

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ**  
**SETOR DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES**  
**DEPARTAMENTO DE ANTROPOLOGIA**  
**PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ANTROPOLOGIA SOCIAL**

**MEMÓRIAS DO DELÍRIO:**  
**A CONSTRUÇÃO DA PESSOA EM PROCESSOS**  
**REINTEGRADORES AUTOGESTIONADOS**

**CURITIBA**  
**SETEMBRO 2000**

**NANCY GRECA DE OLIVEIRA CARNEIRO**

**MEMÓRIAS DO DELÍRIO:  
A CONSTRUÇÃO DA PESSOA EM PROCESSOS  
REINTEGRADORES AUTOGESTIONADOS**

**Dissertação apresentada para obtenção do  
Título de Mestre em Antropologia Social,  
da Universidade Federal do Paraná, Setor  
de Ciências Humanas, Letras e Artes,  
Departamento de Antropologia, Programa  
de Antropologia Social.**

**Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Selma Baptista**

**CURITIBA  
SETEMBRO 2000**

**NANCY GRECA DE OLIVEIRA CARNEIRO**

**MEMÓRIAS DO DELÍRIO:  
A CONSTRUÇÃO DA PESSOA EM PROCESSOS  
REINTEGRADORES AUTOGESTIONADOS**

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Antropologia Social, da Universidade Federal do Paraná, Setor de Ciências Humanas, Letras e Artes, Departamento de Antropologia, Programa de Antropologia Social, pela Comissão formada pelos professores:

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Selma Baptista  
DEAN - UFPR

Prof. Dr. Guillermo Raul Ruben  
Unicamp

Prof. Dr. Mário Michalizen  
Centro Universitário Positivo

Curitiba, de setembro de 2000

a loucura ...

encontro-a  
numa curva perigosa, quase  
redonda ...

n'ela  
uma borboleta laranja pousa  
e abre e fecha e abre  
suas asas limiaries ...

e voa  
para além  
da curva.

Lindolfo R. Fernandes

A caminho da Marambaia  
João lança no ar  
Suas redes invisíveis  
Ninguém vê  
O mar de João:  
“João é louco de pedra”.

Lindolfo R. Fernandes

A caminho de casa, pela rodovia se vê a serra, a direção é para o mar. Na beira da estrada um homem solitário olha ao longe e realiza gestos compassados com os braços. De dentro do carro, a imagem corre rápida. Um de nós exclama: Que faz aquele doido? ... o outro escreve o poema.

A cena muda, solitária e de destinatário incerto, nos introduz de imediato no complexo universo das significações. Imersos numa rede simbólica altamente estruturada, nossos pensamentos, palavras e ações se expressam no sentido de perceber, apreender e dar significado à nossa experiência. Neste processo identificamo-nos uns aos outros por nossas características externas, pelo sotaque hierarquizado, codificado e valorado, reconhecemos nas diferentes manifestações dos mais diversos fenômenos sua origem, sua forma, seu sentido.

*À Selma Baptista, que ensina como canta, com razão e sensibilidade.*

*Ao Lindolfo, ao Thiago e à Luiza, com todo meu amor.*

*Ao Luis F. Barros, com meu respeito e admiração.*

*Àqueles que me honraram com suas histórias.*

*Toda minha gratidão.*

## SUMÁRIO

<b>RESUMO</b> .....	viii
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	1
<b>CAPÍTULO 1</b>	
<b>O ESPAÇO DA LOUCURA E SEU INTERESSE PARA UMA ETNOLOGIA</b> .....	10
1.1 O ESPAÇO SOCIAL OCUPADO PELA LOUCURA .....	10
1.2 A LOUCURA ENQUANTO OBJETO .....	19
<b>CAPÍTULO 2</b>	
<b>BREVE RETROSPECTIVA ACERCA DOS SABERES QUE SE CONSTITUÍRAM EM TORNO DA LOUCURA</b> .....	24
2.1 O SÉCULO XIX .....	24
2.2 O SÉCULO XX .....	31
2.3 PSICANÁLISE E ANTROPOLOGIA .....	33
2.4 A ANTIPSIQUIATRIA NO SÉCULO XX .....	40
<b>CAPÍTULO 3</b>	
<b>HIPÓTESES E METODOLOGIA</b> .....	47
<b>CAPÍTULO 4</b>	
<b>APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DO MATERIAL ETNOGRÁFICO</b> .....	55
4.1 O SISTEMA DE ACUSAÇÕES INTERMEDIADO PELO GRUPO FAMILIAR .....	55
4.2 O SISTEMA DE ACUSAÇÕES NA MEMÓRIA DAQUELES ACUSADOS DE LOUCURA .....	60
4.3 O INTERNAMENTO .....	66
4.4 A MEMÓRIA DO DELÍRIO E O RITUAL .....	73
4.5 O PROCESSO DE REINTEGRAÇÃO: O EGRESSO OU ESTABILIZAÇÕES....	83

4.6 A CONSTRUÇÃO DE UM NOVO DISCURSO OU A EMERGÊNCIA DE NOVAS FORMAÇÕES DISCURSIVAS.....	94
<b>CAPÍTULO 5</b>	
<b>UMA TRAJETÓRIA PARADIGMÁTICA .....</b>	<b>101</b>
5.1 ANONIMATO E VISIBILIDADE SOCIAL.....	101
5.2 MEMÓRIA DO DELÍRIO .....	107
5.3 O INTERNAMENTO E A DESCONSTRUÇÃO DA PESSOA.....	117
5.4 A REINSERÇÃO: UMA TRAJETÓRIA POSSÍVEL.....	124
5.5 CONSTRUINDO UMA NOVA SUBJETIVIDADE.....	133
<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>139</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>144</b>

## RESUMO

O objeto de análise desta dissertação é a possibilidade de tomar o discurso delirante daqueles acusados de loucura em seu processo de reinserção social. O estudo considera que a loucura é parte de um fenômeno social identificado como um ritual de exclusão, que comporta em seu aspecto processual a clássica concepção trifásica: desencadeamento/sistema de acusação, afastamento do mundo/internamento e retorno/reinserção. Discute a possibilidade de identificação do espaço antropológico da loucura e seu interesse etnográfico, bem como percorre o processo de construção dessa categoria ao longo do século XIX e XX, com vistas a analisar as suas formas elementares. A pesquisa etnográfica adotada centra-se nos grupos de auto-ajuda para portadores de doença mentais – os Psicóticos Anônimos – por apresentarem uma manifestação grupal autônoma, nos quais foram localizados os "informantes" do trabalho. A partir do discurso dos informantes foi possível construir um modelo analítico que se revelou paradigmático na história de vida de L.F. Barros. O estudo conclui que a experiência delirante informa sobre e para o sujeito constituindo parte fundamental de uma formação discursiva, capaz de estabelecer a ligação entre discurso e ideologia.

## INTRODUÇÃO

Toda cultura, embora tenda a depositar “fora de si”, no “outro” ou em “outras culturas”, povos ou raças, o que lhe é incompreensível, num processo de desmembramento tão bem descrito por LÈVI-STRAUSS, não pode deixar de, em dado momento, defrontar-se com o bizarro, com aquilo que não se insere sem esforço no seu próprio sistema de representações. Tornado objeto é encontrado “fora de si”, num “outro” que a própria cultura se encarregará de construir.

Toda sociedade diferente da nossa é objeto; todo grupo de nossa própria sociedade, desde que não seja o de que saímos, é objeto; todo costume desse mesmo grupo, ao qual não aderimos, é objeto. Mas esta série ilimitada de objetos, que constituem o objeto da etnografia e que o sujeito deveria dolorosamente arrancar de si se a diversidade dos usos e costumes não o pusesse em presença de um retalhamento operado de antemão, nunca a cicatrização história ou geográfica poderia fazer lhe esquecer (de contrário, anularia os resultados de seus esforços) que procedem de si, e que a análise deles, ainda a mais objetivamente conduzida, não poderia deixar de os integrar na subjetividade.<sup>1</sup>

Ao percorrermos a história da Antropologia, desde os seus estudos da cultura dos povos vivos até o estudo daquelas sociedade já desaparecidas, podemos encontrá-la no enfrentamento de questões evocadas pela percepção e crítica ao etnocentrismo e de problemas epistemológicos de um método em que o observador é da mesma natureza do objeto que procura conhecer. Num movimento histórico de desdobramentos constantes ela, a Antropologia vem a encontrar, em si mesma, ou seja, na própria cultura de que procede, seu objeto.

É assim que nossa cultura, percebida monoliticamente quando comparada com outras culturas, tornada objeto revela toda sua diversidade étnica, religiosa,

---

<sup>1</sup>LÈVI-STRAUSS, Claude. Introdução à obra de Marcel Mauss. In: **Estruturalismo, antologia de textos teóricos**. São Paulo : Martins Fontes, 1967.

material e espiritual. O estudo das sociedades complexas, em termos gerais o suporte e o pano de fundo deste trabalho, vem nos revelar que a concretude com que recortamos grupos, classes, religiões só é garantida por expressar, dentro de um mesmo marco cultural, uma organização e sentido perceptíveis apenas quando postos “uns em relação a outros”.<sup>2</sup>

É assim que acabamos por integrar em nossa subjetividade toda uma série de condutas, a princípio “aberrantes”, que reconhecemos como “loucura”, e que estamos a localizar no lugar de um “estranhamento”, produto deste processo de desmembramento, já brilhantemente expresso por LÈVI-STRAUSS, procedido no interior da própria cultura, a mesma da qual procede o investigador.

Afirmamos que este processo de reconhecimento e de pertença, de apreensão de sentido e, de maneira mais ampla, de comunicação, que nos permite integrar, apreender como “realidades sociológicas”, mesmo aqueles fenômenos mais bizarros, como a loucura, só se pode estabelecer mediado pela linguagem, pela simbolização e pela própria existência da cultura:

Cultura é menos a manifestação empírica da atividade de um grupo (como a definida por Tylor) que o conjunto de princípios que subjazem a estas manifestações. Inconscientes mas social; estas regras não se encontram no aparelho psíquico “natural” de cada indivíduo, mas definem um sistema que é comum ao grupo.<sup>3</sup>

A questão que estamos enfatizando é a de que este conjunto de princípios ‘que subjazem a estas manifestações da cultura e definem’ o que é comum ao grupo determina um sistema de relações que, unindo entre si todos os aspectos da vida social desempenham um papel importante na transmissão e mesmo na constituição dela. Queremos entender por cultura, antes das crenças, costumes e instituições, o grupo

---

<sup>2</sup>DUARTE, Luis Fernando. **Da vida nervosa nas classes trabalhadoras urbanas**. Rio de Janeiro : Zahar/CNPq, 1986. p.123. No capítulo “Modernidade e Classes Trabalhadoras Urbanas” Duarte desenvolve o conceito de “princípio de situação” no sentido evanspritchardiano do termo e nos permite falar de uma cultura “ocidental moderna” em oposição a uma cultura “ocidental tradicional” ou, em outros níveis, de uma cultura “baiana” em oposição a uma cultura “curitibana”.

