



**A FACE CONTEMPORÂNEA DO MANICÔMIO:
DESAFIOS PARA A INCLUSÃO SOCIAL DA LOUCURA**

Raíssa Völker Rauter

Brasília
Julho/2011

RAÍSSA VÖLKER RAUTER

**A FACE CONTEMPORÂNEA DO MANICÔMIO:
DESAFIOS PARA A INCLUSÃO SOCIAL DA LOUCURA**

Monografia apresentada ao UniCEUB –
Centro Universitário de Brasília, como
requisito básico para obtenção do título
de psicóloga da Faculdade de Ciências
da Educação e Saúde, sob orientação do
professor Dr. José Bizerril.

Brasília
Julho/2011



Esta monografia foi aprovada pela comissão examinadora composta por:

Prof. Dr. José Bizerril Neto

Prof^a. Dra. Valéria Mori

Prof^a. Tânia Inessa Martins Resende

A Menção Final obtida foi:

Brasília, Julho/2011.

Às crianças,
a quem pertence esse mundo que julgamos nosso,
e que merecem um espaço onde o ser humano
seja visto em sua inteireza
e, assim, formas diversas de ser sejam enfim
aceitas, acolhidas e respeitadas.

Agradecimentos

Por esse recomeçar na minha trilha profissional, coroado com esse trabalho, sou grata à Divina Presença, que permitiu que eu estivesse aqui e que cruzassem o meu caminho pessoas que, com sua beleza e amorosidade, foram fundamentais para que eu atravessasse mais este portal:

O Leo, por anos de persistente incentivo, apoio amoroso e companheirismo na busca incessante e permanente de ter o amor, o respeito e a ética como norteadores das nossas escolhas;

A Camila e o Gabriel, cuja doçura e olhar me convocam permanentemente ao compromisso necessário de meter a mão na massa e cuidar do mundo, começando por aquele que temos dentro de nós.

A Lica, cujo apoio foi essencial para conclusão deste trabalho.

Os usuários do CAPS em que fiz estágio, por dividirem comigo suas vidas e me mostrarem a necessidade urgente de uma nova forma de cuidado.

Professores que se preocupam com a formação de pessoas éticas, e nutriram em mim o amor pela existência humana em suas facetas mais diversas, como a Prof. Tânia Inessa, com sua atuação ímpar, persistente e firme, sem dispensar uma boa dose de doçura, a Prof. Cynthia Ciarallo, com suas provocações ricamente perturbadoras, e o Prof. José Bizerril que, com seu vasto conhecimento da produção e do pensamento humano, foi um grande mestre na jornada de construção deste trabalho.

Juliana Pacheco e Filipe Braga, psicólogos que semeiam, na prática, uma atuação ética, que considere a singularidade de cada um, e que me apoiaram com material e sobretudo me fazem crer, a partir de sua atuação sensível e amorosa, que uma transformação é possível.

*Como é por dentro outra pessoa?
Quem é que o saberá sonhar?
A alma de outrem é outro universo
Com que não há comunicação possível,
Com que não há verdadeiro entendimento.*

*Nada sabemos da alma
Senão da nossa;
As dos outros são olhares,
São gestos, são palavras,
Com a suposição
De qualquer semelhança no fundo.*

Fernando Pessoa

RESUMO

A cultura globalizada contemporânea e a relação com a corporalidade que se dá nesta conjuntura contribuem para a manutenção da exclusão das pessoas que vivem a experiência da loucura. No mundo contemporâneo, a identidade do sujeito passa a ser deduzida da sua aparência e a racionalidade permanece como a lógica hegemônica. O modelo biomédico e a biologização dos problemas existenciais encontram terreno fértil nesse contexto, ainda que a reforma psiquiátrica venha propor uma nova perspectiva de atenção. A prática clínica precisa se colocar diante de questões maiores, se a proposta é de um cuidado individualizado e inclusivo da pessoa em sofrimento, com o risco de, nos espaços abertos, reafirmar o manicômio por meio de recursos legitimados de cuidado, especialmente os psicofármacos. Nesta monografia, analisam-se alguns exemplos do cotidiano de um serviço substitutivo de atenção em saúde mental no DF e são apresentadas experiências bem-sucedidas de formas alternativas e não medicamentosas de proporcionar cuidados nesta área. É fundamental uma construção permanente do pensar e das práticas sociais em direção a uma nova forma de se relacionar com a existência e a diversidade de seus fenômenos, nem sempre redutíveis à lógica da razão.

Palavras-chave: saúde mental, reforma psiquiátrica, ética, clínica.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	8
1. A CULTURA GLOBALIZADA CONTEMPORÂNEA	11
SOMOS SUJEITOS DE HISTÓRIA E CULTURA	11
O CONCEITO DE CULTURA	13
DE COMO PESSOAS SE TORNAM LIXO	14
UM BRASIL DE PRESENCAS CULTURAIS MÚLTIPLAS E SIMULTÂNEAS	17
2. SUJEITOS DA APARÊNCIA	19
O CONCEITO DE CORPO	19
O CORPO NO IMAGINÁRIO SOCIAL GLOBALIZADO CONTEMPORÂNEO	20
O CORPO PRESENTE ESQUECIDO E APAGADO	21
O ACESSÓRIO COMO ESSÊNCIA: O CORPO PARCEIRO	23
DESDOBRAMENTOS DA CULTURA SOMÁTICA	26
3. INVENTANDO DOENÇAS, DESCONSIDERANDO PESSOAS	28
QUEM NÃO BRINCA DE TEATRO, TEM QUE SAIR DE CENA	29
MECANISMOS PSICOFARMACOLÓGICOS DE EXCLUSÃO E SILENCIAMENTO	32
E O SOFRIMENTO VIRA DOENÇA	33
A DEMANDA DO SUJEITO DE SER RECONHECIDO COMO DOENTE	37
A QUEM SERVE A INVENÇÃO DE TRANSTORNOS MENTAIS?	40
O CUSTO HUMANO DE UMA PRÁTICA CLÍNICA QUE ROTULA MAIS DO QUE ESCUTA	42
4. REFLEXÕES PARA A CLÍNICA EM SAÚDE MENTAL	46
OS PRINCÍPIOS DO MOVIMENTO ANTIMANICOMIAL E DA REFORMA PSIQUIÁTRICA	47
MANICÔMIOS SEM GRADES: OS DESAFIOS DA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO	48
O USO DA MEDICAÇÃO NOS SERVIÇOS ABERTOS: A PERSISTÊNCIA DO CONTROLE E ALGUNS CENÁRIOS DE ESPERANÇA	53
PROJETOS TERAPÊUTICOS INSTITUCIONAIS OU PROJETOS DE VIDA?	57
AS POSSIBILIDADES FORA DO DOMÍNIO PSI	59
CONSIDERAÇÕES FINAIS	63
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	65

Qual o cenário que sustenta o não-lugar da loucura no mundo contemporâneo? O que alimenta a prática tão invasiva e inquestionável de medicar pessoas e, desta forma, impossibilitar a expressão de modos diversos de subjetivação? Qual o papel da psicologia neste processo e de que forma a nossa atuação se alinha com ele? Há possibilidades outras de atenção à experiência da loucura?

Essas são algumas das perguntas que motivaram este trabalho. Durante o último ano, fiz estágio na área de saúde mental, em um Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, no Distrito Federal. A partir das inquietações surgidas nesta experiência, busquei um pouco do que tem sido produzido academicamente acerca da conjuntura cultural contemporânea, a construção da noção de doença mental e das ações de atenção à experiência da loucura.

Questionar hoje o uso da medicação em saúde mental é quase um sacrilégio. Não nego o papel que os remédios podem ter para o alívio do sofrimento dilacerante e desorganizador que alguns fenômenos podem gerar em um período da vida de uma pessoa. Mas há algo mais. E me arrisco a dizer esse algo mais tem a ver com o lugar sagrado que reservamos à razão em nosso imaginário cultural, que não está somente nas ruas, mas também, e sobretudo, dentro de todos nós. Esse espaço reservado é tão intocável que qualquer movimento que ameace comprometê-lo é rapidamente interdito. Isso é diferente de aliviar o sofrimento. Isso é diferente de cuidar.

E esse padrão de atenção não é exclusividade da psiquiatria. Na psicologia, nos alinhamos com as classificações nosológicas do DSM e até nos ajoitamos na cadeira diante de uma pessoa com “sintomas psicóticos” que nos diga que, hoje, não tomou seus remédios. Mais que isso, carimbamos nossas receitas de técnicas psicoterápicas e as injetamos na vida das pessoas, sem pensar na visão de ser humano que sustenta nossa prática e na verdadeira contribuição que aquela técnica pode ter para aquele sujeito em sua singularidade.

O argumento deste trabalho começa contextualizando a conjuntura cultural contemporânea a que estou me referindo, conteúdo do Capítulo 1. As contribuições dos autores apontam para uma valorização extremada do consumo e da aparência, que passa a ser critério de julgamento moral das pessoas. Isso nos dá sinais de que o não-lugar da loucura tem origem também na relação contemporânea com a corporalidade. Em função disso, essa relação é desenvolvida com mais detalhes no Capítulo 2.

Como veremos, corpo é, na atual cultura ocidental hegemônica, o lugar a partir do qual o sujeito é deduzido. Na sua totalidade e organicidade, esse corpo não pode comparecer, mas ele é o cenário de uma performance que vai nos informar a viabilidade do sujeito. Eventuais correções necessárias devem ser ali imprimidas.

E este é o tema do Capítulo 3. Se o sujeito está ali fora, e não mais na polpa intangível de sua alma como outrora, a lógica biomédica e a biologização generalizada dos fenômenos existenciais humanos encontra espaço favorável para imperar.

No Capítulo 4, procuro focar a prática da atenção em saúde mental. A partir das propostas da reforma psiquiátrica e do movimento antimanicomial, trago reflexões acerca da realidade dos serviços de saúde mental, em seus desafios e possibilidades. A intenção é, lançando um olhar de fora, contribuir para que o projeto de uma sociedade sem manicômios não apenas se realize mas se radicalize nos termos dessa expressão, como diz Pelbart (1990). Não pretendo, portanto, julgar o valor e a pertinência do trabalho dos serviços dentro do contexto da reforma psiquiátrica. Afinal, compartilho com a opinião de Guimarães et al. (2008) de que

o cotidiano nas instituições de saúde não é um espaço para a verificação de idéias, mas para a construção de práticas de novas formas de agir na sociedade, nas quais a integralidade pode se materializar como princípio, direito e serviço na atenção do cotidiano em saúde no nosso país (p. 60).

Ainda que não aprofunde tanto, não pude deixar de fora os olhares que se pode ter à experiência da desrazão fora do domínio psi. O destino que esses espaços possibilitam para muitas pessoas nos faz pensar que provavelmente há situações que não nos cabe diagnosticar. Mais que isso, talvez há alguma dimensão que deixamos de contemplar no nosso cuidado que outros domínios incluem. Algo que remeta ao sujeito em sua integralidade pertencente a um todo maior. Mas isso fica, por hora, apenas como uma provocação.

Por fim, esclareço o uso dos termos louco, loucura e desrazão. Compartilho com a visão de que a pessoa é uma totalidade integrada, e que não pode ser definida e reduzida a experiências que vive e muito menos a uma doença. Defendo aqui justamente que diversas possibilidades de subjetivação estejam dentro do campo do que é ser humano. Por isso, sempre que a compreensão do texto não for comprometida ou ficar confusa, priorizo falar de pessoa, sujeito, ser humano. Caso contrário, me alinho a Pelbart (1990) no uso do termo louco como “esse personagem social discriminado, excluído e recluso” (p. 133). Loucura e desrazão uso aqui como sinônimos, entendendo-a como “uma dimensão essencial da nossa cultura: a

estranheza, a ameaça, a alteridade radical, tudo aquilo que uma civilização enxerga como o seu limite, o seu contrário, o seu outro, o seu além” (p. 133).

Discuto ao final desta monografia algumas alternativas ao cuidado de saúde mental prioritariamente medicamentoso e ilustro o argumento com exemplos de iniciativas bem-sucedidas neste campo.

CAPÍTULO 1

A cultura globalizada contemporânea

Este capítulo inaugura a linha de argumentação deste trabalho, apresentando o aspectos do contexto sócio-cultural a partir dos quais penso aqui o olhar para a experiência da loucura e para a pessoa que a protagoniza. Chamo atenção para limitações importantes das chamadas abordagens da Psicologia em considerar aspectos culturais e afirmo que aqui se privilegia uma concepção histórico-cultural de sujeito. Apresentados estes pressupostos e delimitado o conceito de cultura, parto para uma caracterização do mundo contemporâneo e a forma como se dão os processos de subjetivação neste contexto, chamando atenção para a impossibilidade de se generalizar esta perspectiva para toda sociedade brasileira.

Somos sujeitos de história e cultura

Ainda que a maioria das teorias psicoterápicas faça alguma referência à dimensão social do sujeito, o que prevalece é a ênfase nos processos internos, subjetivos e intrapsíquicos (DUTRA, 2004). Na prática psicológica, ainda predomina a visão naturalizadora do sofrimento, associada à aplicação de técnicas pré-definidas e diagnósticos centrados em transtornos pré-classificados. Ignora-se que o sujeito que há por trás e sobretudo antes de tudo isso. Ignoram-se as construções oriundas das tramas sociais que este sujeito vive.

Partir destas perspectivas é pensar o ser humano de forma essencialista, como se houvesse algo que se pudesse descobrir e que existe em todos nós, um funcionamento comum do ser sujeito que transponha fronteiras e períodos históricos. E, mais que isso, que esse algo possa explicar o sofrimento e nos dar instrumentos-padrão para agirmos sobre ele, fazendo as devidas correções.

Martín-Baró (1997) sublinha a importância de reverter nosso olhar, hoje tão focado no comportamento observável, novamente à consciência humana. Mas à consciência vista não simplesmente como

âmbito privado do saber e sentir subjetivo dos indivíduos, mas, sobretudo, aquele âmbito onde cada pessoa encontra o impacto refletido de seu ser e de seu fazer na sociedade, onde assume e elabora um saber sobre si mesmo e sobre a realidade que lhe permite ser alguém, ter uma identidade pessoal e social. (...) A consciência, assim entendida, é uma realidade psicossocial (...) e inclui, antes de tudo, a imagem que as pessoas têm de si mesmas, imagem que é o produto da história de cada um, e que obviamente, não é um assunto privado; mas inclui, também, as representações sociais (p. 14).

Vivemos nosso dia-a-dia, mesmo sem perceber, a partir de construtos pré-definidos e acordados culturalmente, e isso é fundamental para que possamos estar no mundo. Alfred Schutz falou de “mundo intersubjetivo da cultura” (apud BAUMAN, 1998, p. 17), mostrando que o ser humano encontra sua posição no espaço sócio-cultural, com consenso dos outros, a partir de critérios de um ambiente pré-selecionado e pré-interpretado. É a partir destes critérios pré-definidos que ele, por sua vez, produz sentidos e significados no mundo, construindo permanentemente a cultura. Na mesma linha, diz Barth (2000):

As pessoas [...] agem e reagem de acordo com sua percepção do mundo, impregnando-o com o resultado de suas próprias construções. A realidade de todas as pessoas é composta de construções culturais, sustentadas de modo eficaz tanto pelo mútuo consentimento quanto por causas materiais inevitáveis. Esse consentimento, ao que tudo indica, está incrustado em representações coletivas: a linguagem, as categorias, os símbolos, os rituais e as instituições. O que os antropólogos chamam de *cultura* de fato torna-se fundamental para entender a humanidade e os mundos habitados pelos seres humanos. (p. 111, grifo do autor)

Parte-se aqui da visão do ser humano enquanto ser em uma relação complexa e dinâmica com o meio em que vive. Superando-se a dicotomia individual-social, a visão que prevalece aqui é de um ser humano cultural, constituído pela cultura e que, ao mesmo tempo, a constitui, transformando-a permanentemente (DUTRA, 2004).

Quando se fala em sofrimento, deve-se levar em conta aspectos culturais da sociedade e suas implicações nos processos de subjetivação. Deve-se perguntar quem é esse sujeito e, por uma questão ética, olhar para ele superando uma visão essencialista e engessada. Naturalmente que o sofrimento não vai encontrar uma causalidade linear na história individualizada do sujeito. E tampouco se trata de um determinismo sócio-cultural, de uma passividade do sujeito com relação à moral ou às condutas da sociedade em que vive.

O conceito de cultura

A que precisamente estou me referindo quando falo de cultura? Com tanto uso no senso comum, torna-se essencial delimitar este conceito e refletir acerca dele, antes de partir dele para se pensar uma realidade.

Para Geertz (1989), cultura não é nem uma entidade oculta que habita as pessoas e guia o seu comportamento (o que ela chama de “subjetivismo extremo”) nem um algoritmo, um conjunto de condutas padronizadas, aprendidas e passíveis de aprendizagem por pessoas de fora do grupo (que seria o “formalismo extremo”). Sendo o comportamento humano visto como ação simbólica, a cultura é um “sistema entrelaçado de signos interpretáveis” (p. 24), e continua: “... a cultura não é um poder, algo ao qual podem ser atribuídos causalmente os acontecimentos sociais, os comportamentos, as instituições ou os processos; ela é um contexto, algo dentro do qual eles podem ser descritos de forma inteligível” (p. 24).

Não há uma atuação determinista da cultura sobre o homem. Ela é um contexto, um campo de possibilidades que circunscrevem a ação e, de forma mais ampla, a existência humana. Geertz (1989) traz a ideia weberiana de que “o homem é um animal amarrado a teias de significados que ele mesmo teceu” (p. 15), e a cultura seria esta teia.

À perspectiva deste autor, cabe uma ressalva. O texto de Geertz (1989) implica, ao menos implicitamente, uma noção de homogeneidade, de unificação, de consistência lógica deste sistema de significados. Porém, como bem nos lembra Barth (2000), a cultura é caracterizada pela controvérsia, pela falta de padronização.

Sem dúvida, isso é extremamente desconfortável para quem quer conhecer grupos humanos e, a partir deles, extrair uma essência de suas produções culturais. Como diz Barth (2000), “somos treinados a suprimir os sinais de incoerência e de multiculturalismo encontrados, tomando-os como aspectos não-essenciais decorrentes da modernização, apesar de sabermos que não há cultura que não seja um conglomerado resultante de acréscimos diversificados” (p. 109). O que foge do que foi previamente definido como essência é tomado como variação ou eventual ausência desta forma cultural, ao invés de se buscar compreender as construções culturais a partir de uma matriz de processos mais ampla.

Ocorre que a realidade cultural é configurada por múltiplos padrões parciais que se interferem mutuamente e se apresentam nos diferentes espaços em gradações variadas. “Devemos duvidar de toda afirmação de coerência, salvo quando tiver sido devidamente demonstrada” (BARTH, 2000, p. 120).

