniciada após a aprovação da pesquisa por parte do Comitê de Ética em Pesquisa do UniCEUB (CEP-UniCEUB) e da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), se também houver necessidade.

Pesquisador responsável

Pesquisador assistente

O/A DIAGNÓSTICA (chefe, coordenador/a, diretor/a) do/a (escola, academia, serviço, clínica, centro de saúde, hospital), (Dr.^o. Prof.^o. Diretor/a Nome do responsável) vem por meio desta informar que está ciente e de acordo com a realização da pesquisa nesta instituição, em conformidade com o exposto pelos pesquisadores.

Brasília-DF, 31 de JULHO de 2020.

Thiago Petra da Mota Campos

Nome e carimbo com o cargo do representante da instituição onde será realizado o projeto

INVERSO
SCLN 408 Bloco B Loja 60 - Brasília-DF
Tel. (61) 3273-4175

Thiago Petra da M. Campos
PSICÓLOGO
CRP-01/12777

APÊNDICE D

Roteiro de Entrevista Narrativa

Essa entrevista tem como objetivo analisar o processo de elaboração da Classificação *Inverso* das Doenças. Como você faz parte dessa construção, foi elaborado um roteiro para guiar a entrevista, mas não é necessário que seja seguido de forma rígida.

- Conte um pouco sobre você. (Caso necessário: a história do sofrimento, do(s) tratamento(s) que seguiu e do(s) diagnósticos(s) recebidos).
- Conte sobre a experiência de participar da elaboração da Classificação *Inverso* das Doenças. (Caso necessário: Como é perceber as diferentes vivências de um mesmo sintoma ou diagnóstico?)
- Como se sente em compartilhar os próprios sintomas e dar outro significado à isso?
- Como foi para você receber um diagnóstico psiquiátrico?
- Você se sentiu discriminado ou estigmatizado após receber um diagnóstico? (Caso necessário: como foi passar por isso? Como lidou com essa situação?)
- Como conheceu a *Inverso*?
- O que acha da Oficina de Intervenção Urbana?
- Conte sobre a experiência de participar da elaboração da Classificação *Inverso* das Doenças. (Caso necessário: Como é perceber as diferentes vivências de um mesmo sintoma ou diagnóstico?)
- Quais são as principais diferenças que percebeu entre a CID e a Classificação *Inverso* das Doenças?

APÊNDICE E

Roteiro de Entrevista Semiestruturada

1. De que forma conheceu a Inverso?
2. Relate como é o seu trabalho na ONG.
3. Como é a sua relação com os frequentadores da Inverso?
4. Como é para você participar da elaboração da Classificação Inverso das doenças?
5. Qual a sua opinião com relação à estabelecer uma discussão com os frequentadores sobre os diagnósticos e seus sintomas a partir de um olhar para além do modelo tradicional?
6. Quais são os objetivos e princípios que fundamentam a Classificação *Inverso* das Doenças?
7. Como você percebe a mobilização do frequentadores durante o debate?

APÊNDICE F

Tabela 1: Datas e temas dos debates da Classificação *Inverso* das Doenças

DATA	TEMA
10/08/2018	Paranoia
17/08/2018	Transtorno bipolar
24/08/2018	Suicídio
31/08/2018	Esquizofrenia: Alucinação e delírio
14/09/2018	Histeria
29/09/2018	Fobias
05/10/2018	Somatização
26/10/2018	Luto e melancolia
08/03/2019	Euforia
22/03/2019	Embotamento afetivo
12/04/2019	Insônia
03/05/2019	Medo
17/05/2019	Luto
24/05/2019	TOC
07/06/2019	Mitomania
14/06/2019	Delírio persecutório
21/06/2019	Paixão