<sup>3</sup>VELHO, G. & VIVEIROS DE CASTRO, E. **O conceito de cultura nas sociedades complexas: uma perspectiva antropológica**. Artefato, 1978. p.6.

considerado como grupo, ou seja, o conjunto das formas de comunicação que fundamentam a vida social: “Denominamos cultura todo conjunto etnográfico que, do ponto de vista da investigação, apresenta uma relação a outros afastamentos significativos”.<sup>4</sup>

Este trabalho tem como objeto de análise a possibilidade de tomar o **discurso delirante** daqueles “*acusados de loucura*” na fase em que se encontram em seu processo de reinserção social.

Considera-se que a loucura como objeto de intensos mecanismos de segregação é parte de um fenômeno social identificado como um ritual de exclusão e que, ao realizar sua reintegração no universo das experiências partilhadas, assinala a produção de uma nova subjetividade relacionada a profundas mudanças sociais.

É intenção deste trabalho tomar, num primeiro momento, o discurso daqueles “acusados de loucura” na tradição dos trabalhos desencadeados no Brasil por Gilberto VELHO e estabelecê-lo em relação ao discurso pelo qual se definem as regras cuja infração desencadeia a acusação. Vale dizer que este lugar de “estranhamento” ocupado pela loucura, por permitir o reconhecimento e a integração, em nossa subjetividade, destes sinais que a identificam como “loucura” são dados antes pela cultura. Buscaremos, em seguida, reconhecer na história de vida destes sujeitos **quais os sinais** interpretados pela família, pelo meio social, pela ciência e mesmo pelo próprio sujeito como **sinais de loucura**; como se situa o sujeito diante do processo de institucionalização que o identifica ao doente mental, e, finalmente, que mecanismos permitirão seu retorno ou sua reinserção social.

No Capítulo 1 a questão “qual o espaço antropológico da loucura e seu interesse para uma etnografia?” nos oferece o desafio central desta dissertação: se o louco é aquele a quem se acusa de “estar fora da cultura”, de “não estabelecer laço social”, ser o estranho em sua própria terra, como torná-lo “informante” do ponto de vista etnográfico?

---

<sup>4</sup>LÈVI-STRAUSS, Claude. **Antropologia estrutural**. Rio de Janeiro : Tempo Brasileiro, 1975. p.335.

As psicoses, vulgarmente identificadas pelo senso comum como loucura, acabam por abranger na concepção popular um número absolutamente diverso de manifestações ideativas, de comportamento e de conduta, que vão desde as deficiências mentais, as bizarrices e excentricidades até as chamadas “*entidades mórbidas*” que abrangem, na literatura médico-psicológica ocidental, uma nosografia extensa, altamente especializada do ponto de vista classificatório, apreendida desde o interior de diferentes sistemas-paradigmas teóricos, também estes os mais diversos, seja do ponto de vista conceitual, ideológico, filosófico ou cultural.

Permanecer no interior de nossa própria cultura e encontrar para a loucura um conceito que possa unificá-la como objeto diante da abundância de elementos que a constituem, a saber, a elaboração teórica e científica que a apreende como doença, as representações literárias, plásticas e estéticas que a captam, os conhecimentos e práticas populares e alternativas terapêuticas em jogo, surge como tarefa, de certo, impossível.

Mas, como todo sistema de representações, a loucura tem sua história e se oferece à sistematicidade do pensamento, seja ele popular, artístico ou científico. Neste esforço, buscaremos no Capítulo 2, no tratamento histórico dado à loucura, percorrer o processo que lhe vai construindo enquanto categoria, ao longo dos séculos XIX e XX, para nele fazer surgir e analisar as suas **formas elementares** que, para além das infinitas variações empíricas, apontam para seus elementos constantes, permanentes e invariantes.<sup>5</sup>

Ao se falar em etiologia da doença em nossa sociedade e em particular de doença mental, consideram-se, quase invariavelmente, as representações construídas pelo pensamento científico, e raramente as representações subjetivas do doente, o que nos leva a não prescindir de dar conta do conjunto de representações elaboradas ao longo do tempo, pelo pensamento científico.

---

<sup>5</sup>LAPLANTINE, François. **Antropologia da doença**. São Paulo : Martins Fontes, 1991. Em seu texto, Laplantine aponta para uma possível abordagem **metacultural**, uma antropologia da morbidade e da saúde que permita construir modelos que evidenciem e analisem as formas elementares da doença e da cura. Dois anos depois, Laplantine localiza esta abordagem, para responder a esta situação em que o psicológico e o psicopatológico encontram a cultura, no campo que nomeará como etnopsiquiatria ou etnopsicanálise.

Ao longo deste trabalho consideramos o conceito de representações, no sentido originalmente dado por DURKHEIM em *Sociologia e Filosofia*, publicado em 1924 como a base sobre a qual se constrói a vida social.<sup>6</sup>

As representações que são a trama desta vida originam-se das relações que se estabelecem entre os indivíduos assim combinados ou entre grupos secundários que se intervalam entre o indivíduo e a sociedade total.<sup>7</sup>

Assim, da mesma forma que os fatos psíquicos (representações individuais) mantêm sua exterioridade em relação às células cerebrais, das quais não são meros substratos, os fatos sociais (representações coletivas) se apresentam exteriores em relação às consciências individuais e não derivam de indivíduos isolados, mas de sua cooperação.

Do extenso conjunto de representações que se constituíram em torno da loucura, consideraremos aquelas produzidas pela ciência, pela família e pelo próprio sujeito reconhecido como “louco”.

Os doentes, os que curam, mas também os médicos, freqüentemente à revelia, reatualizam modos de abordagem e de sensibilidade que se podem encontrar no passado mas que não mais pertencem, enquanto tais, a ele ou a outra época, mas apenas a um fundo comum de significações, ao qual recorreremos, tanto como cultura quanto enquanto indivíduos, para elaborarmos nossas representações da doença e da saúde.<sup>8</sup>

Nesse sentido, justifica-se a opção pelo discurso oficial, desde fins do século XVIII, atribuído ao discurso médico, do alienismo à psiquiatria, por entendermos que seja, enquanto discurso dominante, o eixo em torno do qual se orientam os outros discursos populares, alternativos, ou mesmo no interior do pensamento científico, divergentes.

Ao atravessar a loucura através dos séculos XIX e XX, pudemos constatar que, enquanto categoria, apesar de deslocamentos e variações sociais, políticas e

---

<sup>6</sup>DURKHEIM, Émile. Representações individuais e representações coletivas. In: **Sociologia e filosofia**. 2.ed. Rio de Janeiro : Forense Universitária, 1970.

<sup>7</sup>DURKHEIM, Representações..., p.38.

<sup>8</sup>LAPLANTINE, **Antropologia**..., p.21.

históricas, a loucura jamais deixou de se identificar como estigma, lugar do insuportável, do primitivo, infantil e animal e, por inversão, reforçar concepções racionalistas do homem moderno, seja a percepção de um ego forte e bem adaptado, seja a tão almejada conduta do politicamente correto.

O Capítulo 3, que se ocupa em reconhecer e demarcar as hipóteses e a metodologia empregada na condução da pesquisa, do recorte do objeto ao tratamento dos dados, se detém também na análise do campo institucional reservado ao acolhimento e tratamento da doença mental. Este contato nos surpreende ao revelar, para além de qualquer reforma institucional, a emergência de um fenômeno absolutamente novo, a saber, o aparecimento de Grupos de Auto-ajuda criados e conduzidos pelos próprios portadores de doença mental.

Desde a criação do sistema asilar-manicomial no século XIX até a modernização, que culmina no surgimento e na estruturação dos hospitais psiquiátricos, no início do século XX, passando pelo processo de reforma das instituições psiquiátricas deste final de século, não tínhamos notícia de qualquer movimento social expressivo, conduzido ou criado por doentes mentais com quaisquer fins, seja o de agrupar-se, com finalidades recreativas, seja, principalmente, o de organizar-se no sentido de reivindicar os seus direitos. Embora os movimentos sociais constituídos por doentes mentais sejam extremamente raros, é possível encontrar, ao longo da história, depoimentos individuais belíssimos e bastante expressivos, quer na forma de autobiografia, quer na forma de literatura romanceada de casos ou em parceria de paciente e terapeuta.<sup>9</sup>

---

<sup>9</sup>SHEREBER, Daniel Paul. **Memórias de um doente dos nervos**, 1903. O livro de Shereber foi descoberto por Freud em Leipzig. Suas memórias foram escritas para compor o processo que move contra o Ministério Público do Real Tribunal Regional de Dresden, com o intuito de revogar sua interdição, por motivo de doença mental.

NIIJINSKY, Vaslav. **O diário de Nijinsky**, 1936. Reúne as anotações feitas por um dos maiores bailarinos que o mundo já conheceu. Após revolucionar a arte da coreografia do século XX, passou os últimos anos de sua vida internado em hospitais psiquiátricos.

ALTHUSSER, Louis. **O futuro dura muito tempo**, 1992. Na década de 80, o mundo é abalado com a notícia de que Althusser, conhecido filósofo responsável pela releitura de Marx, havia assassinado sua esposa, aos 62 anos. Por motivos médicos, Althusser não foi condenado e passa seus últimos anos de vida em uma clínica psiquiátrica francesa. Durante seu período de internamento escreveu seu testemunho nessa belíssima obra.

BOSSEUR, Chantal. **Diário de uma esquizofrênica**, 1974. Narrado por sua terapeuta, a Sra. Sècheyay, o livro relata o drama que se desenrola entre terapeuta e paciente e é citado por Chantal Bosseur, à parte de seus impasses técnicos e sua narrativa romanceada, como precursor da antipsiquiatria.

BARNES, Mary & BERKE, Joseph. **Viagem através da locucura**. 4.ed. Rio de Janeiro : Livraria Francisco Alves, 1989. Mary Barnes e seu terapeuta Joseph Berke descrevem o processo regressivo de Mary durante sua estada em Kingsley Hall, comunidade fundada por R. Laing e colaboradores.

Nos últimos anos podemos constatar um aumento no número de publicações em que doentes mentais escrevem sobre a doença, não apenas como desabafo, ou por serem pessoas conhecidas e mesmo públicas, mas na intenção de revelar em sua experiência psicótica algo que pode ser compartilhado. Cito apenas dois: *Mente inquieta* da psiquiatra americana Kay JAMISON,<sup>10</sup> extraordinário testemunho pessoal de uma doença maníaco depressiva, e *Memórias de um delírio* de L.F. BARROS,<sup>11</sup> hoje responsável pela implantação dos PAs no Brasil.

Simultaneamente, assistimos a uma explosão de movimentos de auto-ajuda sem precedentes. Tais movimentos vão desde seu modelo mais original e tradicional, o dos Alcoólicos Anônimos,<sup>12</sup> até os mais emergentes como Tabagistas Anônimos, Comedores Compulsivos Anônimos, Droga-aditos Anônimos etc.