De como pessoas se tornam lixo

Bauman (2009, 2005, 1998) faz um amplo e fino desenho macrossociológico da sociedade contemporânea, contextualizada no que chama de modernidade líquida, abordando as várias facetas de sua configuração atual e como ocorrem os processos de subjetivação neste contexto. Em contraste com o que se via na modernidade sólida, em que imperava a segurança, o controle e a estabilidade, a sociedade líquido-moderna traz o caráter fluido, inconstante, mutável, instável dos valores, hábitos, sentimentos e tudo que diz respeito à vida. “As condições sob as quais agem seus membros mudam num tempo mais curto do que aquele necessário para a consolidação, em hábitos e rotinas, das formas de agir” (Bauman, 2009, p. 7).

Na modernidade sólida, característica do capitalismo industrial, em vigor até crise do Estado do bem-estar social na segunda metade do século XX, o progresso com ordem e segurança era meta. a ser alcançada custe o que custasse. Projetos foram compulsivamente produzidos para que se alcançasse o bom, o sempre melhor. O que ameaçava o processo, o que estava posicionado de forma a impedir este progresso, tinha que ser eliminado. E nesta lógica, não somente recursos naturais ou coisas, mas muitos seres humanos e suas formas de vida foram descartados, por serem estranhos à lógica hegemônica (BAUMAN, 1995).

O que regia a sociedade sólido-moderna era a lógica da produção. As pessoas desnecessárias ao crescimento da produção lucrativa eram consideradas excesso. A produção era, inclusive, mais eficiente sem elas em muitos casos. A globalização da vida moderna, com sua pressão colonialista, destituiu quantidades enormes de seres humanos de suas formas e meios de sobrevivência, que faziam sentido para elas tanto pelo aspecto biológico quanto pelo cultural (BAUMAN, 2005).

A herança desta postura de eliminação humana permanece. O desafio destes “corpos supérfluos”, imprestáveis e desnecessários de garantir a própria sobrevivência biológica é intimidante. Bauman (2005) afirma que, no caso destas pessoas, ganhar é impossível. Se tentam estar alinhadas “com as formas de vida hoje louvadas, são logo acusadas de arrogância pecaminosa, falsas aparências e da desfaçatez de reclamarem prêmios imerecidos” (p.55). Se, por outro lado, optam por protestar abertamente sua condição, negando aquelas formas, confirmam a previsão de que são mesmo estranhos, incômodos e corroem “os tecidos sociais saudáveis”, sendo “inimigos jurados do ‘nosso modo de vida’ e ‘daquilo que respeitamos’”

(p. 55). E não é pouco comum que eles mesmos se vejam assim, como incapazes de contribuir para a produção material e intelectual da humanidade.

A modernidade líquida herda da modernidade sólida os valores da ordem, pureza e beleza. A sociedade líquido-moderna produz seus lixos humanos também, como veremos. Agora, vivemos sob a égide do consumo, que passa a prevalecer na ordem do dia. As referências mudam com uma velocidade impossível de acompanhar e por isso o imediatismo rege reações e desejos. Novas demandas surgem permanentemente, as coisas têm limitado tempo de vida útil. O lema é consumir sempre para substituir o que rapidamente deve ser descartado por não ter mais valor. Enquanto estão sendo usados, os objetos imediatamente perdem a utilidade, a atração, o valor. A sociedade do consumo e, portanto, do descarte, acumula montanhas de lixo, depreda e saqueia o mundo exterior, visto como mero instrumento (BAUMAN, 2005).

Para terem acesso à vida de consumo, as pessoas precisam demonstrar o seu próprio valor, segundo critérios permanentemente renovados. Pessoas-mercadorias, numa relação cíclica, de consumir para poder consumir mais. O consumo é fundamental para que as pessoas possam se tornar permanentemente viáveis, de acordo com as sempre novas exigências de performance. Isto ocorre porque valores e critérios de moralidade têm alta liquidez e mudam em velocidade vertiginosa (BAUMAN, 2009).

O trem-bala da vida líquido-moderna deixa poucos rastros no seu caminho, e sai destruindo sobretudo outros modos de vida e, de alguma forma, os seres humanos que os praticam. É um estado de competição da qual o verdadeiro prêmio é “a garantia (temporária) de ser excluído das fileiras dos destruídos e evitar ser jogado no lixo” (BAUMAN, 2009, p. 10). Os “consumidores falhos” não encontram para si lugar, nem no banco de reserva¹. São as pessoas que não tem dinheiro para ampliar a capacidade do mercado consumidor e que, além disso, criam um novo tipo de demanda que a indústria não pode atender, mantendo a lógica da lucratividade. São um excedente irritante e altamente incômodo (BAUMAN, 2005).

Estamos falando de seres humanos sendo descartados – estranhos que, a propósito, estão longe de ser exceção, não só no Brasil, mas no mundo. Estamos falando de pessoas como objetos de consumo. Nas palavras de Bauman (2009):

¹ Bauman (2005, 1998) diz que, na modernidade sólida, a norma era anunciada aos excluídos do processo produtivo. Des-empregados sabiam o rumo que deviam seguir e achavam um lugar para si na posição de reserva na dinâmica produtiva, diferentemente do que ocorre hoje, em que uma finalidade coletiva não é anunciada, mas o valor da liberdade e do individualismo prevalecem.

Não importa a intensidade com que se concentre no *objeto* do desejo. O olho do consumidor não pode deixar de dar uma espiada no valor de mercadoria do *sujeito* que deseja. Vida líquida significa constante autoexame, autocrítica e autocensura. A vida líquida alimenta a insatisfação do eu *consigo mesmo* (p. 19, grifo do autor).

No Capítulo 2, desenvolvo mais esta questão da centralidade da aparência e da performance na valoração do sujeito contemporâneo, que é chamado por Ortega (2008) de indivíduo somático. Para o autor, uma característica da vida contemporânea é a cultura do risco, que gera uma atmosfera de incerteza e medo constantes. Se a aparência é central, o risco de tê-la comprometida é grande, seja por adoecimento ou qualquer outra impossibilidade de se responder aos critérios vigentes e em permanente atualização. O resultado é angústia e apreensão. E o individualismo avesso à dependência e a fragilidade dos vínculos interpessoais agravam o quadro, uma vez que confiar em si mesmo, no outro e no mundo tornou-se uma possibilidade por vezes questionável.

Interessante a nota de Costa (2004) de que o receio e a insatisfação constantes são justamente o motor do consumismo. Tomando como base a contribuição de Jean Baudrillard, o autor afirma que a sociedade do consumo tem o “objetivo de regular a *escassez* de bens materiais ou simbólicos” (p. 139, grifo do autor), de modo que não há abundância nem para os pobres e nem para os ricos. Ser feliz é uma obrigação. Não mais o trabalho e a produção são a moral social, mas o gozo e, junto com ele, vem sempre a experiência de insaciabilidade emocional. Neste sentido, ainda que o bem-estar e o prazer sejam hoje a “bússola moral” (p. 132) da sociedade ocidental urbana, isso não significa que este prazer é atingido, muito pelo contrário (Costa, 2004).

A velocidade não permite que se pare para fazer perguntas maiores acerca deste estado de insatisfação e angústia. Estratégias de efeito imediato devem ser acionadas para que qualquer angústia seja eliminada e se consiga prosseguir. De forma mais ampla, tudo que não se ajusta à lógica do consumo deve ser descartado. Como veremos no Capítulo 3, o sofrimento (e o sofredor) não obedecem a esta lógica. Isso quer dizer que o afeto do sujeito deve ser interditado para que ele não o seja, na sua atuação. E para essa interdição, que também pode ser chamada de silenciamento, nenhum recurso é mais privilegiado, incentivado e legitimado no momento que os psicofármacos.

Os vínculos já não se prestam a cuidar dos afetos, ao contrário, são de uma fragilidade e uma liquidez tais que são fonte potencial de angústia. Ainda pela análise de Bauman (2009) acerca das grandes metrópoles globalizadas, os objetos de desejo envelhecem e perdem o

encanto muito rapidamente. E, neste processo, a consciência moral acaba afetada, porque os objetos envolvidos na dinâmica de consumo e descarte são seres humanos. São as crianças que passam a ser vistas como tormento à liberdade dos pais, que tem que acompanhar as exigências do mundo veloz, os jovens vistos como problema, os parceiros perdendo rapidamente o seu encanto inicial, e assim por diante. “As dores morais talvez não acontecessem com tanta frequência [...] num mundo em que a vida humana, durando mais que a de praticamente qualquer objeto, não precisasse ser fatiada numa série de episódios e reinícios independentes” (p. 140).

Um Brasil de presenças culturais múltiplas e simultâneas

A análise de Bauman está centrada na dinâmica que se configura nas grandes metrópoles globalizadas. Quando pensamos a realidade brasileira, alguns ajustes de foco se fazem necessários nesta perspectiva. No Brasil, a organização comunitária ainda é presente, em especial nas camadas populares, e o valor da família ainda aparece em todas as classes sociais, diferentemente da fragilidade dos vínculos e tradições descritas por Bauman (BIZERRIL, 2011).

Bizerril (2011) afirma que a realidade brasileira é caracterizada pelo “encontro paradoxal entre o projeto de modernidade que se globaliza e a temporalidade própria das histórias e tradições locais que dialogam de forma tensa com este projeto” (p. 79). A configuração multicultural traz a coexistência de várias tradições, várias lógicas culturais em um mesmo espaço e também em um mesmo sujeito. Mais que isso, lembrando o que já trouxemos das contribuições de Barth (2000), a cultura é controversa, heterogeneidade e contradições. O nosso olhar para o sujeito deve estar livre de rótulos, ainda quando enfim contemplamos essa dimensão de ser humano cultural.

De qualquer modo, Bizerril (2011) nos indica que há algo significativo da modernidade líquida de Bauman nas camadas urbanas médias e altas das nossas grandes cidades:

a precariedade da vida, o ritmo frenético da existência, a renovação das sensibilidades, as novas angústias relacionadas à incerteza e à imprevisibilidade da existência, com sucessivas tentativas biográficas (e paliativas) para reduzir a sensação de risco iminente que decorre das novas condições globais (p. 80).

É, portanto, a partir do cenário contemporâneo assim caracterizado, considerando suas limitações para generalização na realidade brasileira, que se está aqui pensando as experiências da loucura e o cuidado humano. Dada a importância do corpo nesta dinâmica social e sendo a loucura muito estampada no corpo, o próximo capítulo dedica-se a aprofundar a relação do sujeito contemporâneo com a corporalidade, relação tal que, como veremos no Capítulo 3, naturaliza a opção farmacológica como recurso maior de atenção em saúde mental.

Capítulo 2

Sujeitos da aparência

É preciso se colocar fora de si para se tornar si mesmo.

David Le Breton²

A experiência da loucura e do sofrimento transborda no corpo. Para falar de como o corpo se insere na dinâmica contemporânea, este capítulo é introduzido com o esclarecimento deste conceito, para além do senso comum. Em seguida, discute a relação com a corporalidade na cultura globalizada, uma relação tipicamente paradoxal, do foco em uma presença marcada pelo imperativo da ausência.

O conceito de corpo

Antes de se falar de corpo, delimitar este conceito é fundamental, para não se correr o risco, não pouco comum, de se pensar a partir de uma perspectiva que, longe de ser objetiva, é historicamente construída e tem fronteiras culturais específicas. O corpo tem materialidade, mas não coincide com ela.

O ser humano é um ser de símbolos e de relações. O corpo é antes de tudo uma estrutura simbólica, uma construção social e cultural. Le Breton (2006, 2011) diz que o corpo, como entidade objetiva independente da totalidade da pessoa, sequer existe, que nunca se viu um corpo, mas homens e mulheres. O corpo está sempre imerso na trama social de sentidos.

Esquecer disso, e entender o corpo como um agregado de órgãos arranjados segundo leis científicas inquestionáveis, compromete a atuação eficaz e ética de quem cuida de seres humanos e suas dores. Le Breton (2011) coloca que Freud inaugurou esta oposição à perspectiva mecanicista e biomédica, olhando o corpo de forma viva, construído na biografia singular de cada um. Isso sim, certamente. E, além disso, construído na história de uma comunidade em um dado momento histórico.

² Le Breton, 2009, p. 29.

O corpo no imaginário social globalizado contemporâneo

No Ocidente, a perspectiva hegemônica – e não única – de corpo tem dois aspectos característicos. Primeiro, o corpo é considerado demarcador da individualidade, fronteira que anuncia onde a pessoa começa e termina. Segundo, e intimamente relacionado com o primeiro, o corpo é separado da pessoa, é o invólucro de uma presença.

Relativizando a primeira assertiva, Le Breton (2011, 2006) traz exemplos de trabalhos etnológicos sobre culturas em que as pessoas não estão delimitadas pelos contornos do corpo, que a pele não separa sua individualidade³. Em sociedades comunitárias e tradicionais, diferentemente de sociedades individualistas, o corpo é o elo de ligação com o coletivo, é elemento de inclusão no seio do grupo.

Um dos vários exemplos que traz o autor é de sociedades rurais africanas em que o homem não é um indivíduo distinto da trama comunitária, mas é um “nó de relações” e o seu corpo “não é índice de uma individualidade, mas uma *diferença favorável* às complementaridades necessárias à vida coletiva” (LE BRETON, 2011, p. 36, grifo meu). A variabilidade dos relevos pessoais é não somente aceita, mas desejável, como parte da diversidade de um todo harmônico, em visível contraste com a noção contemporânea de pessoa e de corpo.

Nestas situações, a concepção de sujeito inclui sua carne, o corpo não é separado do homem que, por sua vez, não é separado do cosmo. O corpo como algo separado da pessoa só é pensável em sociedades individualistas em que as pessoas são separadas umas das outras, uma vez que o corpo é o vetor de atuação da pessoa no mundo. É uma fronteira viva que demarca a soberania das pessoas (LE BRETON, 2006). A perspectiva do corpo como separado do ator está associada, segundo Le Breton (2011, 2009), aos primeiros anatomistas e à filosofia mecanicista, tendo, portanto, uma demarcação histórica localizada entre os séculos XV e XVII. O surgimento do individualismo ocidental tem como momento-chave as primeiras dissecações oficiais no início do século XV e a banalização da prática nos séculos XVI e XVII. Portanto, o conhecimento biomédico⁴ do corpo, ainda que seja hegemônico, é uma representação do corpo entre muitas outras existentes e é altamente eficaz para as práticas que sustenta (LE BRETON, 2006).

³ É o caso, por exemplo, das sociedades canaques da Melanésia e de sociedades rurais africanas (LE BRETON, 2011).

⁴ O modelo biomédico “prioriza o orgânico e propõe que toda doença ou desordem física pode ser explicada por alterações no processo fisiológico resultante de lesões, desequilíbrios bioquímicos, infecções bacterianas ou virais e similares” (TRAVERSO-YÉPEZ, 2001, p. 50).

O corpo presente esquecido e apagado

Diz Le Breton (2011) que, “antes de tudo, a existência é corporal” (p. 7). A relação do ser humano com o mundo passa necessariamente pelo corpo. Se existir é movimentar-se no espaço e no tempo, o corpo é o pivô dessa existência, suporte de todas as práticas sociais (LE BRETON, 2011, 2006), isso desde os momentos mais precoces da existência.

Dentro de uma trama social de significados, há toda uma expectativa corporal, um conjunto de ritos que tornam possível a comunicação entre as pessoas: nossos gestos, a etiqueta, posturas e assim por diante. Ainda que haja uma variação individual entre pessoas de uma mesma sociedade, ela tem uma amplitude pequena dentro do grupo. Compartilhamos ritos, figuras corporais dentro de uma sociedade para que sentidos possam ser transmitidos (LE BRETON, 2011).

Ocorre que, de modo paradoxal a esta presença central do corpo nas relações, o automatismo dos ritos cotidianos faz com que o corpo se apague, seja esquecido, saia da consciência. É como se ele se diluísse, tal a familiaridade do sujeito com a simbolização do seu corpo (LE BRETON, 2011).

Le Breton (2011) coloca que a sociedade ocidental construiu uma forma de sociabilidade que coloca o corpo à sombra, que nutre o apagamento do corpo e o distanciamento do outro. O autor fala dos ritos de evitamento ou de regulação do contato físico, que, mesmo em uma sociedade multicultural como a nossa, marcada pela presença cultural afro, são de fato observados. Pedir desculpa quando se toca a pessoa sem querer dependendo da ocasião, não mostrar o corpo nu ou semi-nu sem um contexto em que isto seja previsto, são exemplos disso. E é justamente o simbolismo que está impregnado no corpo que permite que a ocultação da realidade ambígua que é o próprio corpo.

Quando o corpo pára de cumprir suas funções habituais, como na doença, quando a rotina cotidiana desaparece, quando os ruídos dos órgãos se fazem ouvir, quando algo emperra a possibilidade de se manter na encenação, o corpo aparece. Le Breton (2011) traz as situações de elevador, sala de espera ou ônibus para mostrar o esforço do sujeito contemporâneo de se fazer transparente diante do outro, de apagar o corpo, este suporte penoso. E essa negação é socialmente institucionalizada. E não só o elevador ou sala de espera nos mostra isso, como nossa reação ao tocar ou ser tocado por alguém estranho, quando nos escapa uma manifestação corporal como arroto ou ronco no estômago. Rompe-se

a fluidez do teatro simbólico social e o corpo excesso, estorvo, fica em evidência. Resta-nos estampar um falso semblante de que nada ocorreu ou usar o humor, que tem a função social de autorizar abordagens proibidas. Como diz Le Breton (2011), o humor está “sempre disponível para simbolizar as situações escabrosas e dissipar a vergonha ou a reticência” (p. 200-201).

Enquanto o sujeito estiver cumprindo a simbólica ritual do seu personagem, esta vai apagar, também ritualisticamente, a presença do seu corpo. O corpo aqui é então o duplo do homem, é um *alter ego*. Como na profissão, por exemplo, em que posturas e movimentos específicos são esperados para profissões específicas, de modo que, por meio desta formas corporais, o corpo se apague.

E é sob a lógica do apagamento que as interações sociais se dão. Isso mostra que a “liberação” do corpo é mito, porque a convenção é se *manter a exposição do corpo tão somente no leque de possibilidades da ritualística*. O corpo liberado não é o da vida cotidiana. Le Breton (2011) discute esta questão quando fala de como a publicidade expõe o corpo, sempre usando recursos humorísticos, descontraídos ou pela exposição de um corpo “perfeito”. O autor chama atenção para o fato de que a necessidade de lançar mão destes “desvios para proteger o objeto, ou a conduta, assim desvelado mostra bem que o corpo permanece impregnado de sentido e de valores, lugar simbólico que a publicidade tenta expurgar” (p. 208). E prossegue mostrando que, como a publicidade exclui o que emana do orgânico, “a ‘liberação’ do corpo se faz sob a égide da higiene, de um distanciamento da ‘animalidade’ do homem” (p. 208).

No mundo ocidental globalizado, atuar no mundo depende cada vez menos de atividades corporais, dado o estilo de trabalho e de lazer e os recursos de deslocamento. Recursos vários são inaugurados tornando o corpo elemento cada vez mais negligenciável da presença. São o que Le Breton (2011) chama de “próteses técnicas”, como escadas e esteiras rolantes, por exemplo. O corpo é então visto como uma preocupação, porque é subutilizado ou em alguns casos completamente inútil.

O homem reata provisoriamente a aliança com seu corpo nos parênteses da correria diária, como na academia, por exemplo. É, como veremos adiante, uma tentativa de restauração da identidade (LE BRETON, 2011).

Vale lembrar que, em camadas sociais economicamente distintas, marcadas por diferentes subculturas, a relação com a corporeidade e suas significações pode mudar, como

apresentado em estudos, como o clássico de Luc Boltanski (1989), dos anos 70.⁵ Le Breton (2006), porém, aponta que as oposições possíveis entre diferentes grupos sociais se amenizam no mundo contemporâneo. Segundo o autor,

hoje, sem dúvida, sob a égide do consumo e sob o efeito do crescimento das classes médias, sob o efeito também da emergência da sensibilidade individualista que dá ao ator uma margem de manobra menos estreita que anteriormente, as oposições não são tão nítidas quanto foram nos anos 1960-1970 (p. 81).

O acessório como essência: o corpo parceiro

O Capítulo 1 analisou a estruturação individualista do mundo contemporâneo. O corpo passou a ter um valor fundamental como parceiro privilegiado. Se os vínculos interpessoais são frágeis, os valores morais coletivos duradouros já não existem e a velocidade das mudanças atropela o sujeito, que não tem controle sobre o mundo, esse sujeito precisa de alguma autonomia. O sujeito se volta para esfera privada para buscar o que não encontra mais nas relações sociais (LE BRETON, 2009; ORTEGA, 2008).

Ter o controle sobre o corpo e ocupar-se dele vem atender esta demanda de autonomia. Le Breton (2009) fala que o sujeito conquista um mundo portátil quando se volta para si mesmo. É ali que ele vai experimentar e viver uma relação – com o seu corpo – mais sólida, com mais cumplicidade que as relações possíveis na sociabilidade comum. “É de fato a perda do corpo do mundo que leva o ator a se preocupar com seu corpo para dar corpo à sua existência” (LE BRETON, 2009, p. 54). Cuidar do corpo passa a ser fundamental, não somente por um benefício narcisista, mas também social, porque é para ali que o foco do olhar do outro se desloca. É nele que identidade passa a se dar e, portanto, também os juízos de valor acerca do sujeito. Por esta razão, Le Breton (2006) argumenta que o corpo torna-se simultaneamente acessório de identidade e capital social.

A valorização da interioridade, das emoções, dos sentimentos, da intelectualidade, dá lugar à valorização da exterioridade, da aparência⁶, da performance. O eixo do eu é

⁵ De uma perspectiva marxista, Boltanski (1989) mostra que, nas classes populares, a relação com o corpo é tipicamente instrumental, de modo que a resistência à dor tende a ser maior e a atenção só é voltada ao corpo e suas manifestações, quando estas começam a comprometer o uso do corpo, sobretudo para o trabalho. A resistência à dor tende a ser maior. As queixas aos profissionais de saúde trazem a demanda de retomada da força corporal perdida. Nas classes privilegiadas, a atenção às manifestações somáticas seria maior, a fronteira entre saúde e doença mais tênue e ações preventivas mais comuns. São camadas em que começa a predominar o trabalho intelectual, em detrimento do uso privilegiado da força física como instrumento de trabalho.

⁶ Segundo Le Breton (2006), “a aparência corporal responde a uma ação do ator relacionada com o modo de se apresentar e de se representar. Engloba a maneira de se vestir, a maneira de se pentear e ajeitar o rosto, de

empurrado para fora (BIZERRIL, 2011; SIBILIA, 2008). O corpo passa a ser um objeto privilegiado de investimento, porque é nele que a identidade passa a se dar. Le Breton (2009) fala que “a interioridade do sujeito é um constante esforço de exterioridade” (p. 29), porque é estando na superfície que ele se torna ele mesmo. O corpo passa a ser “a prótese de um eu eternamente em busca de uma encarnação provisória para garantir um vestígio significativo de si” (p. 29). É algo que o sujeito porta, um acessório, um rascunho a ser corrigido permanentemente (LE BRETON, 2009), uma substância que precisa ser moldada aos modelos de felicidade hegemônicos – e transitórios (SIBILIA, 2008).

Sibilia (2008) caracteriza a essência do sujeito moderno como o que está dentro dele, uma polpa que não se pode tocar e que deve ser revelada. É a partir da interioridade que pode dizer o que o sujeito verdadeiramente é, e as aparências são consideradas enganosas.⁷ Os recursos para este desvelar da essência interior estão ali à disposição, como é o caso da psicanálise, que desabrochou no terreno fértil da era moderna. O sujeito contemporâneo, por sua vez, enfrenta o que a autora chama de “tirantias da visibilidade”, por ser julgado e avaliado pela aparência, esta sim que diz dele, quem ele realmente é. Na “sociedade do espetáculo”⁸, o eixo em torno do qual as subjetividades se constroem se desloca, passando da alma para o corpo.

Vale lembrar que o corpo aqui é o duplo, a prótese do eu, o corpo esvaziado do simbólico. Não o corpo cotidiano, com animalidade, pulsões, desejos, odores, idade, fadiga. Este precisa permanecer apagado. São atores que se inserem como personagens. São máscaras para o desfile no cenário social. Uma estetização da existência que é acompanhada pela exaltação do eu, em um universo onde a imagem tem valor central e onde as individualidades se tornam objetos consumíveis e, portanto, descartáveis (BIRMAN, 1999).

Descrevendo as necessidades do sujeito na sociedade líquido-moderna, Bauman (2009) diz que a “mais imperativa e urgente é a de consertar ou esconder defeitos faciais e corporais, sejam genuínos ou putativos, a fim de valorizar os ativos pessoais vendáveis” (p.

cuidar do corpo etc, quer dizer, a maneira quotidiana de se apresentar socialmente, conforme as circunstâncias, através da maneira de se colocar e do estilo de presença”(p. 77).

⁷ Ao contrário da autora, uso aqui propositadamente o tempo presente dos verbos, porque a realidade do sujeito moderno existe nos sujeitos contemporâneos, em que formas culturais múltiplas podem coexistir, e na sociedade globalizada contemporânea, esta tipicamente multicultural, como aponta Bizerril (2011).

⁸ Segundo Birman (1999), G. Debord usou esta expressão no final dos anos 60 em sua publicação *La société du spectacle*, para denominar as modalidades originais de sociabilidade que então se delineavam.

145). Se o sujeito é objeto de consumo, ele precisa se atualizar permanentemente aos novos padrões em vigor.

Com as exigências de performance das pessoas vistas como mercadorias, o cuidado do corpo e a saúde passam, portanto, a ser um fim em si mesmo, caracterizando assim o que Ortega (2008) chama de cultura somática. Nas culturas antigas clássicas, diferentemente, cuidar do corpo representava um meio para se atingir outros valores fundamentais, como a liberdade, e uma forma de resistência cultural e política. Hoje, porém, o corpo não mais carrega um valor simbólico de construção do eu, de base para formação do *self*, mas agora o corpo é essência e, em inversão, o eu existe para cuidar do corpo (ORTEGA, 2008). E uma razão para isso é justamente o caráter de capital social que tem a aparência (BIZERRIL, 2011).⁹

O individualismo contemporâneo tem o potencial de minar a confiança do sujeito em si mesmo, no outro e no mundo. Cada um cuida de si e cuidar de si significa cuidar do seu corpo e de sua saúde. E corpo e saúde fora dos padrões normativos denunciam falha de caráter e fraqueza de vontade. O sofrimento não é reconhecido (ORTEGA, 2008). Está gordo, doente ou triste? Culpa sua.

Diante disso, modificar o corpo entra como possibilidade para o sujeito de produzir um sentimento de identidade mais favorável, dada a incerteza da relação com o mundo. É uma possibilidade de sociabilidade, de vínculo, de estreitamento dos laços a partir da modificação do corpo. Se é o corpo o lócus de diferenciação do outro e de rompimento com ele, talvez tenha ele a prerrogativa de uma possível reconciliação. Se é ali a fronteira, talvez ali também se possa dar uma aliança. Busca-se tornar o corpo não mais o que interrompe e separa, mas o que, no imaginário social, conecta aos outros (LE BRETON, 2006).

A saúde pode ter a mesma função. Ela é reificada, surgindo no cenário contemporâneo como coisa concreta que se pode consumir. A sua dimensão relacional é, assim, eclipsada. E, sob a lógica do mercado, a saúde passa a ser uma necessidade jamais satisfeita. “Em decorrência disso, nas sociedades de consumo modernas, é possível realizar-se plenamente [...] o propósito daquele médico de ficção que afirmava que ‘sadio é um doente que se

⁹ Importante a observação de Bizerril (2011) acerca da lacuna que Ortega (2008) deixa, ao não especificar que contexto social e subcultural ele está caracterizando. Em uma situação multicultural, é importante relativizar estas análises e considerar, como já foi dito no capítulo 1, que há padrões parciais possíveis de serem observados em graus diferentes em diferentes localidades. E as contradições são inerentes à cultura.

ignora” (LEFEVRE, 1991, p. 21). Sempre estará faltando algo e sempre há de haver algo que simbolize a saúde, uma substância (medicamento, iogurte...) ou uma ação (musculação, ginástica e seus aparatos necessários) consumíveis com o potencial de preencher esse vazio.

Costa (2004) diz que não há problema ético no quanto o sujeito se ocupa cuidando do corpo, mas o que importa perceber é a significação que esses cuidados assumem. O cuidado como fim em si mesmo é “corpolatria fútil” (p. 20), mas, se o interesse pelo corpo “volta-se para a ação pessoal criativa e amplia os horizontes da interação com os outros, isto não contraria os nossos credos morais básicos. O abuso não desautoriza o uso. Cuidar de si, aliás, pode ser o melhor meio de se colocar disponível para o outro.” (p. 20).

Desdobramentos da cultura somática

Entre os desdobramentos desta cultura somática apontados por Ortega (2008), acho relevante destacar dois. O desdobramento clínico, do surgimento de transtornos baseados em disfunções orgânicas ou psicológicas (bulimia, anorexias, síndromes de pânico, depressões distímicas, drogadições, adições sexuais e consumistas e assim por diante). Esses quadros “são medicamente reciclados e reinscritos na lógica do biopoder. Normalmente, as saídas prescritas para todas esses distúrbios jamais são saídas éticas ou biopolíticas, mas ao revés, sempre saídas médicas ou farmacológicas” (p. 48). O sofrimento é localizado na bioquímica do sujeito, no seu corpo. Se a relação com o mundo é frágil demais para ser posta em questão, é mais fácil que se intervenha neste mundo portátil que é o corpo. Espera-se alcançar a felicidade cortando o cabelo ou regulando o neurotransmissor do cérebro, mas nem se pensa em rever de onde vêm tantas contas a pagar ou reconsiderar o emprego que não agrada.

Outra questão que se impõe é de natureza ética, uma vez que é a partir da sua aparência que as pessoas são julgadas e classificadas; é por meio do corpo, simulacro do sujeito, que a qualidade da sua presença é avaliada (LE BRETON, 2009). O valor da pessoa é dado segundo critérios de saúde, força, rigidez, longevidade e capacidade de cuidar de si (ORTEGA, 2008; SIBILIA, 2008). O que acontece com quem não joga o jogo de consumir para estar aparentemente viável? Como ficam aqueles cuja performance não está de acordo com o esperado? Que lugar encontram aqueles expõem o corpo que se quer apagar?

Pessoas que vivem a experiência da loucura são alvo de ambos os desdobramentos apontados, tanto o clínico quanto o ético. No próximo capítulo, desenvolvo a questão da estigmatização dessas pessoas e do preconceito que sofrem no mundo contemporâneo globalizado. Os loucos continuam sendo excluídos, violentados, julgados e moralmente avaliados a partir de suas experiências particulares de subjetivação. E continuar insistindo em reduzir a experiência da desrazão, marcada pelo sofrimento, a uma doença situada na bioquímica do sujeito, cuidando dele com o recurso prioritário, e tantas vezes exclusivo, da medicação, é sustentar e reforçar essa violência. No capítulo final desta monografia, retomarei este problema, apontando reflexões acerca da prática dos serviços de saúde mental, a partir da ideia de uma clínica ampliada.

CAPÍTULO 3

Inventando doenças, desconsiderando pessoas

Considerado louco, o indivíduo perde o seu lugar de sujeito.

Joel Birman¹⁰

As contribuições dos autores expostas no capítulo anterior apontam que o corpo, ainda que mediador indispensável para que o sujeito esteja no mundo, não é, atualmente, autorizado a comparecer em sua integralidade. Ritos sociais são invocados para que a presença do corpo seja apagada. Ao mesmo tempo, um valor cada vez mais central tem sido dado à exterioridade, a partir da qual o sujeito tem sido identificado e avaliado. Como mencionado no Capítulo 1, a aparência alimentada pelas práticas de consumo, cujo motor é a insatisfação constante, é o critério de valoração moral da pessoa e é a partir do que está inscrito no corpo que a pessoa é definida.

Para a saúde mental e, conseqüentemente, para a prática da Psicologia, os desdobramentos destas análises são consideráveis. O sujeito que vive a experiência da loucura não se implica no jogo de viver na externalidade, de consumir para se manter em conformidade com os infinitamente mutáveis critérios de viabilidade e com o imperativo de esconder a integralidade do ser. Além do que, há, nesta pessoa, um excesso de internalidade tal que ela transborda do e no sujeito. Não há tempo nem espaço para teatros. Tudo é mostrado, ou, em muitos casos, *seria mostrado*, não fossem as práticas de silenciamento e exclusão, que, mesmo no âmbito da desinstitucionalização psiquiátrica, continuam em voga, a todo vapor, como veremos mais adiante. Este capítulo começa abordando a origem do preconceito e da exclusão do louco, contextualizados na cultura de apagamento do corpo integral e da aparência como valor moral e social.

Este capítulo começa mostrando que, com o movimento centrífugo do eixo do eu, da alma para pele, a tendência tem sido de biologização de todo e qualquer mal-estar e, mais que isso, do sujeito. Claro que, nesse contexto, a tendência de se crer na entidade “doença mental” é decisivamente reforçada. Tudo resumido à bioquímica e aos cuidados prioritariamente centrados nisso. Desde esta perspectiva, duas conseqüências. Primeira, o sujeito desaparece e

¹⁰ Birman, 1980, p. 17.

passa a existir ali uma doença ambulante, que não pode ter desejos, vontades nem direitos. Não pode sequer uma azia que tudo é relacionado ao seu “transtorno mental”. Acabou-se o sujeito. Segunda, já que não se vê ali uma pessoa, não é uma pessoa em sua totalidade que é escutada e cuidada. Buscam-se sintomas que indiquem um diagnóstico, apontando em seguida o tratamento indicado para eles. Cuida-se da doença, um distúrbio bioquímico a ser devida e psicofarmacologicamente ajustado. Cuidado é sinônimo de medicalização, em primeiro lugar. Demais providências, quando existem, são meramente acessórias.

Em seguida, procuro sustentar que o rótulo de doença mental e também o cuidado medicamentoso da experiência da desrazão não são realidades objetivas, mas estão sustentados por concepções teóricas, políticas e morais, existentes em um terreno de configuração cultural favorável e apoiado por fortes interesses econômicos. Mais que isso, etiquetar e medicalizar guardam um caráter iatrogênico grave, de provocar aquilo que se propõem tratar. A proposta é de uma crítica explícita ao confinamento químico que sofrem muitas pessoas que buscam os serviços de saúde mental.

Quem não brinca de teatro, tem que sair de cena

Para que haja comunicação entre membros de uma mesma sociedade, deve haver partilha comum dos ritos de sociabilidade. São experiências de corpo que se espelham umas nas outras. Sensações, gestos, etiquetas, mímicas corporais comuns que geram expectativas recíprocas e que possibilitam a transmissão de sentido. No contato, é a identificação de manifestações corporais que permite a fluência da interação (LE BRETON, 2011).

Acontece que, neste processo tão automático, a presença do corpo se dilui, escapa à consciência. Mesmo estando presente, está infinitamente ausente. E é aí que o corpo “atinge seu estatuto ideal em nossas sociedades ocidentais, onde seu lugar é aquele do silêncio, da discricção, do apagamento e até mesmo do escamoteamento ritualizado” (LE BRETON, 2011, p. 192).

Como foi dito no Capítulo 2, no mundo ocidental globalizado, há uma crença na “liberação” do corpo, como se houvesse hoje uma avaliação menos normativa do aspecto físico da condição humana e, por isso, uma maior sensação de bem-estar. Mas a preocupação em escamoteá-lo é tão grande que só quando essa preocupação cessar é que se pode dizer que há efetivamente uma “liberação” do corpo. Le Breton (2011) diz que, na verdade, o que houve foi uma mudança no imaginário social do corpo, nas etiquetas sociais. Mas o corpo continua

desautorizado a comparecer integralmente. O preconceito e o estigma de que sofrem as pessoas que trazem esse corpo para a cena social não deixam dúvidas de que a “liberação” é um mito. São eles, por exemplo, os deficientes físicos, os idosos, os/as transexuais, os moribundos e, claro, os loucos.

Segundo Le Breton (2011), a impossibilidade de identificação somática está na fonte de todo preconceito que pode sofrer um sujeito. Identificação somática aqui significando não somente estarem ambos cumprindo o mesmo ritual corporal de comunicação e transmissão de sentidos, mas sobretudo o reconhecimento do outro enquanto ser humano, tal como a pessoa considera a si mesma. O diferente é estereotipado e estigmatizado. Mesmo que nem sempre haja hostilidade – ainda que esta não seja pouco freqüente – há afastamento, uma “violência silenciosa tanto mais insidiosa quanto ela se ignora enquanto tal” (LE BRETON, 2011, p. 213).