Esses grupos, em que pese suas diferenças fundamentais, se fundam em dois princípios constantes e comuns: são grupos que emergem da vida social em espaços não oficialmente instituídos e seus membros se apresentam como personagens **anônimos**, identificados entre si por uma **identidade comum**. Entende-se que este processo de construção de uma identidade, que se estabelece em relações de igualdade válidas para todos os elementos constituintes do grupo, resulta do efeito interativo de características comuns a todos. Ora, esta é justamente uma das características mais marcantes na história da loucura: não ter, ao longo dos tempos, possibilitado a formação de movimentos sociais reivindicatórios expressivos, não se integrando em grupos e não se estabelecendo em torno de uma identidade grupal.

Os PAs (Psicóticos Anônimos), grupos de auto-ajuda para portadores de doenças mentais, por não serem uma expressão de natureza individual e por apresentarem uma manifestação grupal não tutelada mas autônoma, tornaram-se assim

---

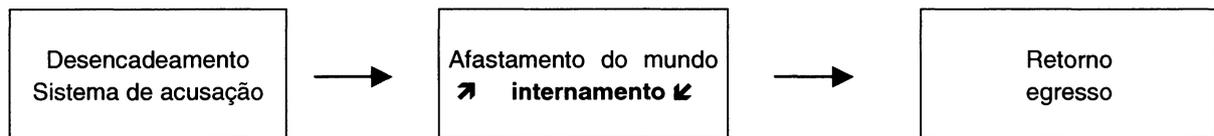
<sup>10</sup>JAMISON, Kay Redfield. **Uma mente inquieta**. São Paulo : Martins Fontes, 1996.

<sup>11</sup>BARROS, L.F. **Memórias de um delírio – confissões de um esquizofrênico**. 1.ed. Rio de Janeiro : Imago, 1992.

<sup>12</sup>Fundado na cidade de Akron, no Estado de Ohio, por um médico e um corretor da bolsa dos EEUU, na década de 1930.

um *locus* que me permitiu proceder a um recorte mais apurado do campo etnográfico. Desta forma, pude localizar o meu “informante”, ou seja, egressos de atendimento psiquiátrico, em seu processo de reintegração social.

No Capítulo 4, apresento e analiso o material etnográfico composto de cinco depoimentos de portadores de doença mental, todos eles participantes dos encontros no grupo de PA de Curitiba. A partir da análise deste material tornou-se possível a construção de um “modelo”, que se pode apresentar graficamente:



Por desencadeamento entenda-se um evento da história de vida do sujeito, nem sempre de caráter impactante mas sempre significativo, a partir do qual emergem os primeiros sinais da doença. Diante destes sinais surge o **sistema de acusações** que implica o diagnóstico de doença mental seguido de um período de afastamento do mundo, em que o sujeito, na maioria das vezes, passa por um ou mais períodos de **internamento**, durante o qual realiza uma série de rupturas no seu cotidiano (perda de emprego, separação da família etc.).

Durante o internamento, o sujeito vive um longo processo de desconstrução de sua identidade de origem, para reconstruí-la a partir do pressuposto de **ser** um doente mental.<sup>13</sup>

Num terceiro momento, que estamos a chamar de **retorno** e que muitas vezes, senão na maioria delas, não é alcançado, o sujeito inicia um longo processo de **reconstrução** de sua identidade no sentido de reinserir-se na cadeia de reciprocidade, reestabelecendo formas de contato social, o que aponta para a emergência de novas formações discursivas a se orientarem em torno da loucura.

---

<sup>13</sup>Paciente psiquiátrico desde os 19 anos, com vários internamentos psiquiátricos, com 40 anos, Sr. Z. se apresenta: “muito prazer, eu sou um psicótico”.

Por último, no Capítulo 5, a partir da análise do material etnográfico, encontro na história de vida de L.F. BARROS, fundador dos PAs no Brasil, uma possibilidade de tomá-lo como forma exemplar do percurso descrito por nossos informantes. Ao narrar na sua história todas as vicissitudes do caminho trilhado pela loucura, revela seu movimento em direção à reinserção social, apresentando-se como uma trajetória paradigmática a apontar novas formas de visibilidade das assim chamadas “psicoses”.

Sua trajetória inaugura uma terceira fase do processo que GOFFMANN chamou de “carreira moral do doente mental”, percurso realizado por muito poucos posto que apenas recentemente observa-se este movimento de reinserção social, fenômeno que assinala a construção de uma nova subjetividade.<sup>14</sup>

Para concluir, ao encontrar na experiência delirante uma experiência que **informa sobre e para o sujeito**, entendo-a como **discurso** e, ao apresentar a trajetória de Luis BARROS como modelo passível de apontar para uma possível reinserção social de **outros**, estabeleço a ligação entre discurso e ideologia.

Nos PAs, onde este novo modelo se realiza, pode-se localizar a emergência de nova formação discursiva. Por um lado neles se mantêm e reafirmam discursos dominantes, por outro, ao estabelecerem uma formação grupal, composta de sujeitos que narram sua própria história e se tornam capazes de se identificar com a história do outro, apresentam-se como um *locus* de produção de novas subjetividades, potencialmente capazes de fazer eco à subjetividade coletiva.

---

<sup>14</sup>GOFFMAN, Erwing. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo : Perspectiva, 1990.

## CAPÍTULO 1

### O ESPAÇO DA LOUCURA E SEU INTERESSE PARA UMA ETNOLOGIA

#### 1.1 O ESPAÇO SOCIAL OCUPADO PELA LOUCURA

Dentre todas as peculiaridades que cercam o fenômeno da *loucura*, ou no sentido mais genérico, das doenças mentais, pode-se dar destaque a duas constatações que, apreendidas desde o senso comum ou desde o interesse mais propriamente científico, não têm merecido, por parte deste último, a consideração que lhe é devida.

A primeira, de visibilidade imediata, é uma constatação empírica de que aqueles dados ou reconhecidos como loucos em nossa sociedade, aqui identificada como “ocidental moderna”, não se constituem em grupos, tais como “os meninos de rua”, os “punks” ou em movimentos como os dos “hippies” ou dos “homossexuais”, e nem mesmo se articulam institucionalmente como se dá com os “alcóolicos”, “ex-combatentes” e inúmeros outros. Em outras palavras, a loucura tem sua incidência no **indivíduo** ou na **pessoa**, não se constituindo numa manifestação grupal.

Por sua incidência sobre o indivíduo e por não desenvolver minorias organizadas, tem-se apresentado como objeto de leituras das mais variadas que têm em comum o fato de dicotomizá-la na relação indivíduo/cultura, produzindo um conhecimento que tende ora a interpretações psicologizantes, ora a interpretações sociologizantes, conforme darei destaque, no Capítulo 2 deste trabalho.

Se por meio da *acusação de loucura* podemos estabelecê-los como grupo desviante, não é sem esforço que nos alinhamos ao trabalho desenvolvido por Gilberto VELHO, segundo o qual

O desviante, dentro da minha perspectiva, é um indivíduo que não está fora da cultura mas que faz uma “leitura” divergente. Ele poderá estar sozinho (um desviante secreto) ou fazer parte de uma minoria organizada, ele não será sempre desviante. Existem áreas de comportamento em que agirá como qualquer cidadão “normal”.<sup>15</sup>

O louco, ao qual nos referimos, caracteriza-se por não estabelecer este laço social ou grupal, nem em relação a outros grupos afins, nem em relação ao conjunto da sociedade, a que pertence. Vale dizer que não constitui uma “organização/classificação/valoração” que o apresentaria aos nossos olhos como uma “unidade sociológica”.<sup>16</sup>

A consequência imediata disto é a de que o louco **se isola, sai da realidade**, não faz **laço social**, afirmação corroborada pelo senso comum e tantas vezes por expressiva parcela da produção científica disponível sobre a matéria.

A segunda, que é correlativa à primeira, é a de que o louco não se comunica, fala coisas que ninguém entende ferindo todos os princípios básicos de comunicação e de “boa convivência”. Significa que, mesmo diante de um outro louco, mantém-se a mesma relação de estranhamento que permite, um em relação ao outro e a si mesmo, a manutenção da acusação de loucura.

Em relação à primeira, a de que a loucura é um fenômeno **individual** e não grupal, poderíamos evocar a argumentação de LÉVI-STRAUSS, que, ao referir-se ao “fato social” de MAUSS reforça o sentido preciso de ser no indivíduo que se realiza o “fato social total”:

É também que ele se encarne numa experiência individual, e isto de dois pontos de vista diferentes: primeiro, numa história individual que permita observar o comportamento de seres totais e não divididos em faculdades; em seguida no que gostaria de chamar (retornando o sentido arcaico de um termo cuja aplicação ao

---

<sup>15</sup>VELHO, Gilberto. O estudo do comportamento desviante: a contribuição da antropologia social. In: \_\_\_\_\_. (Org.). **Desvio e divergência: uma crítica da patologia social**. 6.ed. Rio de Janeiro : Zahar, 1989. p.27. Na impossibilidade de reconhecermos na loucura um conceito que a delimite, consideraremos “louco” aquele que, a partir de uma “acusação de loucura” formulada pela família, pela sociedade ou pela comunidade de especialistas, seja reconhecido como tal.

<sup>16</sup>DUARTE, op. cit., p.125. Por não terem a visibilidade de um grupo, não se apresentam como uma “unidade sociológica”, que surge e opera em nosso senso comum como grupos, etnias, comunidades, porque expressa uma “organização/classificação/valoração qualquer do universo, em determinada situação.

caso presente é evidente) uma antropologia, quer dizer, um sistema de interpretação que desse simultaneamente conta dos aspectos físicos, fisiológicos, psíquicos e sociológicos de todas as condutas (...)

(...) Mas é apenas nos indivíduos que esta tríplice aproximação se pode efetuar.<sup>17</sup>

Ou então, de acordo com a argumentação de Gilberto VELHO, no sentido de que, ao invés de apagar a “dimensão individual”, psicológica, devemos integrá-la na situação de pesquisa.

Se o **indivíduo** localiza-se no lugar dessa fusão, “o real é o melanésio de tal ou tal ilha”, isto nos autorizaria a tratá-lo em sua condição de **síntese da cultura** em que vive. Acontece porém que o “louco” é reconhecido por atributos que tendem a excluí-lo e desautorizá-lo como pessoa. No trabalho de PERELBERG, em que a autora analisa o sistema de acusações elaborado pelas famílias de internos em um hospital psiquiátrico, considerando-se os diferentes níveis de acusações de loucura, tais como os critérios familiares, especializados, ou mesmo os de classe social, observam-se duas constantes: a **hierarquização** e **descontinuidade** suposta na oposição saúde mental/doença mental e a **perda de autonomia** do sujeito implicada na idéia de **separação** e concretizada no internamento.<sup>18</sup>

Assim, quando se fala em doença mental subentende-se, no eixo da hierarquia, a **superioridade** da saúde sobre a doença e a **descontinuidade** no processo, em que **estar doente** deixa de ser um estado capaz de reversão e se torna uma condição permanente. Institui-se uma visão deficitária do doente mental à qual se soma uma visão segregacionista implicada na perda de autonomia e na idéia de separação, ao retirá-la do convívio social.