No caso da loucura, o sofrimento transborda na desordem dos gestos e do comportamento, perturbando a tranqüilidade da interação social. Ali, o processo de identificação somática não acontece, porque os outros não reconhecem essas pessoas enquanto sujeitos. Não encontram nelas um espelho. Não encontram nelas as próprias atitudes e a própria imagem, ou, pelo menos, a imagem de si que precisam encontrar. “As potências contidas por seu corpo não são mais conjuradas na ritualização”, diz Le Breton (2011, p. 219), referindo-se aos comportamentos dessas pessoas de, por exemplo, falar alto de coisas íntimas de que ninguém fala, tirar a roupa em público, masturbar-se de forma ostentatória, agredir os outros, machucar-se com violência e falar diretamente para o interlocutor o que a norma manda não dizer ou criar estratégias no discurso para apenas dar a entender.

Analisando a situação de deficientes físicos, Le Breton (2011) diz que eles mostram uma fragilidade humana que não se quer ver. Mostra-nos a fragilidade da nossa atuação performática. A loucura também nos convoca a olhar para o que em nós está reprimido, gerando incômodo. Já dizia Szasz (1977) que o rótulo de doença mental é invocado para encobrir as tensões existentes nas relações em que os conflitos se manifestam. Portanto, quando Le Breton (2011) fala de impossibilidade de identificação somática, interpreto que essa impossibilidade não significa sempre que a identificação é inviável, mas muitas vezes que ela não é autorizada.

bem a gravidade de suas faltas à ordem moral da sociedade. O ‘louco’ encontra a etimologia da ironia: ele interroga em profundidade os atores sobre a maneira pela qual eles assumem os interditos e as reticências e suas modalidades corporais. Não lhes perdoam por dar ao corpo tamanha publicidade, quando este deveria desaparecer discretamente na relação social. O ‘louco’ faz ressurgir o reprimido, não somente seu próprio, mas além desse, aquele que funda a troca social (LE BRETON, 2011, p. 219).

A experiência da loucura e o sofrimento ocupam demais a pessoa, de forma inteira, de modo que não há como o corpo passar despercebido: ele traz o peso de sua presença. Não há personagem nem máscara, só o ator. Birman (1999) lembra que, antes de se estabelecer a sociedade do espetáculo, o discurso psiquiátrico se referia à alienação mental, psicose, perda da razão, como estar fora-de-si. Atualmente, longe de ter um enfoque negativo, estar fora-de-si é bem visto e se refere ao estar na exterioridade, ocupado com lustrar interminavelmente o eu que se mostra para o outro. O problema hoje são as individualidades que estão tão dentro-de-si que não conseguem “se dedicar à artesanaria de seus figurinos maneiros para se mostrarem com brilho na cena social” (BIRMAN, 1999, p. 191).

São os estranhos mencionados por Bauman (2009). São os que ameaçam a ordem, enquanto contexto estável para atuação no mundo. Se algo emperra nosso discernimento sobre como devemos agir, se algo embaça o vidro da bússola que nos guia neste mar de incertezas que caracteriza o mundo contemporâneo globalizado, precisamos eliminar essa coisa.

A mencionada estetização da existência e o não-lugar da loucura não poderiam estar ausentes do discurso midiático. Não posso deixar de mencionar o comentário de Arnaldo Jabor em rede nacional de rádio, no auge dos protestos populares contra o governo ditatorial da Líbia, em que ele lança a seguinte pérola: “Muamar Kadafi, com seu *olhar psicótico*, parece um camelo de bigodinho. Sua queda é necessária não somente por razões humanas, mas por razões estéticas”.¹¹ O jornalista anuncia aqui que o valor de humanidade pode ser um mero apêndice no nosso olhar para o outro, pode permanecer entre vírgulas. Mas a estética, não: esta é critério central. Ofendê-la é imperdoável. Uma frase assim, publicamente exposta e provavelmente bastante aplaudida, mostra o lugar em que devem se colocar os “psicóticos” e todos os demais que rompem com as expectativas performáticas da sociedade, não se ocupando com o polimento sem fim de sua existência. E aqui não estou minimamente

¹¹ Trecho de comentário em rede nacional, no Jornal da Rádio CBN, em 15 de abril de 2011.

deixando de lado a gravidade da chacina que se deu na Líbia. Mas parece que o comentarista, este sim, coloca o custo humano das ações do ditador em segundo plano.

Mecanismos psicofarmacológicos de exclusão e silenciamento

É difícil encontrar hoje quem se coloque publicamente a favor dos manicômios, até porque a legislação já caminha em outra direção¹². Mas os psicofármacos são recursos legitimados, priorizados, considerados indispensáveis, de uso inquestionável, em suma, amplamente adotados de forma abusiva para exclusão e silenciamento do louco. Estou falando aqui, antes de tudo, do confinamento químico a que são submetidas as pessoas que passam pela experiência da desrazão.¹³

E por que os psicofármacos? São muitas as razões, mas inspirada nas contribuições da literatura apresentadas nos capítulos anteriores, poderia pensar algumas a serem destacadas aqui. Primeiro, naturalmente, porque outras formas de interdição do sujeito, como o confinamento asilar, já não são mais legitimadas nem tampouco legais, mesmo que ainda não tenham sido de todo suspensas – e estejamos, em particular no Distrito Federal, bastante longe disso.

Segundo, porque, se o sujeito não é mais a alma intangível no interior da pele, mas a identidade se dá fora, no corpo, é ali que se encerram os processos de intervenção. E a lógica biomédica encontra ambiente fértil para proliferação, fixando-se o início e o fim do sofrimento na bioquímica do sujeito. Em outras palavras, o sofrimento é considerado doença do corpo. E o recurso que se conhece para se cuidar de doença do corpo, este em uma relação dual com a mente ou o espírito, é a medicação.

¹² Em 2001, foi aprovada a Lei 10.216, que “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (BRASIL, 2001). No seu artigo 4º, parágrafo 3º, veda a internação em instituições com características asilares, ou seja, desprovidas de recursos para assistência integral à pessoa e que não assegurem os nove direitos enumerados no parágrafo único do seu artigo 2º. Manicômios definitivamente se enquadram na definição de asilos apresentadas, inclusive porque conseguem violar *todos* os direitos listados.

¹³ Considero contraditória e, sobretudo, falha a colocação de Le Breton em obra originalmente escrita em 1999, posterior ao texto que menciono, original de 1990. Em *Adeus ao corpo* (LE BRETON, 2009), o autor *naturaliza o uso de psicofármacos* na lida com a loucura, tendo antes, como mostro, denunciado a medicalização abusiva dos “loucos” (LE BRETON, 2011). No capítulo “A produção farmacológica de si”, o autor escreve: “Existe o consumo de psicotrópicos no contexto do sofrimento mental – *este não nos interessa, participa do sistema clássico de cuidados*. Em compensação, a gestão farmacológica dos problemas existenciais comuns, aqueles de que Freud dizia que ‘não impedem de existir’, manifesta uma intolerância às asperezas da existência e inscrevem-se no extremo contemporâneo” (Le Breton, 2009, p. 57, grifo nosso). Além de não considerar minimamente a possibilidade do cuidado sem medicação, ainda comunga com a ideia de que a loucura é impeditiva da existência, o que, para um sociólogo (ou antropólogo), me parece surpreendente.

Terceiro, porque os medicamentos estão dispostos nas prateleiras, prontos para o consumo, simbolizando ali a saúde que, como fim em si mesma, é reificada e transformada em coisa que se pode adquirir (ORTEGA, 2008; BAUMAN, 2009; LEFEVRE, 1991). Dependendo do nível de comprometimento que o sofrimento possa gerar nas possibilidades de troca social da pessoa, esta pode sustentar a relação hegemônica de parceria com o corpo, visto como mundo portátil. Se ruíram as chances de intervir no mundo e mudar o ambiente e as frágeis relações, muda-se o que está ao alcance (LE BRETON, 2011). Afinal, para ser, basta parecer (BIRMAN, 1999).

E, por fim e não menos importante, porque há grandes e poderosos interesses econômicos por trás dessa decisão de privilegiar remédios e desconsiderar pessoas (PARDO; ÁLVAREZ, 2008). Alguns desses pontos serão aprofundados a seguir.

E o sofrimento vira doença

Se o corpo é agora a essência e o critério de julgamento e colocação da pessoa no mundo é a aparência, a tendência é de biologização da vida. Se algo com a pessoa vai mal, há correções no corpo a serem feitas, porque é nele que se encerra a existência. Cuidar de si é cuidar do corpo (ORTEGA, 2008). Sob a égide da cultura somática, o modelo biomédico dá flores e frutos, focado que está em sintomas que revelem desequilíbrios bioquímicos, em detrimento da escuta do sujeito em sua totalidade.

Submetida ao discurso médico-psiquiátrico, aos seus procedimentos tecnológicos e disciplinares, a loucura é designada como morbidade, atribuindo-se ao indivíduo o lugar de doente. No seu limite, este processo de designação vai apontá-lo como de posse de um *corpo doente*, razão última de seu desvario e legitimação de todo o processo de violência de que é objeto, em todos os níveis em que este se realiza (BIRMAN, 1980, p. 18-19, grifo no original).

A reforma psiquiátrica prega uma clínica ampliada, com abordagem psicossocial do cuidado, por meio de projetos terapêuticos focados na reinserção social, na busca da afirmação da autonomia e da cidadania do louco (ALVERGA; DIMENSTEIN, 2006). É uma meta que, para ser alcançada, demanda alterações progressivas em alicerces fundantes da cultura contemporânea. Franco Basaglia (1991), precursor do paradigma italiano da reforma psiquiátrica, paradigma este que inspira o movimento no Brasil¹⁴, já dizia que o que se trata

¹⁴ Lancetti (1990) nos lembra que a desinstitucionalização italiana, bem como a psiquiatria democrática a ela ligada, foram inspiradoras do movimento no Brasil mas não operaram como modelo rígido. Outros recursos são usados no nosso País, como a psicologia social, o psicodrama, elementos da psicanálise, a comunidade

de negar não é o hospital psiquiátrico, mas o termo “doença mental”. Isso porque esta expressão reduz a uma categoria um fenômeno complexo, que é a própria existência (TENÓRIO, 2001).

Mas a clínica contemporânea ainda é regida pela lógica biomédica, interessando-se fundamentalmente por síndromes e sintomas. Como veremos mais adiante, o que se pretende alcançar é tão somente a regulação do mal-estar, assim como se regula uma máquina, controlando-se os sintomas por meio da medicação (BIRMAN, 1999). A noção de doença e adoecimento mental permanece ainda no imaginário social e no discurso do dia-a-dia, mesmo entre aqueles que se consideram afinados com as propostas da reforma psiquiátrica e trabalham em prol dela.

O conceito de doença implica desvio de norma, sair do que é considerado “normal” pelo grupo social e, claro, pelo próprio sujeito que dele faz parte (FERREIRA, 2001; SZASZ, 1977). Na experiência da desrazão, a pessoa rompe com as expectativas presentes na interação social dramática. Rompe, portanto, com uma norma socialmente construída.

Ferreira (2001) traz os resultados de um trabalho etnográfico sobre semiologia médica¹⁵, a partir do qual sustenta que a doença física é uma construção social. No drama social em que se constitui a consulta médica, o paciente descreve para o médico suas sensações fisiológicas a partir de uma leitura contextualizada na sua trama cultural de sentidos. O médico, por sua vez, reinterpreta as sensações tal como descritas, encaixando-as no seu repertório de conhecimentos e fazendo com que adquiram o caráter de doença. A percepção das sensações enquanto alterações faz parte de um conjunto compartilhado de significados (respiração mais curta que o normal, apetite maior que o normal etc). Portanto, diz a autora, “o corpo doente porta significados sociais, à medida que sensações corporais experimentadas pelos indivíduos e as interpretações médicas dadas a estas sensações são feitas de acordo com referenciais específicos a estes dois pólos” (p. 93). E continua: “o indivíduo é doente segundo a sua sociedade e de acordo com os critérios e modalidades fixados neste contexto sócio-cultural” (p. 94).

O estudo de Ferreira (2001) engloba somente o espectro de doenças físicas, mas traz uma rica contribuição para se pensar o status da doença mental. Já nos disse Foucault

terapêutica e também a psicofarmacologia. Como diz o autor, cópias somente são produtivas e permitem a construção do pensamento quando feitas “sem a fascinação característica do que é importado da Europa ou dos Estados Unidos” (p. 144).

¹⁵ A Semiologia Médica é a área da Medicina que estuda os métodos de exame clínico, relacionados à busca de sinais e sintomas da doença (FERREIRA, 2001).

(1961/2003) que “a loucura não pode ser encontrada no seu estado selvagem. A loucura só existe em uma sociedade, ela não existe fora das normas da sensibilidade que a isolam e das formas de repulsa que a excluem ou a capturam.” (p. 163). Entender alguém como louco depende dos parâmetros sócio-culturais e Foucault nos mostra isso quando faz o trajeto histórico da loucura que nem sempre foi problema da medicina e nem sempre esteve confinada.

“O louco é um tipo social criado no século XVII”, diz Pelbart (1990, p. 133), nos lembrando que foi há apenas três ou quatro séculos que a força do desatino foi concentrada predominantemente nas mãos dos loucos. Segundo esse autor, nem sempre foi o louco que encarnou a desrazão na sociedade, mas ela já esteve embutida no sagrado, na mulher, no artista, no judeu. Construído o saber médico e psicológico em torno do louco, “ele recebeu a ‘incumbência’ de levar em seu próprio corpo uma dimensão desarrazoada que o precedeu de muito. A desrazão não nasceu com o louco nem coincide com ele” (PELBART, 1990, p. 133-134).

Todo indivíduo, seja ele considerado são ou enfermo, aprendeu seu papel na sociedade, na relação estreita das variáveis sócio-culturais com necessidades econômicas. Para Hochmann (1971), estabelece-se um pacto entre o louco e a sociedade para o desvio se mantenha. Quando ele começa a apresentar comportamentos desviantes, ele é rotulado e a partir daí espera-se dele uma série de comportamentos que ele acaba realizando. Desta forma, todo desvio seria “um comportamento induzido, produzido e, por último, estigmatizado por uma determinada cultura, e não uma entidade arquetípica e vagamente parasitária” (p. 55, tradução nossa). A visão do autor é a de que, além de produzir e manter o comportamento desviante, a dinâmica cultural pode induzi-lo. A partir da concepção hegemônica do que é normal, define-se que existe um desvio na atuação de uma pessoa que, percebendo-se neste lugar, pode começar a assumir fielmente o seu papel.

Pardo e Álvarez (2008) compartilham desta perspectiva, afirmando que a atuação do clínico “quando se faz com todos os recursos de convencimento do modelo biomédico, pode facilmente incorrer em um processo auto-envolvente” (p. 81). Os autores descrevem, inclusive, as etapas do processo de imersão na nova identidade de equizofrênico, uma vez recebido o diagnóstico, mostrando que internações e o próprio diagnóstico são eventos que impulsionam a transição de uma etapa para outra, até que se chega à plena autoconcepção de equizofrênico.

Foi feita nos Estados Unidos uma experiência de internação de pessoas “normais” em clínicas psiquiátricas. Como descreve Rosenhan (1994), um grupo bastante heterogêneo¹⁶ de oito pseudopacientes entrou em contato com as clínicas agendando entrevistas para internação – cada um em uma clínica diferente. Todos eles deveriam, na entrevista, portar-se naturalmente, informar sobre si tal como se percebem habitualmente e sobre os fatos de sua vida tal como ocorreram, acrescentando *apenas* a queixa de que estariam ouvindo vozes com um conteúdo específico. Após a internação, todos deveriam dizer que não apresentavam mais sintomas de “anormalidade”. Mesmo assim, nenhum dos pseudopacientes foi “desmascarado” e em nenhum dos prontuários houve sinais de que se observaram vestígios de sanidade mental dos pacientes. Todos receberam o diagnóstico de esquizofrenia e um deles de psicose maníaco-depressiva.

Uma vez recebido o diagnóstico, todos passaram a ser vistos a partir dele. As internações duraram até 52 dias e, dada a alta, nenhum pseudopaciente saiu de lá com diagnóstico de sanidade, mas foi mantido o diagnóstico de esquizofrenia, mesmo que em alguns casos com o qualitativo “em regressão”, que, mesmo assim, não põe em questão o status de doente. Essa medida está dentro da lógica da medicina, de preferir supor enfermidade nas pessoas saudáveis do que considerar saudável alguém doente, ou seja, errar pelo lado da prudência é menos arriscado. Ocorre que essa lógica não tem a mesma validade para psiquiatria, porque as conseqüências humanas de um diagnóstico de doença mental são, muitas vezes, irreparáveis (ROSENHAN, 1994).

Se a sanidade mental dos pseudopacientes não foi detectada, isso coloca em sérios apuros os defensores do diagnóstico psiquiátrico tradicional. Rosenhan (1994) traz que reflexões teóricas, antropológicas, filosóficas, jurídicas e terapêuticas sustentam que “a decodificação das doenças mentais segundo parâmetros psicológicos é, no melhor dos casos, inútil e, no pior, realmente prejudicial, induz ao erro e é contraproducente” (p. 118). E afirma categoricamente: “os diagnósticos psiquiátricos só existem na mente do observador e não são uma síntese válida de características que o observado manifesta” (p. 118). Esquizofrenia é um diagnóstico sustentado por uma teoria, que responde bem a interesses e práticas bastante específicas, como veremos mais adiante.

¹⁶ Heterogêneo em termos de gênero e profissão. Em termos de idade, um era estudante com pouco mais de 20 anos e os demais eram adultos, profissionais. Os profissionais da área de saúde declararam outras profissões para evitar viés de comportamento da equipe em relação a eles.

Szasz (1977) apresentou uma série de argumentos para derrubar o mito da doença mental. Entre eles, colocou que a doença, seja física ou mental, implica desvio de norma – culturalmente estabelecida. Ocorre que, no caso da “doença mental”, a norma desviada é de natureza diferente daquela dos recursos com os quais ela é tratada. O desvio que comete o louco é sempre de natureza psicossocial, ética ou legal. Mas a sua loucura é considerada um problema médico e com recursos médicos é tratada. A medicina está aí para cuidar de problemas de natureza médica. Opta-se por consertar a falha lógica dessa sentença associando à loucura o status de doença, em vez de fazer o movimento inverso, que seria bem interessante, dada a envergadura do custo humano de ter o sofrimento como questão prioritária – se não exclusiva – da psiquiatria.

Até hoje não foi encontrado nenhum modelo cientificamente sustentável que explique como e por que as pessoas desenvolvem os chamados transtornos mentais. Pardo e Álvarez (2008) afirmam que desequilíbrios bioquímicos parecem mais ser a consequência que a causa dos problemas, assim como a taquicardia que se sente ao ver uma pessoa por que se está apaixonado não parece ser a causa da paixão, nem tampouco se tem uma dor de cabeça por um desequilíbrio de ácido acetilsalicílico no cérebro.

A demanda do sujeito de ser reconhecido como doente

Segundo Pardo e Álvarez (2008), não se pode dizer que os clínicos impõem aos pacientes os critérios de doença, mas que as próprias pessoas e seus familiares acolhem de bom grado as explicações biologizantes. Bauman (2009) considera intrigante a reação entusiasmada das pessoas a essas explicações da ciência. Como, por exemplo, noticiar que o que consideramos amor ou paixão se resume, na verdade, à emissão de oxitocina no cérebro, substância que tem produção limitada a dois anos, apenas o suficiente para que o casal se una, tenha um bebê e dê a ele mínimas condições de se conduzir no mundo. Não cabe aqui discutir se um bebê de dois anos tem ou não condições de se manter no mundo, ainda que isso pareça bastante estranho. O que interessa ao autor, e a nós, é a aceitação imediata que uma tese dessas encontra entre as pessoas, agora confortáveis por encontrar uma explicação química para relacionamentos fracassados após o término do encanto inicial.

Para Bauman (2009), as pessoas dão mais atenção e acolhem mais facilmente ideias que combinem com o que desejam ouvir. E a biologização dos problemas existenciais vem dar algum alívio a “tormentos espirituais por que passam muitas pessoas hoje, tentando, em

vão, reprimi-los ou afastá-los” (p. 138). Essa busca de alívio é “em vão porque o sofrimento é autêntico e não é possível livrar-se dele sem um esforço que a maioria das pessoas se julga incapaz de empreender ou reluta em fazê-lo” (p. 138). O principal tormento espiritual a que o autor está aqui se referindo é fruto do ciclo interminável de consumir e de descartar, entre tudo, seres humanos.

As explicações biologizantes possibilitam que perguntas maiores não sejam feitas e a configuração social dominante não seja afetada. Isto é, elas têm uma dimensão ideológica constitutiva. A ideia implícita no exemplo dos rompimentos conjugais e da liberação temporária de oxitocina mencionado acima é equivalente à que está presente na visão da loucura como doença. A fala de Szasz (1977) é plenamente válida nos tempos de hoje: “o conceito de doença mental serve para obscurecer o fato cotidiano de que a vida, para a maioria das pessoas, é uma luta contínua, não pela sobrevivência biológica, mas por ‘um lugar ao sol’, ‘paz de espírito’, ou algum outro significado ou valor” (p. 28). O autor afirma que naturalizar em uma pessoa o problema das relações interpessoais com a face de doença mental nos leva ao corolário lógico de que a interação social seria harmoniosa não fosse as influências de tal doença. E anuncia:

Creio na possibilidade da felicidade humana, ou no bem-estar – não somente para uns poucos mas numa escala anteriormente inimaginável. Contudo, isso pode ser atingido somente se muitos homens, não só uns poucos, estiverem desejosos e forem capazes de confrontar francamente e atacar com coragem seus conflitos éticos, pessoais e sociais. Isso significa ter coragem e integridade de renunciar a batalhas empreendidas em frentes falsas, à procura de soluções para problemas substantivos – por exemplo, lutar na batalha contra acidez estomacal e fadiga crônica, em vez de enfrentar um conflito conjugal (p. 29).

A fácil adesão à ideia da loucura enquanto doença e o seu interesse por essas classificações patológicas está relacionada à função que elas têm de reinserção do sujeito no campo simbólico do grupo cultural (LE BRETON, 2006). Como vimos, o corpo não é um mero receptáculo de processos exclusivamente biológicos, mas é um reflexo da sociedade que articula significados sociais (FERREIRA, 2001), em que se inclui todo o repertório ritual compartilhado pelo grupo. Na vivência da desrazão, com seus comportamentos não habituais, o corpo comparece de forma nua e crua, de forma inclassificável na teia simbólica. Nessas situações, entram rapidamente os “especialistas do sentido oculto das coisas (médicos, curandeiros, psicólogos, pajés, tiradores da sorte etc)” (LE BRETON, 2006, p. 32) para explicar, nomear, classificar dentro de um sistema de significados e então reinserir o homem e

a doença na comunidade cultural. Se as primeiras explicações não funcionam, novas explicações são tentadas e/ou novos especialistas invocados.

Não é difícil perceber o quanto a existência de uma multiplicidade de explicações e tratamentos possíveis nos é familiar, na nossa prática clínica. Como sustentam Pardo e Álvarez (2008), a pluralidade de sistemas de psicoterapia denuncia muito mais o caráter aberto e construtivo-prático dos problemas da vida, de que derivam classificações diagnósticas, do que a suposta imaturidade das ciências psicológica e psiquiátrica. Mas, para nossa atuação confortável, usamos e abusamos de classificações como explicações como objetivas e naturais, enquanto elas são, na verdade, construções teóricas. É o modelo médico de psicoterapia, que concebe um “transtorno mental” como um quadro de sintomas que indica um suposto mecanismo psíquico interno disfuncional. Essa abordagem é tão naturalizadora do sofrimento quanto supor uma condição biológica específica causadora de sintomas. Em contraste, um modelo contextual compreende o problema – não necessariamente encarado como transtorno – dentro da biografia e das circunstâncias da vida da pessoa (PARDO; ÁLVAREZ, 2008). Ao contrário do primeiro modelo, não se lança aqui da cartola uma técnica específica a ser aplicada diante de um conjunto de sintomas disfuncionais.

Retomando, portanto, a reivindicação pelo status de doente é uma reivindicação por um lugar, dentro do campo de possibilidades de sentido que, no momento contemporâneo, circunscrevem a existência. E na confluência de fatores que marca esse momento inserem-se interesses econômicos que sustentam práticas individuais e profissionais de medicalizar e medicar formas de subjetivação que se apresentem incompatíveis com a lógica hegemônica. Nas palavras de Foucault (2004):

O controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo. Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade biopolítica. A medicina é uma estratégia biopolítica (p. 80).

O termo biopolítica está relacionado a uma tecnologia de poder massificante, direcionado ao homem-espécie, surgida em fins do século XVIII, em contraste com a técnica disciplinante anterior, focada no controle e vigilância homem-individual. Assim, o anátomo-poder dá lugar ao biopoder.

A disciplina tenta reger a multiplicidade dos homens na medida em que essa multiplicidade pode e deve redundar em corpos individuais que devem ser vigiados, treinados, utilizados, eventualmente punidos. E, depois, a nova tecnologia que se instala se dirige à multiplicidade dos homens, não na medida em que eles se resumem em corpos, mas na medida em que ela forma, ao contrário, uma massa

global, afetada por processos de conjunto que são próprios da vida, que são processos como o nascimento, a morte, a produção, a *doença* etc. (FOUCAULT, 2000, p. 289, grifo nosso).

A quem serve a invenção de transtornos mentais?

Alinhados com o que tem sido trazido neste trabalho, Pardo e Álvarez (2008) afirmam que a prática clínica é parte de uma rede mais ampla de práticas e circunstâncias, que inclui, entre outros aspectos, a investigação científica, a indústria farmacêutica, a política sanitária e a percepção e sensibilidade das pessoas que buscam os serviços, indissociáveis dos aspectos culturais. A partir disso, os autores sustentam que o tratamento psicofarmacológico e psicológico promovem os transtornos que dizem tratar. Não se trata de negar a ocorrência de sofrimento e dos problemas existenciais, mas problematizar o estatuto de realidade dos transtornos mentais e de sua razão de ser. Defendem que, ao contrário de serem formações naturais de base biológica a ser desvelada pela ciência, são “‘construções práticas’ cuja forma seria a que os clínicos necessitam dar aos problemas apresentados pelos pacientes para poder tratá-los da maneira como o fazem” (p. 16, tradução nossa).

Os autores apresentam dados que mostram um aumento considerável do número de categorias diagnósticas no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM (mais de 200% em menos de 50 anos, sendo que o maior crescimento se deu a partir da década de 80). Junto com isso, cresce enormemente a incidência de transtornos mentais (por exemplo, a depressão tomou proporções epidêmicas) e de consumo de psicofármacos. E mostram que a combinação desses fenômenos não é mera coincidência. Na verdade, “o gasto com psicofármacos é o contexto que sustenta e mantém a flutuante coevolução entre transtornos e tratamentos” (PARDO; ÁLVAREZ, 2008, p. 15, tradução nossa).

O DSM surge com classificações baseadas na teoria psicanalítica. Enfatizava os mecanismos psicodinâmicos subjacentes, dava descrições breves dos transtornos e não se alinhava com a ideia de doença. A partir da década de 80, o DSM se declara ateuico, afirmando um caráter objetivo, e passa a articular sintomas sob a forma de síndromes. O número de categorias diagnósticas aumentou de 107 no DSM I para 297 no DSM IV, o mais recente. Se os números dão a impressão que a ciência avança, na verdade, essa impressão, segundo Pardo e Álvarez (2008), vem apenas mascarar o uso da ideologia da ciência para justificar práticas sociais em curso e atender a interesses bastante claros. Um deles seria o interesse dos próprios pacientes e familiares, na linha do que já foi abordado neste capítulo. Os demais são mencionados a seguir.

Primeiro, a psiquiatria reivindica a legitimação de seu status de especialidade médica (PARDO; ÁLVAREZ, 2008)¹⁷. Alinha-se, portanto, à racionalidade então dominante da clínica médica, tipicamente funcional, que surge a partir das décadas de 70 e 80. Neste período, a medicina passa a priorizar a regulação do mal-estar em detrimento da cura. Não se foca mais a etiologia e um diagnóstico conciso, mas a regulação da disfunção corpórea. Com isso, entra o novo recorte: “o medicamento – como instrumento supostamente ‘eficaz’ sobre um conjunto articulado de sintomas – que passa a ser referência maior para a *nomeação* e a *construção* da síndrome” (BIRMAN, 1999, p. 184). Birman (1999) afirma que “nesses termos é que se realiza a medicalização do social na atualidade” (p. 185). A psicopatologia incorpora, portanto, essa racionalidade e os psicofármacos passam a ser a grande referência para construção das classificações do DSM. O foco deste modelo sintomatológico é meramente a regulação dos sintomas (TENÓRIO, 2000), mas o abuso da prescrição de medicamentos é tanto que não resta dúvida que essa regulação se estende para o sujeito e para a desrazão de forma muito mais ampla.

Segundo, por questões práticas de cobertura de gastos com tratamento psicoterápico por terceiros pagadores (planos de saúde e sistemas públicos), há a necessidade de critérios objetivos para, por exemplo, definir diagnóstico, a indicação do número de sessões, o prognóstico e a avaliação do efeito do tratamento (PARDO; ÁLVAREZ, 2008).

Terceiro, e não menos importante, é a promoção dos psicofármacos. Para que um medicamento se estabeleça, ele precisa provar sua eficácia em condições específicas, que foram fixadas pelo DSM na sua terceira edição de 1980. Para que ele passe a ser adotado e entre nas gôndolas das farmácias e na rede de saúde, precisa-se comprovar que tem melhor atuação que os já existentes para uma condição determinada ou mostrar uma nova condição. Isso invoca à questão de quem precisa mais de quem, as pessoas dos remédios ou os remédios das pessoas?

Não é, enfim, mera coincidência o fato de que, a partir do período de definição deste critério, tenha se acelerado o crescimento do número de transtornos. Pardo e Álvarez (2008) lembram que, também neste período das décadas de 70 e 80, o movimento de desintitucionalização psiquiátrica começa a ganhar força. Essa conjuntura foi devidamente aproveitada para se fazer crer que derrubar as fronteiras físicas entre “nós” e “eles” seria

¹⁷ No campo da saúde, a reivindicação de um status de ciência não é prerrogativa só da psiquiatria. A psicologia também se alia às classificações e aos procedimentos psiquiátricos, que são, inclusive, parte indispensável do currículo na formação profissional.

possível graças, sobretudo, aos tranqüilizantes, etiquetados de “neurolépticos”. É por isso que esses autores afirmam que “a história da psiquiatria passa, hoje em dia, pela história da indústria farmacêutica” (p. 31), que “é atualmente o maior sistema de invenção de transtornos mentais e de seu tratamento” (p. 18).

Não se quer dizer que os psicofármacos são causa dos problemas da vida das pessoas, mas que esses problemas tomam forma de transtorno mental, de suposta base biológica, remediável precisamente pelos psicofármacos, em função de um contexto específico. Disse um ex-diretor da Squibb que “a indústria farmacêutica é a única em que é possível fazer com que a exploração pareça um nobre propósito” (citado por Lefevre, 1991, p 12, tradução nossa).

O custo humano de uma prática clínica que rotula mais do que escuta

No caso da loucura, o rótulo de doente tem conseqüências desastrosas. Franco Basaglia (1991), precursor do paradigma italiano da reforma psiquiátrica, diz que o rótulo da doença tira do sujeito qualquer possibilidade de apelo e o mantém na passividade e na sujeição. Ocorre um esvaziamento da identidade social da pessoa, que deixa de fazer parte das trocas sociais e é reduzida ao seu suporte corporal (BIRMAN, 1980), que, a propósito, não tem valor algum, por não apresentar os pré-requisitos necessários para desfilar na cena social. “A *designação* do indivíduo como louco é um processo violento de retirada de todos os privilégios que consubstanciam a própria razão de ser da função sujeito, isto é, um agente de trocas sociais” (BIRMAN, 1980, p. 17, grifo no original). Como já dizia Basaglia (1991), o problema não está no sofrimento, mas na relação que se estabelece com a pessoa que sofre.

Pardo e Álvarez (2008) trazem dados que mostram que o prognóstico de pessoas etiquetadas como esquizofrênicas é, em países desenvolvidos, significativamente *menos* favorável que nos países em desenvolvimento, em que o acesso a melhores condições de tratamento e aos antipsicóticos é, em princípio, mais restrito. Isso convoca a uma reflexão.

Priorizar o tratamento medicamentoso faz parte, como já vimos, de uma prática de encarar o sofrimento como doença e de colocar em segundo plano outras abordagens do problema e outras possibilidades de cuidado. Em culturas tradicionais, mais predominantes em países em desenvolvimento, outro olhar pode ser dado para manifestações de desrazão, tanto encarando-a como algo transitório, quanto associando aos desvarios uma explicação externa e não naturalizadora do problema no sujeito, liberando-o, a ele e à sua família, de um

estigma. Sua identidade pessoal não está necessariamente em jogo. Até porque, em culturas não individualistas, a noção de pertencimento a uma comunidade não se perdeu e o sujeito não se separa do seu papel social em função de um estigma de doença. Aquele “sintoma” pode vir a encontrar algum sentido diferente naquele contexto (PARDO; ÁLVAREZ, 2008).

Já no caso das sociedades individualistas ocidentais, uma primeira manifestação de sintomas enquadráveis no diagnóstico de esquizofrenia já se desdobra em um rótulo de doença, com prescrição imediata de medicação. Alucinações e delírios, por exemplo, alarmam as pessoas, inclusive o médico. E a atuação do medicamento é muito tranqüilizadora. Mas a etiqueta de doente e a receita de medicamento que a pessoa recebe faz com que se interrompa a carreira de uma vida e que inicie a carreira de uma doença. A medicação converte em doença algo que podia ser um episódio existencial, gerando todo custo humano do estigma e da institucionalização – mesmo que esta não se dê na forma de confinamento (PARDO; ÁLVAREZ, 2008).

Por isso é que a lógica da medicina de considerar a pessoa doente até que prove o contrário não pode ser aplicada à psiquiatria, mas deve ser invertida (ROSENHAN, 1994). Além da exclusão pelo estigma, há os efeitos colaterais dos medicamentos antipsicóticos, que são graves, fisicamente visíveis e presentes mesmo nos mais modernos medicamentos (PARDO; ÁLVAREZ, 2008). Muitos efeitos colaterais precisam ser evitados com outras medicações, que precisam ser tomadas paralelamente, tendo elas também seus efeitos colaterais. A tendência é de uma drástica redução na qualidade de vida da pessoa, incluindo a sua saúde física que é afetada pela ação dos medicamentos.

No CAPS não são pouco comuns as falas de pessoas que reclamam que desde que começaram a tomar medicamentos não conseguem mais trabalhar, dormem muito ou muito pouco, ficam na cama o dia todo, sentem tremedeiras e outros sinais dos efeitos secundários dos psicofármacos. Queixam-se de que o tratamento se limita às trocas de receita para ajuste da medicação, enquanto esperavam, naturalmente, que pudessem, no mínimo, viver melhor.

No afã de diagnosticar e receitar (ou pelo menos encaminhar para quem o possa fazê-lo), a prática clínica se perde de sua finalidade maior. Como diz Martín-Baró (1997), o horizonte primordial da psicologia deve ser a conscientização, de forma que a atuação do psicólogo “busque a desalienação das pessoas e grupos, que as ajude a chegar a um saber crítico sobre si próprias e sobre sua realidade” (p. 17).

Para ilustrar, trago, ainda que sem detalhes que permitam qualquer identificação do usuário, uma situação que me marcou bastante no CAPS. Trata-se de uma pessoa que apresentava alucinações sempre em casa, em um espaço privado, mas isso, para ele, não era fonte de sofrimento. Ele não se incomodava. No entanto, seu estilo de vida mais caseiro e mais envolvido com projetos intelectuais que com exigências práticas do mundo contemporâneo, preocupava sua mãe. Ela possivelmente esperava outro destino para seu filho e talvez questões práticas da sua forma de ser a incomodavam. Depois de alguns anos de angústia, a mãe aproveita um episódio específico, de natureza patológica bastante duvidosa, para interná-lo à força e, posteriormente, fazê-lo se engajar em um tratamento no CAPS, sob ameaça de interná-lo novamente.

O problema maior ali é relacional, associado à incompatibilidade de interesses e expectativas dentro de uma família. Os “sintomas” dessa pessoa, a partir do seu próprio ponto de vista, não comprometiam seu bem-estar, mas talvez estivessem ligados a um estilo de vida que não encontrava espaço no seu meio e gerava incômodos. Ele consegue, inclusive, identificar as circunstâncias nas quais as manifestações aparecem, de modo que é possível evitá-las caso a organização cotidiana mude. Aí ele recebe um tratamento que, este sim, compromete seu bem-estar e, pior, não resolve a questão central. A queixa não veio do sujeito. O trabalho da equipe deveria focar as questões da relação de forma prioritária (e não apenas em segundo plano). Mas, quase como um bode espiatório, o sujeito foi tratado com mecanismos altamente invasivos de seu corpo e de sua rotina.