O sujeito perde as suas características de pessoa e volta a um estado de **animalidade**: *animal doméstico* ao qual se conhece e que obedece às ordens do outro ou **animal selvagem** refratário a todas as regras do convívio social. Simultaneamente,

---

<sup>17</sup>LÈVI-STRAUSS, Introdução..., p. 163.

<sup>18</sup>PERELBERG, Rosine J. **As fronteiras do silêncio**. Rio de Janeiro : Achiamé, 1980. Dissertação de Mestrado apresentada no Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social do Museu Nacional da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

identificado ao não responsável pelos seus próprios cuidados e ações, é colocado em estado de tutela, considerado como **criança**. Com isto, ao louco são negados os principais atributos conferidos ao indivíduo, a sua autonomia e responsabilidade. Como localizá-lo, então, como **indivíduo**, lugar desta fusão que o revele como um ser social?

Porém, se o domínio do patológico e, mais propriamente, do psicopatológico, estabelece num sistema classificatório as categorias pelas quais um *louco* é identificado na subjetividade do homem *normal*; se estas categorias não são as mesmas nas diferentes culturas, nos diferentes grupos, nas diferentes classes sociais (as possessões freqüentemente descritas na Idade Média ou os casos de dupla personalidade, comuns na literatura especializada nas primeiras décadas do século XX, não se apresentam hoje com os mesmos signos, nem com a mesma incidência), então ao invés de afirmarmos que a loucura não faz laço social, nos restaria perguntar qual é a **peculiaridade e historicidade** do laço que mantém com a cultura?

No âmbito de uma *etnologia da comunicação*, é interessante, numa abordagem comparativa, procurar perceber como outras culturas lidam com aspectos da reciprocidade grupal.

Na tradição funcional – empirista fundada por MALINOWSKI as trocas econômicas são socialmente aglutinadoras e o *princípio de reciprocidade* que as produz, uma forma de comunicação básica do social. A noção de obrigação recíproca expressa a mútua pertinência, do eu e do outro, ao mesmo sistema social. Ora, não podemos supor que aquele ‘acusado de loucura’, localizado em um espaço culturalmente estabelecido, não mantenha “laço social” com esta cultura. Mas, paradoxalmente, esta é exatamente a consequência que uma acusação de loucura produz: exclui o sujeito das relações de reciprocidade.

Com LÈVI-STRAUSS, em “*O feiticeiro e sua magia*”, demonstra-se que a eficácia da magia se sustenta em três pólos: na crença do feiticeiro na eficácia de suas técnicas, na crença do doente de que o feiticeiro cura e finalmente, na crença e nas exigências da opinião coletiva que situa esta relação como eficaz. Intrincado efeito de

relações que atestam em várias partes do mundo, a morte por conjuro ou enfeitiçamento: “a integridade física não resiste à dissolução da personalidade social”.<sup>19</sup>

É justamente neste ponto de intersecção entre o psíquico, fisiológico e social, em que se rompem os limites entre o fisiológico e o psicológico, e destes com o sociológico, que a questão da loucura adquire todo seu interesse aos olhos da etnologia.

Isso porque não se pode desvincular a especial constituição psico-fisiológica do indivíduo, da sua localização em um determinado espaço social, o de xamã, por exemplo - não esqueçamos que as categorias pelas quais a cultura os reconhece são, entre outras, as de forasteiros, nervosos, estáticos ou enfermos – ou de louco.

Além disso, a afirmação de LÈVI-STRAUSS, em sua “aula inaugural” de que “cada técnica, cada conduta tradicionalmente aprendida, funde-se em certas sinergias nervosas e musculares que constituem verdadeiros sistemas solidários de todo um contexto sociológico”,<sup>20</sup> se demonstra de forma contundente na pesquisa de DUARTE acerca das relação do “nervoso nas classes trabalhadoras” com a “configuração do nervoso”, sistematizada no pensamento científico do século XVIII.<sup>21</sup>

Com relação à segunda constatação, a de que o louco não se comunica, encontramos uma maior dificuldade de argumentação posto que nos exige, pelo menos minimamente, recursos de uma teoria geral da comunicação em termos gerais e, em particular, de uma etnologia da comunicação estabelecida entre e por aqueles “acusados de loucura”.

Pois se podemos constatar que o “louco” fala uma língua e por meio dela formula seu discurso, devemos reconhecer igualmente que esta comunicação não é percebida pelo senso comum como “normal”, estabelecendo-se com a linguagem uma relação que podemos entender como “assimétrica”.

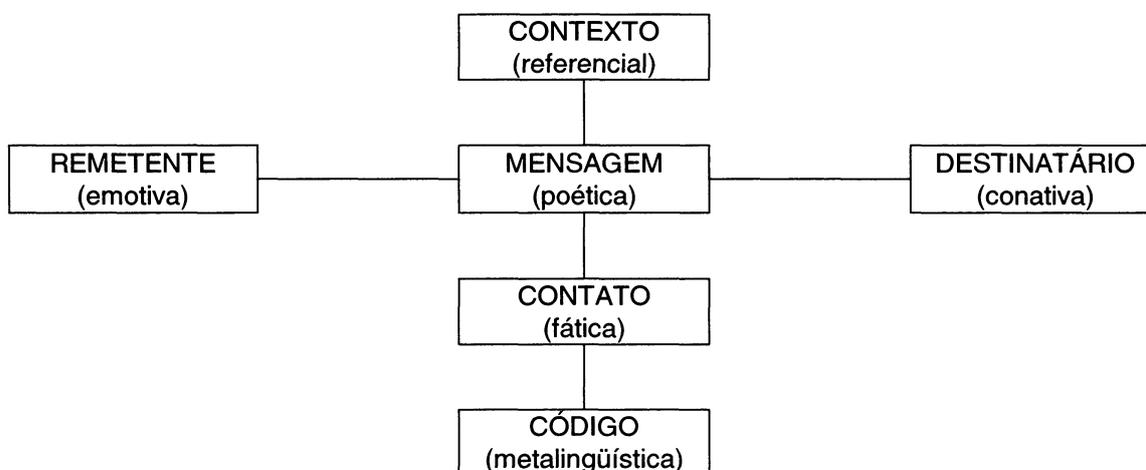
---

<sup>19</sup>LÈVI-STRAUSS, *Antropologia...*, p.194.

<sup>20</sup>LÈVI-STRAUSS, *Introdução...*

<sup>21</sup>DUARTE, *op. cit.*

Ora, a linguagem se constitui em um sistema formado pela **língua** – um conjunto de significantes e significados e um conjunto de regras que a organiza – e pela **fala**, na qual concretamente se realiza,<sup>22</sup> nível que poderíamos entender com Chomsky como, respectivamente, o da **competência** e o da **performance**. Temos portanto que, mesmo em nível da fala, o falante não é totalmente livre, posto que deve se submeter ao repertório léxico disponível, e sua fala só é eficiente, do ponto de vista da comunicação, quando parte de um código comum a seus participantes, respectivamente emissor e receptor da mensagem. Por outro lado, o processo de seleção e escolha das palavras deve ter em conta o receptor no sentido de estabelecer uma conexão psicológica que permita a comunicação. Para JAKOBSON,<sup>23</sup> todos estes fatores envolvidos na comunicação verbal podem ser esquematizados da seguinte forma:



FONTE: JAKOBSON, op. cit., p.123

<sup>22</sup>SAUSSURE, Ferdinand. **Curso de lingüística geral**. 16.ed. São Paulo : Cultrix, 1991. Nascido de uma família de naturalistas em Genebra (1857/1913) é considerado o criador da Semiologia, que define como “o estudo dos signos da vida social”. A abordagem semiológica vai reconhecer na linguagem seus dois aspectos de **língua e fala**. Por **língua**, entende-se o conjunto de elementos, termos constantes disponíveis e as regras para combiná-los, enquanto a **fala** se constitui da mensagem particular formada pelo conjunto.

<sup>23</sup>JAKOBSON, R. Linguagem e poética. In: **Lingüística e comunicação**. Rio de Janeiro : Cultrix, 1999. Para Jakobson, a linguagem se estrutura a partir de dois eixos básicos de “seleção”: o eixo da **sincronia** (combinações por semelhança) e o eixo da **diacronia** (combinações por contiguidade). Respectivamente o **paradigma**, em que o signo é escolhido dentre um repertório de outros signos possíveis, determinando relações associativas por analogia; e o **sintagma**, que orienta os signos em seqüência, um após o outro. Dentre as figuras de linguagem a metáfora procede por seleção, por meio da qual, palavras ou idéias são substituídas em função de propriedades semânticas similares. Se a metáfora **substitui**, a metonímia **complementa**, ou seja, substitui o todo por uma de suas partes, agindo no eixo da continuidade.

Cada um desses fatores determina uma diferente função da linguagem, a saber: **a emotiva ou expressiva**, centrada no remetente e que visa à expressão direta da emoção de quem fala em relação aquilo de que está falando; **a conativa**, centrada no destinatário e que visa nele provocar um efeito direto; **a fática**, centrada no contato e que visa prolongá-lo; **a metalingüística**, centrada no código e que visa à linguagem; **a contextual**, que implica na situação em que a comunicação emerge e finalmente **a poética**, centrada na mensagem, ela mesma.

Encontramos que o discurso elaborado pelo “louco”, ao qual nos referimos, revela, na imensa maioria dos casos, uma assimetria neste processo, que procuraremos ilustrar a partir das acusações formuladas pelas famílias dos pacientes no serviço de psiquiatria de um hospital geral,<sup>24</sup> ao se referirem a seus processos de comunicação.

*“A gente nunca sabe o que ele vai fazer”.*

*“A gente nunca sabe o que ele quer”.*

*“Eles mentem, falseiam a realidade. Nós nunca descobrimos a verdade”.*

Donde podemos indicar o fracasso da **função conativa**, na aparente despreocupação do emissor em relação ao destinatário, que não é considerado. Tudo se passa como se o sujeito falasse sozinho e não para um interlocutor:

*“Cada vez ele diz que é uma coisa...”*

*“Eles não querem se sujeitar a nada, não obedecem a nada”.*

... donde podemos localizar uma impossibilidade de reconhecer no sujeito da mensagem a coerência do emissor. O compromisso do sujeito com aquilo que fala está ausente revelando um fracasso na **função emotiva**:

*“Ele não falava coisa com coisa”.*

*“Ele se levantou e saiu correndo pela casa, dizendo que tinha algo por ali”.*

---

<sup>24</sup>PERELBERG, As fronteiras...

... donde podemos observar uma desorganização em nível do contato da **função fática**, em que a imprevisibilidade da mensagem suspende a possibilidade da comunicação.

Pode-se observar que, de todas as funções da linguagem descritas por JAKOBSON, a linguagem do delírio se mantém próxima da função poética, centrada no próprio simbolismo da linguagem, centrada na **mensagem**, pela mensagem.