Tenho, claro, sérias dúvidas se o uso de medicação era necessário neste caso. Depois de um ano tomando remédios contra sua vontade, os efeitos colaterais diminuíram significativamente a qualidade de vida dessa pessoa, mesmo porque ela dorme hoje mais de 16 horas por dia. E, o que é pior, a relação com sua mãe é marcada por mágoa e crescente afastamento. Deixando de, acima de tudo, escutar o paciente, mas priorizando a escuta de sintomas, os profissionais não perceberam qual era a queixa real, que, como se vê, somente se agravou com o tratamento. Essa pessoa diz que não se considerava uma pessoa sofredora e, hoje, o sofrimento dele advém do próprio tratamento: ter que tomar remédios e sofrer com seus efeitos, ter que freqüentar o serviço de saúde mental, passar pelos constrangimentos de internação e todo o estigma que esse lugar de doente traz na vida dele.

Diante dessa conjuntura, quais as possibilidades que se desenharam para pessoas que vivem a experiência da loucura, da realidade não partilhada, do desvario? Quero acreditar que há outras formas possíveis, mesmo no mundo atual, que não seja o confinamento químico e a

exclusão. A reforma psiquiátrica é o pilar das transformações sociais, e não somente institucionais, da situação das pessoas que se tornam, hoje, questão de saúde mental. Refletir sobre a direção que esse movimento tem tomado e trazer experiências bem-sucedidas de inserção não só do louco, mas da desrazão, em práticas culturais, sem priorizar remédios, pode dar um sinal de possibilidades de ajustar as velas, já que nem sempre podemos mudar o rumo do vento. O próximo capítulo será dedicado a responder estes questionamentos.

CAPÍTULO 4

Reflexões para a clínica em saúde mental

Trata-se de colocar o saber psicológico a serviço da construção de uma sociedade em que [...] a realização de alguns não requeira a negação dos outros, em que o interesse de poucos não exija a desumanização de todos.

Ignácio Martín-Baró¹⁸

A partir do que foi dito nos capítulos anteriores, fica clara a posição de refugio do louco na sociedade globalizada contemporânea e o recurso prioritário, e ainda muitas vezes exclusivo, da medicação na atenção à experiência da loucura. Pode ficar a sensação de que a inclusão do louco é uma utopia inalcançável nessa conjuntura. Que a prática de medicar para normalizar e apagar a estranheza é sustentada por lógicas e interesses tão consolidados que outras formas de atenção dificilmente conseguirão espaço.

Por isso, escolhi encerrar este trabalho com um capítulo que reflita sobre questões práticas. Entendo que, em primeiro lugar, devo chamar à cena da discussão a reforma psiquiátrica e o movimento antimanicomial. Apresentar suas metas, princípios, desafios e, claro, experiências bem-sucedidas.

Em seguida, problematizo a natureza dos fenômenos psicóticos, tratados sempre como sintomas uma vez no domínio dos espaços e profissionais psi. Como dizem Jackson e Fulford (1997/2003), estes fenômenos podem ocorrer também em experiências saudáveis ou adaptativas, incluindo a espiritual. Nestes casos, questionamos se um tratamento nos moldes psi seria sempre adequado, seja com medicamentos ou psicoterapia. Por isso, é relevante se pensar como distinguir o que está em cada âmbito de atenção.

¹⁸ Martín-Baró (1997, p. 23).

Os princípios do movimento antimanicomial e da reforma psiquiátrica

O movimento antimanicomial surge com princípios muito além da abertura dos manicômios. Trata-se, segundo Lobosque (1997), de “um movimento em prol da construção da cidadania, cujos militantes – técnicos ou usuários, loucos ou não – buscam fazer circular no tecido social as indagações e os impasses suscitados pelo convívio com a loucura” (p. 21). Portanto, a intervenção é em um campo muito mais amplo que a aplicação de uma técnica ou teoria psi, “posto que a pertinência exclusiva dos assuntos da loucura ao mundo psi constitui justamente um dos modos principais de sua exclusão da cultura” (p. 21).

Lobosque (1997) propõe três princípios orientadores de uma clínica antimanicomial. Primeiro, o princípio da singularidade, termo este que não se confunde com privado nem individual. Busca-se um coletivo de grande expressividade, que abarque as singularidades, articuladas entre si. Numa clínica alinhada com o movimento, essa singularidade é interpelada e o sujeito é convidado a “sustentá-la com um estilo que é o seu” (p. 22). Portanto, a ideia é sustentar a diferença sem que o sujeito seja excluído da sociedade. O segundo princípio trata da denúncia dos limites que a cultura impõe ao que há de desordenado ou excessivo na loucura, segundo seus próprios critérios. É fundamental pensar, propor e sustentar formas de contrato social em que a loucura possa estar presente. A meta desta atuação clínica é redefinir limites, para que a loucura caiba no espaço cultural.

Para que ambos sejam possíveis, o terceiro princípio é o da articulação, que amplia o sentido tradicional de clínica, trazendo-a para fora dos consultórios, mas atuando no âmbito da política, do direito, das legislações, da cultura, do trabalho (LOBOSQUE, 2003, 1997). É uma clínica focada na interlocução interdisciplinar, não somente em nível teórico, mas sobretudo prático.

Em decorrência do movimento antimanicomial, surge a reforma psiquiátrica, oficializada no Brasil pela Lei 10.216/2001, como uma busca de promover um outro agenciamento social da loucura, prevendo toda uma rede de atenção psicossocial multi-institucional como alternativa à solução asilar. O Ministério da Saúde (BRASIL, 2004) afirma que essa rede é ampla e territorial, não somente no sentido geográfico mas também das pessoas, instituições e cenários que constituem o território.

Para constituir essa rede, todos os recursos afetivos (relações pessoais, familiares, amigos etc.), sanitários (serviços de saúde), sociais (moradia, trabalho, escola, esporte etc.), econômicos (dinheiro, previdência etc.), culturais, religiosos e de lazer estão convocados para potencializar as equipes de saúde nos esforços de cuidado e reabilitação psicossocial (BRASIL, 2004, p. 11).

Os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS são o carro chefe da reforma, porque são a referência e os articuladores da rede. Segundo o Ministério da Saúde,

os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) deverão assumir seu papel estratégico na articulação e no tecimento dessas redes [sociais], tanto cumprindo suas funções na assistência direta e na regulação da rede de serviços de saúde, trabalhando em conjunto com as equipes de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde, quanto na promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários, articulando os recursos existentes em outras redes: sócio-sanitárias, jurídicas, cooperativas de trabalho, escolas, empresas etc (BRASIL, 2004, p. 12).

Portanto, o pilar central que sustenta o processo é “a proposta de projetos terapêuticos ancorados na ideia de reinserção social, na busca da afirmação da autonomia e cidadania do louco” (ALVERGA; DIMENSTEIN, 2006, p. 300).

Manicômios sem grades: os desafios da desinstitucionalização

O avanço da reforma psiquiátrica tem encontrado uma série de impasses na gestão e implantação da rede, relacionados, por exemplo, com a forma de alocação de recursos, formação profissional, qualificação do cuidado, pouca abrangência, acessibilidade e diversificação das ações. O Distrito Federal, em particular, é a pior unidade da federação em cobertura de CAPS (BRASIL, 2011)¹⁹.

A lentidão da implementação da rede e a falta de vontade política são, de fato, problemas, mas alguns autores (ALVERGA; DIMENSTEIN, 2006; MACHADO; LAVRADOR, 2001; BIRMAN, 1992; PELBART, 1990) nos apontam que o maior desafio reside em questões mais de fundo.

Uma questão se impõe diante da necessidade de estabelecimento de um novo lugar social para a loucura, que fala da questão da cidadania. Quando se fala do resgate da cidadania do louco, isso significaria restabelecer uma condição de positividade de direitos sociais legítimos que teria sido negativizada, de modo que os direitos não estariam sendo reconhecidos. O que Birman (1992) aponta é que esta é “uma positividade que nunca existiu de fato e de direito, sendo essa atribuição de positividade uma ilusão constitutiva da

¹⁹ Conforme publicado no jornal da ONG Inverso, de Brasília (INVERSO, 2011), pelo levantamento do movimento antimanicomial do DF, são necessários, entre várias outras demandas, pelo menos 48 CAPSs, 15 residências terapêuticas, implantação de serviços de pronto-atendimento e internação em hospitais gerais e criação de centros de convivência e de projetos de geração de renda. Estas necessidades constaram de uma carta compromisso assinada pelo governador Agnelo, quando então candidato ao governo do Distrito Federal.

psiquiatria como saber no nosso imaginário social” (p. 73). Portanto, a negatividade da condição de cidadania do louco “não se inscreve no corpo dos doentes por razões políticas e assistenciais de ordem meramente conjuntural, mas por razões de ordem estrutural, instituídas na constituição histórica da figura da enfermidade mental” (p. 73).

Se são os serviços abertos os espaços por excelência a partir dos quais a desinstitucionalização deve se dar, e ela pressupõe, antes de tudo, que não se veja a condição da clientela como enfermidade, ao menos ali o discurso deveria ser outro. Mas isso ainda não parece acontecer. Durante o meu estágio em um CAPS, por exemplo, ouvi o termo doença e processo de adoecimento presente na fala cotidiana de toda equipe, sem exceção. Suas possibilidades de subjetivação estão trancafiadas neste rótulo, preso a eles com a cola da incapacidade e da dúvida sobre seu status de sujeitos de direito.

Alverga e Dimenstein (2006) mostram a necessidade de se rever a direção que a reforma tem tomado, colocando que há uma insuficiência no seu pilar central, que é de reinserção social e a afirmação da cidadania e autonomia do louco. Alinhados com a perspectiva de Pelbart (1990) e Machado e Lavrador (2001), os autores problematizam as possibilidades e riscos dessa inserção social, considerando a hegemonia social da racionalidade e a presença dos “desejos de manicômio” em todo tecido social.

Pensar em reinserção deste personagem social significa imaginá-lo convivendo entre nós, inserido em espaços que hoje ele não ocupa porque a estranheza que ele causa é insuportável demais à cultura. Pensando nesta situação em um futuro distante, Pelbart (1990) problematiza:

Trata-se de saber se faremos com os loucos aquilo que já se fez com homossexuais, índios, crianças ou outras minorias – ou seja, definir-lhes uma identidade, atribuir-lhes um lugar, direitos, reconhecimento, até mesmo privilégios – mas ao mesmo tempo torná-los inofensivos, esvaziando seu potencial de desterritorialização. Por potencial de desterritorialização entendo aqui esse poder secreto e admirável de embaralhar os códigos, subverter as regras do jogo e transpor ou deslocar os limites, sempre de um outro modo, seja através de um devir-bicha, de um devir-negro, de um devir-nômade ou de um devir-louco, e ora assumindo um rosto estranho, ora ameaçador, sacrílego, herege, criminoso ou delirante (p. 132).

O que está em pauta é, portanto, “delinear um outro *lugar social* para a loucura na nossa tradição cultural” (BIRMAN, 1992, p. 72). Olhemos, porém, para nossa herança histórica: no mesmo século XVII em que os loucos foram enclausurados, Descartes decretou serem a loucura e o pensamento absolutamente incompatíveis (PELBART, 1990). O modelo de racionalidade dominante no mundo globalizado silencia experiências e perspectivas que

não se reduzem a ele (BIZERRIL, 2009) . Não são só os loucos os excluídos, mas, como nos lembra Lobosque (2003), este modelo “domina-nos a todos, fazendo da liberdade, da solidariedade, da independência palavras vazias e sentido no presente do homem, e marcadas para desaparecer inteiramente de seu futuro” (p. 17).

Pelbart (1990) afirma que romper com essa racionalidade carcerária e tão importante quanto libertar as sociedades dos manicômios. O risco de fazermos um processo sem o outro é o da homogeneização do social, o apagamento das diferenças, a domesticação do louco, tudo sob o álibi de humanização do cuidado.

Carregar a bandeira da desrazão é, atualmente, encargo simbólico dos loucos, ainda que nem sempre tenha sido assim. Se derrubamos os muros físicos mas mantemos o manicômio mental, que mantém confinada a desrazão (PELBART, 1990), reinsserir socialmente ganha a face de uma violência silenciosa e, pior, legitimada.²⁰ Se a ideia de uma sociedade sem manicômios não for radicalizada em seus termos (PELBART, 1990), se não refletirmos permanentemente acerca das possibilidades reais de encarnarmos os desejos não manicomiais e de direitos humanos, corremos o grave risco de sermos somente politicamente corretos em abraçar essas lutas e estarmos, na verdade, lubrificando as engrenagens que mantém vivo o manicômio (MACHADO; LAVRADOR, 2001).

Isso não significa uma apologia à loucura (MACHADO; LAVRADOR, 2001), nem que devemos optar pela irracionalidade, que não passa de uma forma disfarçada da razão, mas é uma convocação para praticarmos um trânsito com tudo aquilo que os loucos nos sugerem (PELBART, 1990), que é, por exemplo, questionar se a racionalidade é necessariamente a melhor e a única resposta possível para a riqueza de possibilidades da experiência humana. É fundamental, portanto, reconhecer e analisar a presença dos “desejos²¹ de manicômio”, que, segundo Machado e Lavrador (2001):

se expressam através de um desejo em nós de dominar, de subjugar, de classificar, de hierarquizar, de oprimir e de controlar. Esses manicômios se fazem presentes em toda e qualquer forma de expressão que se sustente numa racionalidade carcerária, explicativa e despótica. Apontam para um endurecimento que aprisiona a

²⁰ Alverga e Dimenstein (2006) falam da ideia deleuziana de passagem da sociedade disciplinar para a sociedade de controle. A primeira atuava por instituições de confinamento: família, escola, hospital, prisão e fábrica. Com a crise dessas instituições, as fronteiras nítidas se dissolvem e, estando borradas, permitem que o controle se generalize, assumindo uma modalidade tentacular e fluida. “A vida se torna uma prisão a céu aberto” (p. 308).

²¹ A expressão “desejo” traz aqui o sentido dado por Deleuze e Guattari, de algo não restrito à realidade psíquica, mas sendo ele a própria criação da realidade (KAMMSETZER et al., 2008; MACHADO; LAVRADOR, 2001).

experiência da loucura ao construir estereótipos para a figura do louco e para se lidar com ele (p. 46).

Esses desejos permeiam todo tecido social e são uma força que faz com que a institucionalização seja reproduzida nos serviços substitutivos, reafirmando diariamente as facetas do manicômio e suas conseqüências para a vida das pessoas que buscam esses serviços. Um usuário do serviço onde estagiei, que tem uma história de internação, de grande sofrimento e toma doses altas de medicação, habitualmente se confunde com os horários das atividades que participa. Em uma das vezes em que chegou pela manhã quando a oficina seria à tarde, foi repreendido por uma funcionária, mandado embora e proibido de retornar à tarde, “para aprender” a hora certa da oficina.

A inadequação, para não dizer violência, da intervenção da funcionária é tão gritante que dispensa maiores comentários. Mas vale a lembrança de Rechtrand e Leal (2000) acerca da necessidade de se ver a repetição de padrões de comportamento para além, muito além, de algo a ser pedagogicamente corrigido. Não é, enfim, disso que se trata quando se fala da desrazão e do sofrimento, seja ele gerado pelos fenômenos psicóticos, seja gerado pela história de exclusão, que, a propósito, se realimenta com a prática da profissional.

Se a funcionária intentava que, com a punição, ele se tornasse autônomo no cumprimento dos horários das oficinas, o conceito de autonomia talvez precise ser problematizado.

Entendemos autonomia como a capacidade de um indivíduo gerar normas, ordens para sua vida, conforme as diversas situações que enfrente. Assim, não se trata de confundir autonomia com autosuficiência nem com independência. Dependentes somos todos; a questão dos usuários é, antes, uma questão quantitativa: dependem excessivamente de apenas poucas relações/coisas. Essa situação de dependência restrita/restritiva é que diminui sua autonomia. Somos mais autônomos quanto mais dependentes de tantas mais coisas pudermos ser, pois isso amplia as nossas possibilidades de estabelecer novas normas, novos ordenamentos para a vida (TYKANORI apud TENÓRIO, 2001, p. 64-65).

Um outro exemplo é a atitude que alguns funcionários adotam durante as assembléias coletivas no CAPS (que são possibilitadas pelo serviço mas não necessariamente propostas e conduzidas pela equipe). Em uma assembléia que presenciei, as pessoas são educadamente solicitadas a permanecerem sentadas até que a reunião se finalize. Alguns usuários eventualmente levantam, perguntam a hora que vai terminar, mas são orientados para permanecerem sentados. E, em um longo e repetido discurso, são pedagogicamente ensinados que eles devem participar e não esperar tudo da equipe que, por sinal, está sobrecarregada

com muitas coisas para fazer. E, continuando, garante que a equipe trará propostas de pauta “enquanto vocês permanecem assim, pouco participativos”. Depois da longa fala em que eles são colocados no irremediável lugar de pacientes e passivos, a funcionária pergunta: “alguém quer falar?” Surpreende-me que alguém ainda tenha tentado. Mas aconteceu. Alguns tentam sugerir algo para uma festa, assunto que estava em pauta. Após um reforço infantilizador, são todos lembrados que não basta falar, precisa também estar lá no dia marcado para fazer, porque, repetindo, a equipe tem muitas outras atividades e não está disposta a arcar com o trabalho extra. A carga de exigência e expectativa é alta demais para pessoas que têm uma história marcada por estarem os outros sempre esperando delas algo diferente do que tem a dar ou a fazer.

Uma atuação assim tão esmagadora das singularidades, e tão destoante do rumo que a reforma se propõe a tomar, mostra que um profissional, ainda que muito bem intencionado, pode ser facilmente capturado pelos desejos de controle, identidade, normatização, subjugação, enfim de manicômio. É fundamental que se mantenha vigilância permanente do pano de fundo das nossas ações e não se deixar seduzir por “determinados ganhos que aparentemente indicam a superação de modelos, mas apenas camuflam uma manutenção aprofundada de elementos fascistas que habitam em nós” (ALVERGA; DIMENSTEIN, , p. 315).

Não é tarefa fácil, mas é imprescindível. E, mais que isso, não é impossível. Porque eu já participei de outras assembléias no mesmo serviço, em que a funcionária em questão não estava presente e que foi facilitada por outra pessoa da equipe. A condução foi muito mais aberta. E livre não somente para as pessoas falarem, mas para que simplesmente ficassem quietas. Chamá-las a participar e assumirem os desdobramentos das suas demandas e sugestões é parte do trabalho de reconstrução do poder contratual de pessoas que trazem uma história de exclusão (TENÓRIO, 2001). Mas deve-se lembrar que tomar uma postura autônoma e participativa, em primeiro lugar, não é perfil de todas as pessoas, sejam “loucas” ou não. E, no caso dos usuários, é algo a ser reconquistado aos poucos.

Mudar práticas culturais não depende de abraçar e estampar slogans de uma nova ideologia em favor da aceitação do desvario entre nós, até porque, como diz Pelbart (1990), “a desrazão não é uma nova ideologia” (p. 136). A resposta sobre como fazer não é fácil e certamente não se apresenta como uma fórmula lógica. Trata-se de uma construção permanente do pensar e das práticas sociais em direção a uma nova forma de se relacionar com a existência e seus fenômenos. Isso envolve, por exemplo, acolher a inventividade e a

imprevisibilidade, superando a mera racionalidade explicativa dos acasos. O cenário apresentado nos capítulos anteriores precisa ser remodelado. É necessário

inventar uma nova relação entre corpo e linguagem, entre a subjetividade e a exterioridade, entre os devires e o social, entre o humano e o inumano, entre a percepção e o invisível, entre o desejo e o pensar. Talvez todas essas palavras amontoadas desse jeito apressado e desarrumado façam pouco sentido, e nós, bons cartesianos que somos, abominamos o não-sentido. É provável, porém, que seja preciso incluir nesse programa insensato que acabo de esboçar sem nenhum rigor, um lugar também para o não-sentido – um lugar que não seja mais o lugar do manicômio (PELBART, 1990, p. 136).

Na saúde mental, um bom começo seria, por exemplo, a desburocratização das relações nos espaços de cuidado e a superação da tendência hierárquica a infantilizar os usuários.

O uso da medicação nos serviços abertos: a persistência do controle e alguns cenários de esperança

Uma das formas de controle é a medicação, como já foi dito no Capítulo 3, em que foi inclusive mencionada a situação de uma pessoa cuja medicação piorou em muito sua qualidade de vida. Certamente ela não é a única. Em assembléia recente neste serviço, conduzida na forma de pequenos grupos, pude estar em um em que eu era a única não-usuária. Uma das pessoas reclamou que, desde que começou a freqüentar o CAPS, a única coisa que mudou na sua vida foi que não consegue mais mover um copo em casa, porque só consegue ficar deitada o dia todo. É a situação que narra Tamazy Ogino (VASCONCELOS ET AL., 2006):

Desde que comecei a tomar os remédios alopáticos, eu vivia como se estivesse vendo um filme de mim mesmo. [...] A imagem que eu tenho de mim daquela época é como se eu estivesse dentro de uma bolha de vidro grande, onde, do lado de fora, tudo tinha ficado. Quando eu olhava para a parede da bolha eu via os monstros querendo entrar e me devorar. A vida, a alegria, o tesão não eram visíveis, mas eu tinha a noção de que estavam lá atrás dos monstros. [...] *Antes dos remédios, eu tinha pavor, pânico, medo e depressão; depois dos remédios eu tinha falta de tudo.* Na minha percepção, eu não tinha como concordar com aquilo, que para não ter medo ou pânico eu não teria mais nada, nem mesmo vida (p. 121-122, grifo nosso).

É marcante o que Tamazy aponta acerca do efeito do remédio sobre os sintomas: “É verdade que os remédios haviam tirado o medo, o pânico, o terror – tirado não seria bem a palavra. Seria mais como posto sob controle, pois eu percebia o medo, o pânico, o terror na

periferia de mim mesmo, porém sem conseguir me tocar, alcançar” (p. 121). A bolha criada pela medicação é o símbolo da inacessibilidade do sujeito a si próprio, a tudo que o constitui, seja “a vida, a alegria e o tesão”, sejam os monstros, que nem saíam de cena e com quem nem podia mais tentar lidar.

Se parte do trabalho é que o sujeito compareça em sua totalidade para ressignificar as experiências que estão trazendo sofrimento ou, pelo menos, as que o levam a buscar apoio, narrativas desse tipo mostram que isso é muitas vezes impossibilitado pela medicação. Tamazy conta que decidiu ele mesmo retirar sua medicação, depois que se viu tomando seis remédios, cada um para remendar o efeito secundário indesejável dos anteriores. Conseguiu para isso o apoio de uma psiquiatra de um NAPS (serviço equivalente ao CAPS) de Santa Catarina, inserindo a homeopatia e a terapia holística na lida com suas questões existenciais. A adoção de outras terapêuticas permitiu a transformação da história de Tamazy, que passou a comparecer no espaço social: trabalhou com projeto de cultivo de cogumelos e emergiu enquanto articulador político da defesa dos interesses dos usuários dos serviços de saúde mental²². Quanto aos sintomas: “o medo ainda batia na cabeça e me deixava às vezes baratinado por alguns dias. Afinal já não era mais noite escura na selva e os perigos causam medo mesmo, mas já são identificáveis à claridade da luz. E uma vez que podem ser identificados, fica mais fácil trabalhar com eles” (VASCONCELOS ET AL., 2006, p. 126).

Experiências exitosas devem mesmo ser destacadas. Oliveira (2009) traz o caso de Carlos, que chega a um serviço de atenção diária em crise, gritando com a mãe e os irmãos, que queriam interná-lo. Contavam que Carlos teria pego um tesourão de jardim e cortado o tubo condutor da fiação que alimentava a instalação elétrica da casa, gerando prejuízo em aparelhos elétrico e o risco de um incêndio. Carlos afirmava violentamente que faria de novo, porque mãe e irmãos viviam a infernizar sua vida. Diz Oliveira (2009) que se ele estivesse em uma emergência, escreveria “quadro de agitação psicomotora com mania de perseguição” (p.?) no prontuário do paciente e a internação estaria justificada, naturalmente com a imediata prescrição de um bom sossega-leão. O fato é que Carlos induziu os familiares a o levarem aos

²² Tamazy é eleito para diretoria de uma associação constituída no NAPS para trabalho de reinserção social com geração de renda. A dimensão política desta posição é intensamente assumida por ele, de modo que protagoniza negociações com a Secretaria de Saúde pela qualidade dos serviços de saúde mental. É convidado para compor a comissão organizadora do I Fórum Catarinense de Saúde Mental, organiza uma viagem de militantes de Santa Catarina para Rio de Janeiro, para o V Encontro Nacional do Movimento da Luta Antimanicomial, participa da Conferencia Regional de Saúde Mental e ocupa, em nome da Associação, uma vaga de titular no Conselho Municipal de Saúde (VASCONCELOS ET AL., 2006).

serviços diários, onde estava o autor que já tinha contato anterior com Carlos e com quem ele tinha um vínculo de confiança.

Oliveira (2009) descreve a situação familiar de Carlos, marcada por profunda exclusão, a ponto de ele ser impedido de entrar em casa e ser a ele reservado o quarto de empregada com porta que dá para o quintal, e receber sua comida por uma cordinha que chega até o quintal. Por mais que Carlos tentasse negociar mais espaço para ele, suas tentativas eram infrutíferas. No serviço, o profissional pede que a família vá embora e deixe Carlos com ele. Junto com alguém disponível a ouvir, Carlos se acalma e é escutado *sem nenhuma providência química de sedação*. No dia da crise, Carlos estava ouvindo seu rádio (não tinha TV) e o irmão pediu que baixasse o volume porque estava incomodando a família de assistir à TV dentro de casa. Ao contrário, Carlos aumentou mais: “em sua concepção, aquela gente devia ser incomodada, senão ele deixaria de existir” (p. 72). O irmão desliga o disjuntor que fornecia energia para o quarto de empregada e nem o ventilador Carlos podia mais usar, enquanto na casa tinha ar condicionado. Todo esse quadro detona a reação de Carlos, o que é plenamente compreensível. Se o profissional não se interpela no cumprimento de um protocolo de medicalização e medicação e não considera que ali há um sujeito, uma história e uma cultura, a ele e ao sujeito não resta mais nada senão o sossega-leão, a internação, a perpetuação da exclusão e o silenciamento. Se há escuta, a medicação não é imprescindível. E se não o é no que é considerado crise, que dirá das possibilidades fora da crise, como ilustra o caso de Tamasy.²³

Oliveira (2009) diz que a sua intervenção só foi possível porque a família de Carlos não buscou um serviço de emergência. Reichtand e Leal (2000), porém, apontam possibilidades de intervenção em emergência, que não excluam a dimensão da subjetividade e, sobretudo, superem o propósito habitual exclusivo de debelar uma crise e introduzir um esquema medicamentoso. Trata-se de ver a pessoa como participante ativa do processo de cuidado e rever a noção de crise como algo a ser urgentemente debelado, percebendo-a como “um momento privilegiado no qual o sujeito pode, eventualmente, ter acesso a novas formas de organização para si próprio e/ou para o seu cotidiano” (p. 93).

Com base na experiência do serviço de emergência “Porta de Entrada”, onde trabalham, os autores afirmam a importância de se romper com expectativas pré-estabelecidas da equipe e de estar atento à demanda que se apresenta. Para isso, trazem algumas contribuições muito concretas, relacionadas, por exemplo, à estruturação do serviço. Uma

²³ Mais adiante, trago experiências fora do domínio psi e seus desdobramentos.

delas, muito simples, é ter prontuários acessíveis com registros que estejam para além do diagnóstico e da conduta medicamentosa. E ter uma equipe permanentemente sensibilizada para a importância de acessá-los quando lhe chega uma pessoa em busca de suporte. Estar integrado com outros recursos de cuidado existentes, sugerindo outros encaminhamentos e outros espaços possíveis, é imprescindível para que uma outra forma de atender seja possível.

Ver o que o modelo médico chama de crise e de sintomas como uma possibilidade é uma ideia com que outras pessoas compartilham, não somente autores (OLIVEIRA, 2009; RESENDE; CASTELO BRANCO, 2004; TENÓRIO, 2001), mas pessoas que passaram por essa experiência, como Silvana Prado (VASCONCELOS ET AL., 2006). Tenório (2001) critica a lógica biomédica reducionista, justamente por ser focada na debelagem do sintoma e, portanto, no silenciamento do sujeito, cuja verdade se revela justamente nos sintomas. Buscar sintomas como evidências de um diagnóstico de manual é meramente justificar ações em geral medicamentosas e isolantes. Buscar narrativas para, junto com o sujeito, compreender essas manifestações dentro de uma história e um contexto mais amplos transforma os desdobramentos da atuação clínica e, antes disso, a forma de conceber os fenômenos (OLIVEIRA, 2009).

A suposta crise de Carlos era levar a cabo o que parecia mesmo o único recurso diante de uma situação de tamanha desconsideração à sua palavra e à sua existência. Sua atitude falava de uma situação insuportável no seu meio e a necessidade de mudança residia ali, no contexto, e não no corpo de Carlos, com uma correção bioquímica para que ele continuasse suportando a situação calado. É a típica situação que encerra uma atitude que seria plenamente compreensível se a “doença” estivesse entre parênteses.

Silvana Prado (VASCONCELOS ET AL., 2006) fala da sua experiência como uma oportunidade para reavaliação da sua vida e assim se constituiu porque ela se apropriou da experiência como constitutiva do seu processo de existir. Nas suas palavras: “Aprendi a ser feliz por causa do pânico. Nunca seria o que sou sem ele, foi o grande mestre de minha vida. Parei com tudo, tive que analisar tudo que fazia, acreditava e vivia” (p. 137). Ainda que ela fale em doença, não parece que ela tenha encarado como algo que a acometeu, mas um sinal de que algo não estava bem e que recursos de apoio podiam ser buscados. Ela opta em buscar estes recursos sozinha, nos livros e em grupos de ajuda mútua, depois de desistir da medicação (“eu não sabia o que era pior: o que o medicamento causava ou a crise” (p. 133)) e da terapia (“aquelas conversas infinitas que me deixavam mais confusa” (p. 133)). Isso não significa que terapia ou remédio não possam ter seu lugar, mas que não são necessariamente

indicados em todos os casos e, se não fazem sentido para a pessoa, podem ser verdadeiramente prejudiciais.

Rechtand e Leal (2000) destacam que ver o “paciente” como objeto de intervenção em uma emergência não é exclusivo da visão biológica do sujeito. Mas encará-lo como sujeito do inconsciente e prescrever tratamento psicoterápico (às vezes até sugerindo a abordagem) reflete uma mesma atitude de cuidado que o psiquiatra que, diante da pessoa, prescreve ansiolíticos ou internação. Porque em ambas as situações o tratamento faz parte do repertório de conhecimento do profissional e faz sentido para a pessoa somente a partir da perspectiva técnica dele – portanto, não faz sentido para a pessoa, necessariamente. Tamazy (VASCONCELOS ET AL., 2006), por exemplo, teve uma experiência muito positiva com a psiquiatra, que sustentou com ele outras possibilidades, mas conta depois que junto com a psicóloga não se sentia compreendido. Nas suas próprias palavras:

Gastávamos quase o tempo todo de cada consulta em discussões em torno de interpretações de uma ou outra palavra dentro das minhas falas. Em geral terminávamos a sessão num impasse – a profissional afirmando alguma coisa baseada no conhecimento e experiência dela e eu afirmando que aquilo não correspondia à minha realidade atual (p. 123).

Teorias injetadas na veia são tão invasivas e corretivas quanto antipsicóticos. Sorte desse homem cuja palavra sobreviveu a uma intervenção como essa.

Projetos terapêuticos institucionais ou projetos de vida?

Segundo Rechtand e Leal (2000), a forma e a direção da intervenção e cuidado devem ser construídas em conjunto com a pessoa, considerando a demanda do sujeito, superando-se, portanto, o recurso de protocolos de encaminhamentos resolutivos e pré-estabelecidos. Nos CAPSs, quando a pessoa é recebida e tem o primeiro encontro com seu técnico de referência, é elaborado um projeto terapêutico. Define o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004) que

cada usuário de CAPS deve ter um projeto terapêutico individual, isto é, um conjunto de atendimentos que respeite a sua particularidade, que personalize o atendimento de cada pessoa na unidade *e fora dela* e proponha atividades durante a permanência diária no serviço, segundo suas necessidades (p. 16, grifo nosso).

O projeto terapêutico individual é uma busca de oposição à realidade massificante do manicômio. Ocorre que o que se “projeta” para a pessoa a partir de sua chegada no CAPS gira em torno do diagnóstico e é restrito à medicação (cujas doses tenho dúvidas que *respeitem* sempre a particularidade do usuário) e atividades institucionais. Como observam Alverga e Dimenstein (2006), escapa-se da massificação, mas não se questiona a institucionalização.

Como a articulação com outros serviços comunitários não acontece, ou é muito tímida, e um projeto terapêutico não engloba efetivamente um projeto de vida, mas se restringe a atividades no serviço, o CAPS acaba por gerar uma nova modalidade de cronificação (ALVERGA; DIMENSTEIN, 2006). Um dos fatos que evidenciam isso é a forma das pessoas se apresentarem na oficina: “Sou Francisco da Silva, estou aqui no CAPS há 5 anos”; ou “Sou Maria de Jesus, estou aqui há 4 anos e perdi minha filha em 2006” (definida pela instituição e pelo seu sofrimento); ou, ainda, na oficina de artesanato, “Sou Fulana, estou no CAPS há 2 anos e gosto de desenhar” (definida nos contornos institucionais e diz o que gosta entre as opções que se dão dentro da atividade).

Outro problema é que, na realidade, poucas vezes o projeto é construído a partir das demandas da pessoa, mas é sugerido pelo técnico. Tanto é assim que mesmo os usuários mais antigos não sabem o que acontece no CAPS em outros horários que não os previstos para ele no seu cartão. E dificilmente consideram vir fora do seu horário. Diferentemente da ideia de um centro de convivência e referência, é o cartão da instituição que define quando a pessoa vai ao CAPS, e não ela mesma e as idas e vindas de sua vida com as experiências de desvario.

Acontece também de pessoas apresentarem, por iniciativa própria, atestado de comparecimento a consultas médicas que justifiquem a ausência em dia anterior. Ou seja, o seu projeto terapêutico é algo que se tem que cumprir em obediência ao que vem do outro. Não se apropriam dele, como não se apropriam do espaço. Diante da sugestão de que pegue um jogo para jogar sempre que deseje, um usuário responde: “Não, eu não mexo no que é dos outros”. Ainda que essa resposta possa ser motivada por histórias em outros espaços e momentos de vida, pode ter a ver com os limites e possibilidades que a instituição, de forma geral, passa para ele.

A experiência dos Centros de Referência em Saúde Mental – CERSAM, de Belo Horizonte é descrita por Ana Marta Lobosque (2003), que é parte da equipe de um destes centros, que equivalem ao CAPS, mas levam outro nome. A experiência mineira tem outro colorido, sendo muito bem-sucedida, mesmo compartilhando em algum grau do problema de implantação insuficiente da rede. Quando Lobosque (2003) descreve a experiência, fala de

ocupação fluida, flexível e aberta dos espaços. Não há espaços exclusivos de funcionários, ainda que alguns sejam mais resguardados (onde há remédios, por exemplo). Interrupções nas atividades dos funcionários são consideradas parte do trabalho, “que consiste justamente em admiti-las, suportá-las e torná-las suportáveis” (p. 24). Ainda que haja consultórios que possibilitem maior privacidade, todos os lugares e momentos são abertos para que as pessoas se coloquem. É um trabalho que se arquiteta dia a dia, caracterizado pela circulação permanente de usuários e técnicos nos espaços, superando a rigidez de uma programação ou de uma tarefa que impeça o acolhimento do imprevisível e do sem sentido. Pelo menos dentro da instituição, o passo de acolher a desrazão foi dado. E isso traz outros desdobramentos para a atuação da equipe (LOBOSQUE, 2003).

As possibilidades fora do domínio psi

Conforme já argumentado no Capítulo 3, os critérios de doença são historicamente construídos e culturalmente definidos. Especialmente no caso da saúde mental, todo diagnóstico traz em si um juízo de valor (JACKSON; FULFORD, 2003/1997; BIZERRIL, 2009). Basta verificar, no DSM IV, os critérios para diagnóstico dos transtornos psicóticos, por exemplo, a esquizofrenia. Para ilustrar, alguns deles seriam: delírios (crenças *errôneas*), alucinações (percepção *não compartilhada*), discurso e/ou comportamento *desorganizado* e, quanto à disfunção social/ocupacional, “*incapacidade* de atingir o nível *esperado* de realização interpessoal, acadêmica ou profissional” (APA, 2002, p. 270). Todos os termos destacados dependem da perspectiva de quem está avaliando. Se a adesão às convenções sociais indica normalidade, parece pertinente a interpretação foucaultiana da prática psi como disciplinadora e forma de controle social (BIZERRIL, 2007).

Jackson e Fulford (2003/1997) apontam as limitações dos critérios da psiquiatria clássica para definição de doença. Tomados por sua forma e conteúdo, como é feito na tradição médica, as mesmas experiências que são consideradas sintomas psicóticos podem ocorrer no contexto de experiências saudáveis ou adaptativas, incluindo a espiritual.