Nesse sentido restrito, a percepção social do senso comum acusa o “louco” de uma comunicação assimétrica em que fracassam várias das funções da linguagem, apreendendo na categoria de “louco” todas estas variações no processo de comunicação que a psicopatologia com a nosologia, por um lado, e a psicanálise e sua etiologia, por outro, buscam discriminar. O fato de a acusação proceder de uma cultura, a mesma a que o objeto da acusação pertence, lhes nega qualquer possibilidade de “boa desculpa”, parafraseando LÈVI-STRAUSS, que lhe permitiria, situando-se fora, justificar a sua bizarrice. Significa que em contato direto com outra cultura diferente da minha, poderia evocar, recusando um prato de miolos frescos ainda quentes, os meus próprios costumes. Ao louco resta seguir falando sozinho em sua própria terra. Acredito que sobre estes fenômenos de desorganização da linguagem no processo de comunicação se assentam muitos dos mecanismos de segregação da loucura. Esta “fala louca” surge, na percepção cultural, com alto grau de ambigüidade.

Em seu trabalho *Pureza e perigo*, Mary DOUGLAS<sup>25</sup> aponta para as dificuldades de, em nível prático, distinguir a ambigüidade da anomalia, pois aquilo que nos dá uma impressão sensorial ambígua tende a ser classificado como anômalo pelo sistema perceptivo. Assim, todo objeto ou idéia capaz de contradizer classificações ideais tende a evocar comportamentos de poluição. No mesmo ensaio M. DOUGLAS dá destaque a várias providências, por parte da cultura, para lidar com eventos anômalos ou ambíguos:

- a) decidindo-se por uma ou outra representação a ambigüidade é freqüentemente reduzida;

---

<sup>25</sup>DOUGLAS, Mary. **Pureza e perigo**. São Paulo : Perspectiva, 1966.

- b) a existência da anomalia pode ser fisicamente controlada;
- c) a regra de se evitar coisas anômalas confirma e reforça as definições às quais elas não se ajustam;
- d) eventos anômalos podem ser classificados como perigosos;
- e) os símbolos ambíguos podem ser usados em ritual para os mesmos fins que são usados na poesia ou na mitologia, para enriquecer o significado ou para chamar atenção a outros níveis de existência.

Estamos a afirmar que, na percepção social da loucura, agem comportamentos de “poluição” expressos principalmente pelos processos de localizá-la fora da cultura, isolá-la fisicamente, defini-la em oposição aos ideais de normalidade, ao mesmo tempo em que a identifica como perigosa. Finalmente, as condutas bizarras atribuídas à loucura são facilmente apropriadas para tentar criar novos padrões de realidade pela arte, pelos ritos ou pela mitologia, onde elas tenham sentido e lugar. Entre o horror e o fascínio, “de poeta e de louco todos temos um pouco”.

Supondo, como LÈVI-STRAUSS, que “as condutas anormais, num dado grupo social são simbólicas, mas a um nível inferior, e se assim se pode dizer, numa ordem de grandeza diferente e realmente incomensurável com aquela em que se exprime o grupo”,<sup>26</sup> resta-nos perguntar em que “nível inferior” se constitui e se constrói a noção de pessoa na loucura e que relações mantém com aquela em que se exprime o grupo social a que pertencem? Pois se pretendemos tê-lo como informante, base de uma investigação etnológica, devemos antes nos perguntar em que medida e em que nível poderá estar, aquele acusado de loucura, como informante? A questão se apresenta, então, intimamente ligada à constituição da personalidade, o que permite situar a sua fala em nível de discurso.

---

<sup>26</sup>LÈVI-STRAUSS, Introdução...

## 1.2 A LOUCURA ENQUANTO OBJETO

A questão central se define, então, na busca da possível **função social** da loucura que se estabelece nas relações de **reciprocidade e hierarquia** entre os **acusados de loucura** e as **acusações de loucura** que emergem em dado momento histórico e em dada cultura... E ainda: pode-se tomar aquele **acusado de loucura** como informante de sua própria cultura posto que é diante dela e de sua subjetividade que a acusação de **estar fora da cultura** emerge?



Considerando-se que recortar a loucura a partir de critérios psiquiátricos ou nosográficos ou a partir da diversidade de representações populares, familiares ou mesmo do *staff* das instituições comportaria um alto grau de complexidade e até de impossibilidade, decidimos reconhecê-la como uma **categoria de acusação**, tal como define Gilberto VELHO em seus artigos.<sup>27</sup>

Significa que reconhecemos como louco aquele que, a partir de uma acusação de loucura formulada pela família, vizinhos, comunidade ou profissionais especializados, seja reconhecido como tal. Ao analisar as "representações do nervoso" nas classes trabalhadoras, DUARTE seqüencia um movimento que vai do "estar nervoso / ser nervoso / estar doente dos nervos / ser maluco / ser louco", numa graduação que vai de um estado possível da normalidade, à absoluta anormalidade, definindo esta última como "sinal de ausência em relação ao mundo, de afastamento da **relacionalidade** que sustenta os sujeitos"<sup>28</sup> (grifo meu). Caracteriza a percepção

---

<sup>27</sup>VELHO, O estudo do comportamento desviante: a contribuição da antropologia social. In: **Desvio e divergência: uma crítica da patologia social**. Rio de Janeiro : Zahar, 1986; Acusações: projeto familiar e comportamento desviante. In: **Boletim do Museu Nacional**. Nova Série Antropologia, n.28, junho de 1978; Duas categorias de acusação na cultura brasileira contemporânea. In: **Sociedade e doença mental**. Rio de Janeiro : Campus, 1978.

<sup>28</sup>DUARTE, op. cit., p.261.

popular da loucura por uma “demonstração pública reiterada da perturbação” que se completa por outras características: a da “inconsciência” e da conseqüente “irresponsabilidade”. “O que parece realmente compor aquela pública demonstração de uma grave crise, acesso ou ataque é a conjugação da agressão ou do espetáculo (ou dos dois juntos) com a “inconsciência” total ou parcial dos atos praticados”.<sup>29</sup>

Considerando-se nas acusações de loucura apontadas por PERELBERG<sup>30</sup> fenômenos que analisamos como desorganização nas funções da linguagem nos processos de comunicação, e, acrescentando a estas as apontadas por DUARTE,<sup>31</sup> a saber, uma demonstração “pública” da perturbação, escandalosa ou agressiva, conjugada pela “inconsciência” e pela “não responsabilidade”, somando-as ao alto grau de “ambigüidade” que comportam,<sup>32</sup> constatamos uma singular configuração da personalidade que não encontra equivalentes em outras condutas, consideradas também desviantes em relação ao complexo padrão de identidades normais.<sup>33</sup>

Esse recorte estará ainda mais preciso, à medida que nosso objeto será delimitado na terceira fase do que Erwin GOFFMAN determinou como **carreira moral**

---

<sup>29</sup>DUARTE, op. cit., p.262.

<sup>30</sup>PERELBERG, *As fronteiras...*

<sup>31</sup>DUARTE, op. cit.

<sup>32</sup>DOUGLAS, op. cit.

<sup>33</sup>GOFFMAN, Erwing. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4.ed. Rio de Janeiro : Guanabara, 1988. O termo desviante, tal como definido antes por Gilberto Velho, encontra em Goffman uma classificação mais diferenciada, entre as quais da mesma forma não podemos localizar o “louco” e a especificidade de sua conduta. São eles: o **desviante intragrupal**, que sem perder os laços com o grupo ocupa em relação a ele uma posição especial; o **isolado do grupo**; os **desfiliados**, excêntricos ou originais que seguem este caminho por vontade própria; os **desviantes sociais** que se agrupam em comunidades ou subgrupos, em uma espécie de negação coletiva da ordem social; os **grupos minoritários**, étnicos, religiosos, de classes inferiores. Tratando da identidade estigmatizada Goffman destaca que não há uma ruptura entre o desviante e o normal, mas um *continuum* único que se deve a um isoformismo das situações humanas. Assim, “pode-se”, portanto, suspeitar que o papel dos normais e o papel dos estigmatizados são parte do mesmo complexo, recortes do mesmo tecido-padrão.

**do doente mental**, a saber, a fase de **ex-doente** correspondente ao período que se segue a alta hospitalar e que não foi considerada no referido trabalho.<sup>34</sup>

A **carreira moral do doente mental** tem três momentos: o primeiro deles consiste na emergência das **acusações de loucura** que são formuladas pela família, vizinhos ou especialistas diante de uma série de mudanças na conduta e/ou na fala do sujeito. Tais mudanças consistem em alterações ao nível da língua (neologismos, por exemplo) ou em nível da fala (incoerências, alterações de sentido) e também em nível da conduta, ou seja, mudanças em nível do comportamento que passa a ser acompanhado por gestos e manipulações de objetos, sem quaisquer fins ou intenção consciente, ações geralmente conhecidas pelos psicólogos como **atuações**.<sup>35</sup> O segundo momento coincide com o **internamento hospitalar** e tem como consequência um longo processo de desconstrução da personalidade, uma **despersonalização** ao final do qual o sujeito se identifica à categoria de doente mental.

Finalmente, após a alta hospitalar, encontra-se o sujeito em seu processo de reinserção social, como **egresso**, e é neste momento que o situamos como objeto desta pesquisa. Importante esclarecer que, na maioria das vezes, o sujeito que atravessa a fase do internamento (que pode ocupar um, dois ou vinte anos da vida do doente) jamais alcança este terceiro momento permanecendo por toda a vida em regime de tutela, doméstica ou institucional. Neste sentido, não poderíamos deixar, no intuito de delimitar o recorte e o campo deste trabalho, de localizá-lo no âmbito institucional.

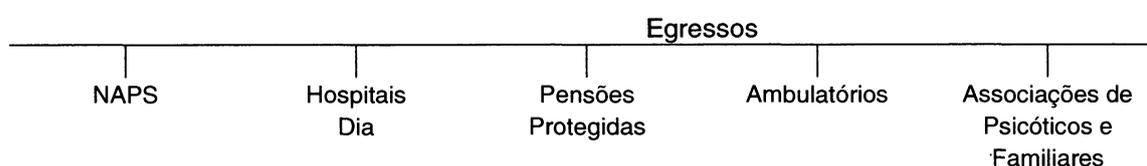
---

<sup>34</sup>GOFFMAN, 1990. No capítulo “A carreira moral do doente mental”. In: **Manicômios, prisões e conventos** (Goffman, 1990) cujo eixo principal é a seqüência regular de mudanças que a carreira provoca no eu da pessoa e em seu esquema de imagens para julgar a si mesmo e aos outros, o autor define carreira moral como qualquer trajetória percorrida por uma pessoa durante sua vida. Descreve e diferencia em relação ao doente mental três fases principais que vão da **fase de pré-paciente**, anterior ao período de internamento; a **fase de internamento**, na qual ocorre uma perda e uma série de reconstruções da identidade do eu e finalmente a **fase de ex-doente**, período posterior à alta hospitalar, não descrita no artigo e particularmente a que nos interessa neste trabalho.

<sup>35</sup>GANS, Herbert. **The urban villagers**. Free Press, 1962. Ao se referir às doenças mentais em grupos de trabalhadores por ele estudados afirma que, ao invés da melancolia, há **um comportamento de atuação**, em que a neurose é rara; e as dificuldades que surgem não podem ser superadas terminando, ao contrário, em uma crise psicótica. Em psicologia, o termo atuação se refere a uma “ação sem sujeito”, uma ação não intencional.