No contexto cultural brasileiro, pensar nos riscos desta possível confusão se faz ainda mais relevante, já que, como sublinha Bizerril (2009), ainda predomina aqui uma relação encantada com o mundo, uma vez que a imensa maioria da população brasileira professa algum tipo de religiosidade. A explicação religiosa é, para milhões de brasileiros, um modelo importante de referência (BIZERRIL, 2007). Isso significa que, dada a característica

multicultural do País²⁴, “a ciência não é o único sistema de classificação e nem o principal agente de explicação da realidade” (BIZERRIL, 2007, p. 132).

Na tradição religiosa, a mesma experiência negativada no meio psi (vista como disfuncional, desadaptada, falta de algo, enfermidade), encontra um significado e um valor, sendo, portanto, positivada. Se há um contexto de significação que legitime as experiências, não parece a melhor decisão deixá-las no vácuo, no não-lugar da loucura ou, pior, no lugar de refúgio que a sociedade globalizada atribui a elas, com o custo humano já apontado no Capítulo 3. Até mesmo porque se a natureza da questão é outra, a intervenção medicamentosa e/ou psicoterapêutica tende a ser iatrogênica. Como diz Bizerril (2009),

o que está em jogo é perceber que essas pessoas poderiam ter uma vida perfeitamente normal, sem medicalização, sem estigma decorrente do diagnóstico, convivendo com estas experiências no contexto de sistemas culturais que dão suporte a estas experiências, não fosse a intervenção d@ profissional de saúde. Isto é muito grave (p. 6).

Em função disso, é importante que o profissional de saúde tenha conhecimento da linguagem que o modelo religioso oferece para explicar essas experiências tantas vezes consideradas sintomas (BIZERRIL, 2007). E, a partir daí, esteja atento às descrições, aos valores e crenças de cada sujeito (JACKSON; FULFORD, 2003/1997). Bizerril (2007) traz exemplos concretos de fenômenos que ocupam um papel preponderante na religiosidade popular e, diante de um psiquiatra, gerariam um diagnóstico de enfermidade (e, no mínimo, suas conseqüentes intervenções psicofarmacológicas): a possessão no candomblé, a mediunidade no espiritismo, as aparições de santos no catolicismo popular, por exemplo.

Considerando as formas comuns de experiência religiosa brasileira, Bizerril (2007) diz que é preciso diferenciar as experiências místicas, de conteúdo religioso ligado a uma tradição culturalmente conhecida e estruturada, das experiências de sofrimento, “de cisão da pessoa, no contexto de uma crise de vida, caracterizada por conflitos intra e intersubjetivos não solucionados” (BIZERRIL, 2007, p. 146). Para isso, propõe alguns critérios mínimos para que estas experiências sejam excluídas do psicodiagnóstico.

Primeiro, uma crença coletiva, ainda que desconhecida do profissional de saúde, não é um delírio. Se há uma comunidade sub-cultural a que a pessoa pertença que legitime sua crença como plausível, ela não pode ser considerada errônea. Segundo, deve-se considerar o

²⁴ Este argumento foi detalhado no Capítulo 1, no tópico “Um Brasil de presenças culturais múltiplas e simultâneas”.

contexto em que a experiência ocorre. Situações rituais específicas garantem sentido e ordem às experiências, que têm, em geral, uma função social no espaço onde se dão. O terceiro critério é o de controle, relacionado à existência, no ritual e na comunidade, de recursos para marcar a entrada e a saída da pessoa do estados alterados de consciência, diferentemente de um surto errático para os quais só parecemos conhecer os mecanismos psicofarmacológicos de contenção. E, por fim, o efeito da experiência na existência da pessoa, que traz, como o próprio autor reconhece, um caráter valorativo. Se a experiência afirma sua autonomia e é construtiva, não poderia ser considerada patológica (BIZERRIL, 2009).

Rabelo et al. (2002) trazem casos em que a participação religiosa abriu possibilidades para reorientação do cotidiano de pessoas com experiências de aflição. As autoras mostram que, na terapêutica religiosa, há um processo em que a experiência de doença é reconstruída, ressignificada, e, a partir de um ritual, há uma experiência religiosa de cura, que é absorvida e repercute no cotidiano. A partir de casos concretos, observam que, por meio de rituais, doença e doente são redefinidos.

O processo terapêutico no domínio religioso ocorre, segundo Rabelo et al. (2002), de forma vivencial do sujeito total. Não se trata de transmissão de ideias ou esquemas de interpretação a serem internalizados e, a partir daí, reorientar a ação. Há um engajamento corporal. Os rituais pressupõem um envolvimento gradativo em experiências que invocam sentidos corporais, com sons, cores, cheiros e movimentos. A imaginação também tem um papel importante nos processos terapêuticos, porque, nas palavras das autoras, “repousa em um campo de significados compartilhados, abrindo nele e comunicando através dele certas possibilidades de ser” (p. 95). E continua: “Isso só é possível [...] porque o sujeito da imaginação não é uma mente, mas o sujeito/corpo da ação, engajado com outros em uma atividade – ritual – que é fundamentalmente pública” (p. 95). Portanto, o sujeito se integra na experiência, ao mesmo tempo que a constrói, junto com o grupo. Interessante notar o contraste desta perspectiva com a atuação do modelo médico hegemônico, conforme mencionado nos Capítulos 2 e 3, fundada no dualismo mente/corpo.

Acerca dos critérios que permitiriam excluir experiências do sagrado de uma classificação psicopatológica, é relevante lembrar que essa contribuição pretende dar um norte para uma atuação que, mais que ser protocolar, tem que ser ética (BIZERRIL, 2009). Dificilmente a resposta àqueles quatro pontos propostos por Bizerril (2009) se apresentem em um primeiro contato com a pessoa. Por isso, trata-se muito mais de recuar nas nossas certezas, valores e modelos, de estar permanentemente aberto e disposto a reavaliar nossos

procedimentos e intervenções, para compreender os fenômenos a partir de perspectivas outras, que talvez não nos sejam familiares nem compatíveis com nosso sistema de crenças pessoal. Mas não são as nossas crenças que estão em jogo. Nem o nosso corpo. Nem a nossa existência. É um outro ser humano, de quem nos propusemos a cuidar. Como nos lembra Kammsetzer et al. (2008), “a clínica é uma ferramenta importante para potencializar a vida, expandi-la, fazê-la transformar-se e transformar o mundo, a sociedade” (p. 57).

Se, no acolhimento de uma pessoa que chegue ao profissional de saúde, estes critérios bastante plausíveis fossem considerados, provavelmente nossos serviços estariam menos sobrecarregados. Um grande número de pessoas poderiam tomar outro rumo, encontrar valor e sentido para suas experiências e, como diz Bizerril (2009), viver uma vida perfeitamente normal sem as conseqüências do diagnóstico. Mas, pensando nas que ficariam e se engajariam em todo um processo de cuidado dentro do que nosso campo de conhecimento em saúde mental tem a oferecer, confesso que permaneço inquieta. Porque a terapêutica religiosa pode dar um rumo que não conseguimos dar. Tenho minhas dúvidas se se tratam mesmo de fenômenos diferentes a serem cuidados em espaços diferentes ou se há uma diferença na amplitude do abraço que se pode dar na diversidade de experiências existenciais. Talvez os nossos “loucos”, ou as nossas “loucuras”, estejam nos convidando insistentemente a romper com a visão fragmentada e dualista do ser humano e com a racionalidade reducionista da experiência humana. Acredito no risco de, a cada vez que declinamos a esse convite, estarmos apagando uma história e comprometendo a expansão da vida e a transformação do mundo e da sociedade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As contribuições dos autores trazidas neste trabalho deixam provocações consideráveis para nossa atuação profissional. Se a conjuntura cultural é produtora de lixo humano, em um ciclo infundável de consumo e descarte de coisas e pessoas; se o paradoxo da aparência sem a presença do corpo ganha um status tal que quem não se ajusta não é digno de um lugar; se questões relacionais e culturais são naturalizadas em uma pessoa, que tem o corpo invadido, com ou sem seu consentimento, com substâncias químicas tantas vezes nocivas à sua própria condição de existir; se não suportamos a convivência com o desvario e permanecemos violentando essas possibilidades de ser e comparecer; se tudo isso permanece em voga, há processos subjetivos que sustentam e viabilizam esta dinâmica. Não somos chamados a resolver questões socioeconômicas estruturais da sociedade, mas somos convocados sim a intervir naqueles processos subjetivos (MARTÍN-BARÓ, 1997).

Para que essa intervenção seja libertadora e não normatizadora e reguladora, deve-se problematizar o lugar social a partir do qual estamos vendo a realidade que nos é trazida e qual a visão de sujeito que estamos privilegiando no nosso olhar e na nossa intervenção. Não se pode continuar com a inércia dos esquemas teóricos já conhecidos ou das formas de atuar habituais. Precisamos confrontar nosso saber psicológico com os problemas novos que surgem no âmbito da cultura e com as questões que lhe são apresentadas. Aplicar teorias e técnicas que surgiram em outros momentos, em outras fronteiras, a partir de perspectivas de setores dominantes da sociedade, dificilmente contribui para nosso trabalho amplo de conscientização e libertação. Para que alcancemos uma compreensão adequada dos problemas mais profundos, precisamos partir da perspectiva histórica das pessoas de que nos propomos a cuidar (MARTÍN-BARÓ, 1997).

Trata-se de definir um norte de atuação, independentemente do espaço em que estejamos inseridos. Devemos nos propor perguntas críticas acerca do papel que estamos desempenhando na sociedade, centrando-nos

não tanto nos onde mas no *a partir de quem*; não tanto em como se está realizando algo, quanto *em benefício de quem*; e, assim, não tanto sobre o tipo de atividade que se pratica (clínica, escolar, industrial, comunitária ou outra), mas sobre quais são as *consequências históricas concretas* que essa atividade está produzindo (MARTÍN-BARÓ, 1997, p. 22).

É exercitar o pensar na nossa prática, buscando para o sofrimento saídas também políticas e éticas, que inspiram o cuidado imediato que demanda a pessoa e a sua família. A

pessoa tem que ser cuidada em sua totalidade. Não no corpo, não na mente, não no psiquismo, mas em tudo isso que não são coisas separadas, mas compõem juntas um ser pertencente a um todo coletivo e cósmico.

Abrir possibilidades em vez de encerrá-las. Romper decididamente com visões essencialistas e naturalizadoras, injetando na veia métodos, técnicas e substâncias químicas invasivas e iatrogênicas para uma pessoa em busca de novas formas de lidar e significar suas experiências – sempre – singulares. Negar a busca por uma cura como a modificação de algo inadequado, errôneo, disfuncional, para se restabelecer a normalidade. Inspirar uma prática que não imponha a normalização dos excessos e a diluição das singularidades, mas que esteja pronta a uma escuta para a permanente reconsideração de suas certezas.

Vivemos em um país onde a dignidade da pessoa humana é um princípio. Que façamos disso não uma abstração, mas que possamos, com a nossa atuação, ajudar a trilhar o caminho que permite que o mero discurso chegue à vida das pessoas e à dinâmica da sociedade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVERGA, Alex Reinecke; DIMENSTEIN, Magda. A reforma psiquiátrica e os desafios na institucionalização da loucura. *Interface: comunicação, saúde, educação*. Botucatu, ano 10, n. 20, p. 299-316, jul.-dez. 2006.

APA - AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM IV-TR*. 4. ed. São Paulo: Artmed, 2002.

BARTH, Fredrik. A análise da cultura nas sociedades complexas. In: LASK, Tomke. (Org.) *O guru, o iniciador e outras variações antropológicas*. Rio de Janeiro: Contracapa, 2000, p. 107-139.

BASAGLIA, Franco. *A instituição negada*. Rio de Janeiro: Graal, 1991.

BAUMAN, Zygmunt. *Vida líquida*. 2^a ed. rev. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2009.

_____. *Vidas desperdiçadas*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed, 2005.

_____. *O mal-estar na pós-modernidade*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998.

BIRMAN, Joel. *Mal-estar na atualidade: a psicanálise e as novas formas de subjetivação*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999.

_____. *Sexualidade na instituição asilar*. Rio de Janeiro: Achiamé, 1980.

BIZERRIL, José. Estéticas da existência em fluxo: corporeidade taoísta e mundo contemporâneo. *Ciências sociais e religião*, Porto Alegre, ano 13, n. 13, p. 77-101, 2011.

_____. Loucura, experiência religiosa e silenciamento. *Anais do XII Congresso da Associação Internacional de Pesquisa Intercultural: Descolonizar o saber e o poder*, 2009, Florianópolis.

_____. Dilemas classificatórios: fronteiras entre a experiência religiosa e a psicopatologia. Em FREITAS, Marta Helena de; PEREIRA, Ondina Pena (Org.). *As vozes do silenciado: estudos nas fronteiras da Antro[ologia, Filosofia e Psicologia*. Brasília: Universa, 2007.

BOLTANSKI, Luc. *As classes sociais e o corpo*. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

BRASIL. *Saúde mental em dados: 2003-2010 - Governo Lula*. Ministério da Saúde, Brasília, Ano VI, nº 8, janeiro de 2011.

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

_____. *Lei Nº 10.216, de 6 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, 2001. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em: 2 de junho de 2011.

CAROSO, Carlos; RODRIGUES, Núbia; ALMEIDA-FILHO, Naomar. Manejo comunitário em saúde mental e experiência da pessoa. *Horizontes Antropológicos: corpo, doença e saúde*. Ano 4, n. 9, p. 63-83, out. 1998.

COSTA, Jurandir Freire. *O vestígio e a aura: corpo e consumismo na moral do espetáculo*. Rio de Janeiro: Garamond, 2004.

DUTRA, Elza. Considerações sobre as significações da psicologia clínica na contemporaneidade. *Estudos de Psicologia*, Natal, vol. 9, n. 2, p. 381-387, 2004.

FERREIRA, Jaqueline. Semiologia do corpo. Em LEAL, Ondina Fachel (Org.). *Corpo e significado: ensaios de antropologia social*. 2. ed. Porto Alegre: Ed. da Universidade, 2001.

FOUCAULT, Michel. A loucura só existe em uma sociedade. Em MOTTA, Manoel Barros de. (Org.). *Ditos & escritos I – Michel Foucault: Problematização do sujeito: psicologia, psiquiatria e psicanálise*. 2a Ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1961/2006, p. 162-164.

_____. *Microfísica do poder*. 19ª ed. São Paulo: Graal, 2004.

_____. *A história da loucura*. São Paulo: Perspectiva, 1978.

GEERTZ, Clifford. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: LTC, 1989.

INVERSO. Compromisso do novo governador: implantação de uma rede de serviços de saúde mental abertos no DF. *Cabeção: O jornal da livre expressão*, Brasília, p. 1, dez. de 2011.

JACKSON, Mike & FULFORD, K. W. M. (Ed). *Experiência Espiritual e Psicopatologia*. Brasília: Universa, 1997/2003. (Em FREITAS, Marta Helena & GHESTI, Ivânia (orgs.). *Série Texto Didático – Psicologia*, Número 06).

KAMMSETZER, Christiane Silveira; CACHAPUZ, Daniela Rosa; BARONE, Luciana Rodriguez. A clínica na modernidade líquida: algumas problematizações. Em: ZIEGELMANN, Luiz; ROCHA, Cristianne Famer (Org.) *CORPOVIDA: tecendo uma clínica contemporânea*. Porto Alegre: Ed. Nossa Senhora da Conceição SA, p. 49-58, 2008.

LANCETTI, Antonio. Loucura metódica. Em LANCETTI, Antônio (Org.). *Saúdeloucura*. v. 2. São Paulo: Hucitec, 1990, p.139-147.

LE BRETON, David. *Antropologia do corpo e modernidade*. Petrópolis: Vozes, 2011.

_____. *Adeus ao corpo: antropologia e sociedade*. 4ª ed. Campinas: Papyrus, 2009.

_____. *A sociologia do corpo*. Petrópolis: Vozes, 2006.

LEFEVRE, Fernando. *O medicamento como mercadoria simbólica*. São Paulo: Cortez, 1991.

LOBOSQUE, Ana Marta. *Clínica em movimento: por uma sociedade sem manicômios*. Rio de Janeiro: Garamond, 2003.

LOBOSQUE, Ana Marta. *Princípios para uma clínica antimanicomial*. São Paulo: Hucitec, 1997.

MACHADO, Leila Domingues; LAVRADOR, Maria Cristina Campello. Loucura e subjetividade. Em: *Texturas da Psicologia: subjetividade e política no contemporâneo*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

MARTÍN-BARÓ, Ignacio. O papel do Psicólogo. *Estudos de psicologia*, Natal, v. 2, n. 1, p. 7-27, junho/1997 .

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

ORNELLAS, Cleuza Panisset. *O paciente excluído – História e crítica das práticas médicas de confinamento*. Rio de Janeiro: Editora Revan, 1997.

ORTEGA, Francisco. *O corpo incerto*. Rio de Janeiro: Garamond, 2008.

PELBART, Peter Pál. Manicômio mental – a outra face da clausura. Em LANCETTI, Antônio (Org.). *Saúdeloucura*. Vol. 2. São Paulo: Hucitec, 1990, p.130-138.

RABELO, Míriam C. M.; MOTTA, Sueli Ribeiro; NUNES, Juliana Rocha. Comparando experiências de aflição e tratamento no candomblé, pentecostalismo e espiritismo. *Religião e Sociedade*, Rio de Janeiro, vol. 22, n. 1, p. 93-121, junho 2002.

RECHTAND, Mauro; LEAL, Erotildes Maria. Notas sobre a emergência psiquiátrica. *Cadernos do IPUB*, vol. VI, n. 17, p. 92-99, 2000.

RESENDE, Tânia Inessa Martins; CASTELO BRANCO, José Carlos. A patologia como possibilidade estruturante do sujeito: uma releitura da questão phática. *Universitas Ciências da Saúde*, Brasília, vol. 2, n. 1, p. 91-99, jan./jun. 2004.

ROSENHAN, David L. A sanidade num ambiente doentio. Em WATZLAWICK, Paul (Org.) *A Realidade Inventada*. Campinas: Editorial Psy, 1994, p. 117-143.

SIBILIA, Paula. *O show do eu: a intimidade como espetáculo*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2008.

SZASZ, Thomas. *Ideologia e doença mental*. Rio de Janeiro, Zahar, 1977.

TEIXEIRA, Manoel Olavo Loureiro. Algumas reflexões sobre o conceito de cura em psiquiatria. *Cadernos do IPUB*, Rio de Janeiro, n. 3, p. 67-75, 1996.

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

_____. Desmedicalizar e subjetivar: a especificidade da clínica da recepção. Em *Cadernos do IPUB: A clínica da recepção nos dispositivos de saúde mental*, Rio de Janeiro, vol. VI, n. 17, p. 79-91, 2000.

TRAVERSO-YÉPEZ, Martha. A interface psicologia social e saúde: perspectivas e desafios. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 6, n. 2, p. 49-56, jul./dez. 2001.