A partir do Projeto de Lei n.º 8 de 1991, que dispõe “sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória”, desencadeou-se no Brasil um processo assentado em uma clínica antimanicomial, que passou a operar no sentido contrário ao da exclusão. A estrutura hospitalar clínica tem mostrado ser recurso inadequado para o atendimento de pacientes em condição de sofrimento mental e vem sendo considerada plenamente substituível por serviços alternativos mais humanos, menos estigmatizantes, menos violentos, baseados em um modelo que facilite a sua inserção social.

Assistimos nas últimas décadas, num longo processo de desinstitucionalização da loucura, à emergência de serviços assistenciais alternativos, que vão desde os serviços **ambulatoriais**, que evitam o internamento compulsório e acompanham o paciente egresso após a alta, até os sistemas de **pensão protegida**, em que o paciente mantém vínculo ocupacional e profissional fora da instituição, ou o **hospital dia**, em que o paciente é mantido em convívio familiar e permanece na instituição durante o dia para atividades ocupacionais ou recreativas. Acrescente-se a estas outras iniciativas institucionais como os **NAPS** (Núcleos de Assistência Psicossocial), ou comunitários como as **Associações de psicóticos, amigos e familiares**.



Esses serviços permanecem, no entanto, em geral, acoplados às antigas instituições de internamento, hospitais psiquiátricos ou a clínicas particulares, o que mantém os sujeitos acusados de loucura em situação de tutela, sem que se possa reconhecer um movimento ativo de reinserção social, de ação emancipatória e de reivindicações por parte destes.

Esta intenção, podemos sim, encontrá-la num movimento absolutamente original na história da loucura: os PAs, Psicóticos Anônimos.

Ao iniciar o trabalho etnográfico tendo como foco o egresso psiquiátrico e, como perspectiva, o processo de desinstitucionalização no atendimento a portadores de doença mental, pudemos encontrar nos PAs, **grupos de auto-ajuda**, criados e conduzidos por portadores de doença mental, um *locus* privilegiado para detectar novas condições sociais de emergência e produção de fenômenos que assinalam profundas modificações sociais, rompendo com as cadeias institucionais da exclusão, mas sobretudo com a posição de “tutelados”, seja da família, seja da instituição, seja do Estado. Nestes grupos, localizo, finalmente, meus informantes.

## CAPÍTULO 2

### BREVE RETROSPECTIVA ACERCA DOS SABERES QUE SE CONSTITUÍRAM EM TORNO DA LOUCURA

Loucura e morte, loucura e felicidade, loucura e verdade, loucura e castigo, loucura e saber, loucura e tragédia, sob suas formas literárias e plásticas, constituem a matéria com que FOUCAULT, num longo desfilhar de palavras e imagens, traça o caminho, dos tempos pré-científicos à “experiência trágica”, ou seja, seu encontro com a “consciência crítica” onde se ocultará e mesmo se dissipará a loucura enquanto “experiência do homem”.<sup>36</sup> Obscurecida em sua dimensão trágica e cósmica pela consciência crítica, a loucura se revela naquilo que lhe escapa, nas visões, nos sonhos e afinal, nas doenças mentais.

Enfim, são essas descobertas extremas, e apenas elas, que nos permitem, atualmente, considerar que a experiência da loucura que se estende do século XVI até hoje, deve sua figura particular, e a origem de seu sentido, a esta ausência, a esta noite e a tudo que a ocupa. A bela retidão que conduz o pensamento racional à análise da loucura como doença mental deve ser reinterpretada num dimensão vertical; e neste caso, verifica-se que sob cada uma de suas formas ela oculta de uma maneira mais completa e também mais perigosa essa experiência trágica que tal retidão não conseguiu reduzir.<sup>37</sup>

#### 2.1 O SÉCULO XIX

Apesar de pouco sistematizado, já no século XVII surge um **tratamento das doenças do espírito** que parece responder diretamente aos avanços da ciência médica. Estas se deslocam da prática anatomofisiológica para a neurofisiológica e, no século

---

<sup>36</sup>FOUCAULT, Michael. **História da loucura**. 3.ed. São Paulo : Perspectiva, 1978.

<sup>37</sup>FOUCAULT, **A história...**, p.29.

XIX, para as intervenções da neurologia que, neste século, vê seu alvorecer. As concepções demonológicas e as idéias de possessão sistematizadas no *Malleus Maleficarum*<sup>38</sup> dão lugar a hipóteses científicas, que vão desde os conceitos de **contágio mental, sugestão e imitação**, que a retiram do terreno do sobrenatural situando-a no **plano natural** (mesmerismo),<sup>39</sup> até as idéias que se desenvolvem sob influência do princípio Lockeano da “tábua rasa” e no *Traité des sensations* de Condillac,<sup>40</sup> que a situam na **experiência pessoal das sensações**.

Enfim, demolidas as explicações teológicas da loucura<sup>41</sup> que acrescentaram às antigas concepções gregas, a saber, as psicológicas (doenças da alma) e as somáticas (doenças do corpo), a dimensão divina (luta entre o bem e o mal), estas vão sendo gradativamente incorporadas ao território médico. Com o renascimento, o iluminismo e a ciências nos aproximamos do mundo moderno.

Em “*O Século dos Manicômios*”, PESSOTTI destaca três tendências do século XVIII que atribuem a alienação a um distúrbio orgânico: a **iatromecânica**, que é derivada diretamente de uma microfisiologia-vascular do encéfalo (coordenação das percepções); a **iatroquímica**, de etiologia toxicológica (alterações de sais do corpo), e a doutrina **pneumática**, que nasce da fisiologia cartesiana e de sua doutrina dos “espíritos dos animais” (partículas sutis do sangue), concepção orgânico-metafísica que atribui à loucura causa natural sem necessariamente localizá-la em uma lesão

<sup>38</sup>SPRENGE, J. e KRÄMER, H. (1486) tradução inglesa com introdução, bibliografia e notas de MONTAGNE SUMMERS, Londres : Prushkin Press, 1948. *Malleus Maleficarum* (O MALHO DAS BRUXAS) publicado em 1486 por frades dominicanos é considerado o grande manual de demonologia do século XV. Fornece aos inquisidores e autoridades seculares critérios e regras para a identificação de feiticeiros.

<sup>39</sup>Dr. Franz Anton Mesmer desenvolve a teoria do “magnetismo animal”, fluido que comandaria os processos mentais. É um dos precursores da hipnose.

<sup>40</sup>Corrente filosófica conhecida como “filosofia das luzes” o “*Ensaio*” de Locke, publicado em 1650, tem como tese a concepção de que as sensações e as reflexões estão na origem das idéias e instituem as categorias da razão. Na mesma linha, Condillac em “*Tratado das Sensações*”, escrito em 1754, afirma que das combinações entre sensações diversas, se instituem as funções mentais superiores (julgamento, memória, reflexões). Citado por PESSOTTI, Isaias. **O século dos manicômios**. São Paulo : Editora 34 S/C Ltda., 1996.

<sup>41</sup>A valorização dos mistérios da contemplação, do ascetismo e das mortificações da carne não poderia deixar de ver nas variadas formas da loucura, nos êxtases e arrebatamentos, clarões de divindade ou possessão.

anatômica (desarranjo mecânico, humoral ou pneumático das funções cerebrais). Diz ele: “As contribuições da iatroquímica, da escola pneumática e da iatromecânica mostram uma ampla rejeição da explicação sobrenatural da loucura e a procura tenaz de fundamentos anátomo-fisiológicos que sustentem a negação das concepções mitológicas ou mágicas”.<sup>42</sup>

Essa ênfase nos aspectos cerebrais da loucura, em detrimento dos aspectos comportamentais, faz com que a semiologia dos delírios seja sumariamente ignorada; nenhum sentido ou significado lhe é atribuído e o tratamento médico não toca no mundo das idéias que possa conter.

Paralelamente, já em meados do século XVIII, emergem as primeiras tentativas de classificar as doenças mentais a partir de sua semiologia comportamental. Com Boinier de Sauvages, que as diferencia como **erros do espírito**, **morosidades** ou **delírios**, Cullen, que as classifica em **manias**, **melancolias** e **demências**, e Arnold, que discrimina entre a **loucura das idéias** e **loucura das noções**, vemos a afirmação da loucura como doença,<sup>43</sup> não como substrato de uma lesão cerebral, mas de funções mentais, ou seja, no processo do conhecimento e cognição.<sup>44</sup>

Em resumo, a herança que a psicopatologia do século XIX recebe do século anterior, como se procurou mostrar até aqui, foi dúplice. De um lado, as idéias filosóficas de Locke e Condillac sobre o processo do conhecimento e do pensamento com suas implicações para a teoria das aberrações da mente, ou mais especialmente, das funções intelectuais e cognitivas. De outro lado, as doutrinas médicas do século anterior que retratam a confusão e desorientação metodológica da teoria da loucura.<sup>45</sup>

---

<sup>42</sup>PESSOTTI, op. cit., p.43.

<sup>43</sup>Boinier de Sauvages, W. Cullen e Th. Arnold são grandes alienistas do século XVIII responsáveis pelos primeiros esforços no sentido de classificação das doenças mentais. (citado por PESSOTTI, op. cit., 1996).

<sup>44</sup>Com a **anatomia** a loucura passa a ser buscada em uma **lesão** orgânica; com o desenvolvimento da fisiologia e a idéia de **sistema** e de **função** as hipóteses se deslocam para a idéia de **disfunção**; e, finalmente, com o avanço da neurologia e o loteamento do cérebro, a possibilidade de ser definida como **disfunção cerebral**.

<sup>45</sup>PESSOTTI, op. cit., p.60.

Embora as primeiras elaborações médicas se orientem no mesmo passo e em torno do desenvolvimento de suas diferentes disciplinas, é apenas com a Revolução Francesa e a derrocada do Antigo Regime que o louco surge como “um problema” na ruptura revolucionária. Pode-se dizer que a história da loucura, mesmo em suas formulações consideradas “científicas”, está fortemente ligada à história das instituições.

É assim que o reordenamento institucional, e sua conseqüente redistribuição de poderes, dotará a loucura no século XIX do *status* completo de alienado e, no início do século XX, o de completamente estigmatizado e medicalizado.

Com Pinel, expressão máxima do humanismo iluminista, do espírito libertário francês e do racionalismo científico, reconhecem-se as origens de uma verdadeira psicopatologia e em torno de suas idéias se define o aparato institucional que, a partir deste século, se ocupará da loucura.

Pinel (1745-1826) entende a loucura como desequilíbrio na razão e nos afetos, passível de atingir a todos os homens. Cabe ao médico restituir à desrazão, o equilíbrio e a ordem da razão. Sua posição firmemente descritiva do comportamento (classificação nosográfica) e a revalorização das paixões (lesão fundamental do intelecto e da vontade) como fatores da loucura abolem definitivamente as hipóteses de lesões ou alterações funcionais no encéfalo. Em seu *Tratado Médico-Filosófico da Loucura*, publicado em 1801, descreve rigorosamente a conduta, apontando as características físicas e morais da loucura, seus excessos e exageros, o desregramento moral, as paixões ardentes.

Longo foi o processo que, no pensamento ocidental, foi realizando uma ruptura e uma hierarquização da razão sobre as paixões. Longo e minucioso foi também o trabalho do alienista em tornar as paixões, doenças. Assim, as paixões enfraquecem, chocam, oprimem (cólera, terror, exaltação). Cabe ao alienista, guiado por um sistema de valores morais e por uma rígida organização do sistema asilar, a reforma dos costumes do paciente. O manicômio surge, então, com um instrumento necessário de cura, um ambiente protetor e ideal para combater, vigiar e reeducar os excessos da paixão e os desmandos da desrazão.

Mas como, em pleno movimento de profundas transformações, cujo sentido é a desarticulação das grandes instituições – depósito do Antigo Regime – pode o manicômio nascer, se fortalecer e se impor como modelo social?

O processo revolucionário havia acelerado, na intenção de combater o “arbítrio”, a queda das “*lettres de cachet*”,<sup>46</sup> a fim de garantir a liberdade individual. Esta “desinstitucionalização” encontrava forte apoio na percepção popular acerca dos grandes hospitais, percepção esta povoada de medo e horror, associada ao confinamento e à morte. Também entre os médicos a desarticulação dos grandes “depósitos” e o atendimento familiar se apresentavam como alternativas desejadas.

Em “*A Ordem Psiquiátrica: A idade de ouro do Alienismo*”, Robert CASTEL destaca vários aspectos emergentes na transição do Antigo Regime para uma nova ordem da sociedade **contratual** que surge com a revolução: sujeito de direito, sujeito de sanção, livre circulação de mercadorias, trabalho produtivo.<sup>47</sup> Neste contexto, o louco emerge como núcleo da desordem e, portanto, sujeito passível de não corresponder a esta nova ordem burguesa.

Não obstante, apesar de caráter formal, nem todos os súditos da nova república entram sem problemas nesse quadro contratual. A verdadeira especificidade do louco é a de resistir a essa redução, a tal ponto que para inscrevê-lo no nova ordem social, será preciso impor-lhe um estatuto diferente e complementar aquele, contratual, que rege a totalidade dos cidadãos.<sup>48</sup>

Essa nova concepção de direito encontrará resistências no tratamento a ser dado aos criminosos, à criança, ao mendigo, ao proletário e ao louco.<sup>49</sup> No texto de

---

<sup>46</sup>Literalmente, “carta com selo”, era um documento com o selo do rei ou de seus funcionários que autorizava sem processo a prisão de uma ou mais pessoas. No Antigo Regime, a Administração Real e o aparelho Judiciário repartem entre si o controle de comportamentos não conformes à ordem pública ou familiar. Foi abolida em 1790, pela Assembléia Constituinte Revolucionária. Em 1838 foi votada a Lei dos Alienados, que circunscreve a problemática moderna da loucura.

<sup>47</sup>CASTEL, Robert. *A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo*. 1.ed. Rio de Janeiro : Graal, 1978.

<sup>48</sup>CASTEL, *A ordem...*, p.36.

<sup>49</sup>FOUCAULT, Michael. *Vigiar e punir - história da violência nas prisões*. Vozes, 1975.

FOUCAULT, “*Eu Pierre Rivière, que degolei minha mãe, minha irmã e meu irmão*”, encontramos um momento exemplar em que se observam, simultaneamente, a substituição do legalismo centrado da monarquia pelo novo aparato judiciário (do executivo ao judiciário), e a emergência do aparato médico-administrativo, suportado na perícia realizada por técnicos.<sup>50</sup> A transgressão do louco escapa ao formalismo da lei: não responsável por seus atos, não pode ser objeto de sanção; perigoso, deve ser isolado; desregrado, deve ser reeducado.

No Projeto Pineliano, o manicômio surge como o ambiente adequado, até mesmo o ideal que assegura a terapêutica reeducadora do clínico e do ambiente, e protege o paciente da violência das dinâmicas familiares, ambiente para encontrar “suavidade e compreensão”. Pinel, ao dar destaque ao tratamento moral, torna indispensável a presença constante do médico no processo do diagnóstico, realizado por observações constantes e a longo prazo, mas ao mesmo tempo, a ênfase na ação educativa de um **preceptor com princípios morais** ameaça a exclusividade médica sobre o paciente. A ênfase na atitude educativa ameaça, por um lado, a exclusividade médica sobre o paciente e, por outro, o paradigma médico que entende a loucura como doença.

Portanto, mesmo os mais fiéis discípulos de Pinel não deixaram de supor algum substrato orgânico, que, embora não fosse necessariamente situado numa lesão orgânica, poderia se situar no funcionamento do cérebro em condições de excitação, depressão ou mesmo por condições hereditárias (formulação de “estado hipnótico” em Charcot, no final do século XIX ou de “degenerescência psíquica” em Janet).<sup>51</sup>

Assim, o projeto de Pinel sempre conviveu com concepções fortemente organicistas, que, em meados deste século, serão retomadas com vigor. Desmorona-se

---

<sup>50</sup>FOUCAULT, M. *Eu, Pierre Rivière, que degolei minha mãe, minha irmã e meu irmão*. Rio de Janeiro : Graal, 1977.

<sup>51</sup>J.M. Charcot (1825-1893), médico e neuropatologista de Salpêtrière, PARIS utilizou-se da hipnose no tratamento das histerias. Teve entre seus alunos Kraepellin (1856-1925) que estabeleceu a psiquiatria das entidades, a psicopatologia; Freud (1856-1938), criador da psicanálise e Pierre Janet, um dos precursores da Psicologia moderna.

com o desvirtuamento de um **tratamento moral** cada vez mais repressivo e violento, e com o reforço e retomada das teses anátomo-fisiológicas. À medida que as concepções organicistas vão sendo fortalecidas em detrimento do “tratamento moral”, um arsenal de verdadeiros instrumentos de tortura, contenção e violência emerge como terapêutica dominante.

Os purgantes, as sangrias, as aplicações de sanguessugas ou ventosas escarificadas, os revulsivos, substâncias cáusticas aplicadas na nuca e outros, visando provocar reações orgânicas de efeito curativo, são associados ao susto, às emoções fortes e à comoção violenta (medo, terror).

Acrescente-se uma parafernália de recursos físicos que vão desde os banhos frios, de reconhecido valor, para os quais os pacientes eram súbita e inesperadamente empurrados, o balanço de Darwin, onde eram centrifugados até sofrerem espasmos violentos, a “cintura de Harlan”, a máscara de Autenricht, o saco de Horm, a crucificação etc., que apontam para dois deslocamentos importantes: a substituição do médico como modelo moral assumida por pessoal não qualificado e seu papel restrito agora ao diagnóstico e à prescrição, e a crescente despreocupação para com qualquer aspecto psicológico ou moral do doente mental.

O século XIX caracteriza-se por uma política de saúde mental com poucos elementos: **uma teoria classificatória** (nosologias clássicas), **uma tecnologia de intervenção** (tratamento moral e tratamento físico), **uma organização institucional** (os manicômios e os profissionais – psiquiatras e pessoal auxiliar) e **o usuário** (o louco, que na lei de 1838 se define como tutelado pelo Estado).

Esse dispositivo viveu tensões internas, oposições e conflitos, mesmo mudanças (as preocupações ocupacionais e com a produção nas hortas, as vilas para egressos do tratamento hospitalar etc.), mas seus elementos constitutivos

permanecerão intactos até meados do século XX, quando as técnicas autoritário-coercitivas vão dando lugar às técnicas persuasivas-manipulatórias.<sup>52</sup>

O século XX irá proceder gradativamente a uma ruptura com o período anterior, produzindo uma passagem entre uma estrutura social de saúde mental, apoiada nos meios repressivos e de poder (policial, administrativos e jurídicos) para uma situação em que distintas estratégias de controle social se instauram. Uma delas, a medicalização do problema da loucura.

A medicina mental, ao centrar suas práticas no interior do asilo e impor o **isolamento terapêutico** como condição necessária à cura, surge como “um terceiro poder”, que desloca o antagonismo **administrativo-jurídico** (salv guarda da ordem pública, detenção, seqüestro/evitar o arbítrio e assegurar as liberdades individuais) para a **série médico-humanista** (um bem para o doente, isolamento, internação num estabelecimento especial, tratamento e cura).

## 2.2 O SÉCULO XX

Ao percorrermos a história da loucura no século XIX, em que pese as variações, as contradições, as condutas divergentes em relação ao procedimento oficial, observamos, por um lado, o surgimento dos manicômios que, com sua estrutura asilar procede a um movimento de exclusão sem precedentes na história das instituições e, por outro lado, a um deslocamento do poder absolutista centrado na figura do rei, em seguida distribuído em instituições administrativas (poder executivo), legais (poder judiciário) e civis (poder médico), gradativamente se acumularem em torno do psiquiatra.<sup>53</sup>

---

<sup>52</sup>CASTEL, **A ordem...**, nota n.º 8, a lógica que cria a lei de 1838 acerca dos alienados é a mesma e idêntica a que se exprime na circular de março de 1960 sobre a setorização do atendimento psiquiátrico que cria novas concepções para os hospitais psiquiátricos na França (ou no exemplo americano, no Community Mental Health Act de 1963).

<sup>53</sup>SZAS, Thomas. **A fabricação da loucura – um estudo comparativo entre a inquisição e o movimento de saúde mental**. 3.ed. Rio de Janeiro : Guanabara, 1984. Até as primeiras décadas do século XX o hospital psiquiátrico será, na maioria dos casos administrado por psiquiatras que, responsáveis pelo diagnóstico e tratamento das doenças mentais, acumularão também poderes absolutos de decidir sobre o internamento do doente mental. O Dr. Thomas Szas traça paralelos entre os métodos mediáveis utilizados para identificar e punir feiticeiras do século passado e as modernas práticas psiquiátricas.

Este estado de coisas permanece praticamente intacto até meados do século XX, quando predomina a psiquiatria institucional, ou seja, uma clínica que se sustenta na hospitalização, na grande maioria dos casos involuntária, e que se caracteriza pela perda completa do paciente de sua participação em suas relações com o especialista e mesmo com outros aspectos de sua vida pessoal. A prática de uma psiquiatria contratual, em que as pessoas são levadas a ela pelo sofrimento mental ou por dificuldades pessoais, e na qual o sujeito mantém o controle de suas relações com o especialista, só irá se estabelecer na segunda metade do século e certamente a partir do grande impacto produzido pela Psicanálise no início do século XX.<sup>54</sup>

Desde Pinel, a dupla tradição **moralista** e **clínica** é assegurada pela psiquiatria do século XX. A psicanálise realiza em relação à primeira uma profunda ruptura, apresentando-se na perspectiva de uma ‘outra ética’, em relação à segunda, como herdeira, ao situar seu objeto no campo da fala e da linguagem.

Este século assistiu, principalmente em torno das idéias de FREUD, a um alargamento do conceito de normalidade que culmina por produzir, na subjetividade do homem moderno, várias formas de identificação com as várias manifestações neuróticas.<sup>55</sup> Expressões como “você está histérica”, tenho “fobia de aviões”, ou “você está se defendendo”, “resistindo”, “que neura”, são expressões que, retiradas do jargão psicanalítico, manifestam a nossa experiência cotidiana.

---

<sup>54</sup> CASTEL, Robert. **O psicanalismo**. Rio de Janeiro : Graal, 1978. A psicanálise, ao retirar do âmbito exclusivo do médico a ação do psicanalista, produz uma progressiva flexibilidade das modalidades de intervenção terapêutica (surgimento das psicoterapias) e um crescimento da margem de intervenção e prevenção para além da instituição (profissional liberal).

<sup>55</sup>Na patologia mental clássica as doenças mentais se definem segundo a amplitude das perturbações da personalidade. As psicoses (como esquizofrenias, paranóias ou melancolias) como perturbações da personalidade global e as neuroses (como a histeria, neurose e obsessivo-compulsiva ou fobias) como perturbações parciais em que apenas alguns setores da personalidade estão comprometidos. Gradualmente serão descritas as perversões (homossexualidade, fetichismo, sado-masoquismo, etc.) como desvios na eleição do objeto sexual e finalmente as drogadições (alcoolismo e uso de substâncias).

Pode-se afirmar que FREUD estendeu o conceito de normalidade para o campo das neuroses e vários de seus seguidores estenderam os conceitos psicanalíticos acerca da neurose para a compreensão do homem moderno, da cultura e da civilização.<sup>56</sup>

E a loucura? Esta foi se estabelecendo em torno das psicoses e se fechando ao redor dela, mais precisamente em torno da noção, cada vez mais complexa de delírio.<sup>57</sup>

A psicanálise e sua conseqüente subversão no conhecimento do século XX vem hoje produzindo seus efeitos, apoiada principalmente nas contribuições de J. LACAN acerca das psicoses.<sup>58</sup> A multiplicidade das experiências de psicanalistas na área de Saúde Mental reflete-se em vários âmbitos deste campo como: os efeitos terapêuticos da psicanálise em relação às psicoses, a emergência de novas formas clínicas que desafiam as abordagens tradicionais e finalmente a produção de uma nova ética em Saúde Mental.

### 2.3 PSICANÁLISE E ANTROPOLOGIA

É na psicanálise que vemos acontecer um dos primeiros contatos deste século no campo dos fenômenos mentais e suas relações com a cultura. Em FREUD, desde sua correspondência com Fliess,<sup>59</sup> na última década do século XIX, uma série de textos

---

<sup>56</sup>ROBINSON, Paul A. **A esquerda freudiana**. Rio de Janeiro : Civilização Brasileira S.A., 1991. O autor destaca três destes seguidores de Freud, que identifica como “a esquerda freudiana”, por verem na psicanálise uma doutrina revolucionária ou crítica. O denominador comum entre Reich, Roheim e Marcuse está em: a) manter a sexualidade no centro da psicologia individual, assim como no centro da evolução da civilização; b) compartilhar a convicção de que política e sexualidade estão intimamente relacionadas; c) e finalmente o seu radicalismo estilístico, que segue uma linha de argumentação implacável na análise da cultura através da psicanálise.

<sup>57</sup>O conceito de “monomania” de Esquirol (1772-1858), um dos mais conhecidos discípulos de Pinel levantado em Foucault (1977) e Castel (1978) como uma das chaves do relacionamento entre a psiquiatria e a justiça aponta também para uma “loucura sem delírio”, libertando a loucura dos distúrbios do **entendimento** (desrazão) e integrando nela os distúrbios da **vontade**, ação cometida em estado de “coersão interna irresistível”. A questão é hoje central nos problemas de alcoolismo e droga-adição.

<sup>58</sup>LACAN, J. Psicanalista francês responsável pela releitura de Freud na década de 50. Apresenta seu ensino oral na forma de **Seminários** e seu ensino por escrito em **Escritos**.

<sup>59</sup>MASSON, Jeffrey Moussaieff. (1986). Com Fliess, a quem Freud se refere como “meu amigo de Berlim”, Freud manteve, entre os anos 1887 a 1904, intensa correspondência publicada no Brasil em 1986 de grande importância na história da Psicanálise. **Correspondência completa de Sigmund Freud para Wilhelm Fliess (1887-1904)**. Rio de Janeiro : Imago, 1986.

apontam para esta aproximação entre as condutas e sintomas “neuróticos” como idéias fixas, comportamento ritualístico, conversões, e o comportamento dos chamados povos “primitivos”. Um dos primeiros textos em que esta aproximação se revela, *Totem e tabu* (1913), tem sido um dos textos freudianos mais criticados por alguns segmentos da Antropologia principalmente por ter implicações fortemente evolucionistas. Seguem-se *O futuro de uma ilusão* (1929), *Psicologia das massas e análise do Ego* (1923), e finalmente *Moisés e o Monoteísmo* (1938), publicado no ano de sua morte.<sup>60</sup> Esta preocupação em tornar **universal** a experiência infantil de amor e ódio, sexualidade e agressão, vida e morte, implica não reduzir as grandes teses psicanalíticas da sexualidade e das identificações à sociedade austro-húngara e burguesa do final do século XIX, o que desandaria num “relativismo cultural” muito pouco afeito à postura determinista de FREUD, conforme acusações posteriores dos culturalistas.

Ao estabelecer as relações entre as diversas formas de tabu e as neuroses obsessivas, FREUD introduz uma metodologia que cria a possibilidade de uma Antropologia Psicanalítica.<sup>61</sup>

(...) ou seja – e com isso tocamos, na verdade, o próprio princípio da antropologia psicanalítica – o que Freud compreende por meio dos sintomas e dos mais individuais e subjetivos discursos de seus clientes remete-o aquilo que descobre, por outros caminhos, na história, na mitologia, na religião, nos ritos, nos costumes e nas crenças.<sup>62</sup>

Assim, ao enraizar o núcleo das neuroses na cultura, estabelecem-se as correspondências entre os processos que operam no psiquismo e os materiais culturais recolhidos pelo etnólogo.

---

<sup>60</sup>FREUD, S. **Obras completas de Sigmund Freud**. Madrid, España : Biblioteca Nueva, 1972. Os textos de S. Freud estão reunidos cronologicamente em suas Obras Completas.

<sup>61</sup>LAPLANTINE, Francois. **Aprender etnopsiquiatria**. 1.ed. São Paulo : Brasiliense, 1988 [1994].

<sup>62</sup>LAPLANTINE, **Aprender...**, p.27.

Nas primeiras décadas deste século é que vemos se estabelecerem os primeiros contatos entre a Antropologia Social e a psicologia individual,<sup>63</sup> e particularmente com a psicanálise.

Conhecida é a polêmica estabelecida por MALINOWSKI, em *A vida sexual dos selvagens* de 1927, em que contesta as teses do conhecido “complexo de Édipo”, fenômeno **universal** de amor e ódio pelos genitores, que constitui as bases da estrutura psíquica do sujeito, afirmando a falta de rivalidade entre pai e filho na sociedade trobriandesa. Para MALINOWSKI, a organização matrilinear do sistema australiano despoja o pai de importância ritual, deslocando-o para o tio materno, o que o leva a afirmar a formação de um “complexo avuncular” ao invés de um “complexo paterno”.<sup>64</sup>

Várias foram as contestações da Psicanálise às críticas de MALINOWSKI, no sentido de reafirmar a universalidade do “complexo de Édipo”, dentre elas as de Géza Roheim, psicanalista e etnólogo do continente africano, apontado por LAPLANTINE,<sup>65</sup> como o fundador da etnopsicanálise.<sup>66</sup> Numa postura muito diferente de MALINOWSKI, fiel às observações empíricas e à descrição fenomenológica dos **conteúdos manifestos** e das elaborações conscientes e secundárias procedidas pelos sujeitos acerca de suas culturas – discursos submetidos à lógica do **pensamento consciente** – Geza Roheim se mantém no campo estritamente psicanalítico, adotando o método da **associação livre** de FREUD na análise dos fenômenos culturais. Antropólogo de formação e com intensa prática em psicanálise, ele se dirige aos

---

<sup>63</sup>FERDINAND, Lucien. **História da psicologia**. São Paulo : Atualidades Pedagógicas, Ed. Nacional, 1978. Wilhelm Wundt (1832-1920), um dos pioneiros da psicologia científica, no início do século XX, instalou um dos primeiros laboratórios de Psicologia na Europa em Leipzig no ano de 1879. Lançou em 10 volumes de sua *Völkerpsychologie* um texto sobre a Psicologia dos Povos publicado entre 1900 e 1920.

<sup>64</sup>MALINOWSKI, B. **A vida sexual dos selvagens**. Rio de Janeiro : Livraria Ed. Francisco Alves, 1927.

<sup>65</sup>LAPLANTINE, **Aprender...**

<sup>66</sup>WILBUR, George B. & WARNER, Muensterberger (Org.). **Psychoanalysis and culture: essays in honor of Geza Roheim**. New York, 1951. Roheim Geza doutorou-se em Geografia e Antropologia e se tornou um psicanalista praticante. Foi opositor influente do mais expressivo antropólogo do século XX, Bronislaw Malinowisk.

conteúdos **inconscientes**, ou seja, reprimidos, que se manifestam nos sonhos, nos mitos, lendas, contos e jogos infantis dos sujeitos de uma cultura.

Portanto, tendo em vista apenas os dados empíricos explicitamente organizados pela cultura, MALINOWSKI, longe de contestar a psicanálise, ignora-a e, ao se deter no estudo da estrutura familiar, converte o “complexo de Édipo” numa “configuração típica” de sentimentos.

O mesmo se pode dizer de Sapir, que via na psicanálise afastada de seus pressupostos médicos uma vertente para o estudo da personalidade que permitiria **unificar** as “ciências do homem”.<sup>67</sup> Sob influência direta da Gestalt e de Jung, é levado a pensar em “padrões” ou “configurações” e na idéia de uma “tipologia” cultural.<sup>68</sup> Embora reconhecesse o **inconsciente** como **núcleo imponderável** exclui dele qualquer conotação sexual e o identifica a intuição, hábitos e atividades sociais realizadas sem reflexão. Ao situar o **ego** como um todo integrado e harmonioso, ao sublinhar seu caráter adaptativo e identificá-lo à personalidade total do indivíduo, ignora as bases do pensamento psicanalítico: o inconsciente e os processos de cisão do ego.

A idéia de uma **configuração cultural**, em que a cultura seleciona por escolha certos comportamentos em detrimento de outros, associada à idéia de que a personalidade se desenvolve e se adapta no contato com a cultura e como efeito desta (tese eminentemente culturalista), desemboca numa “tipologia” que dicotomiza e classifica a personalidade, no plano individual, e a cultura, no plano social, culminando num severo relativismo cultural.

---

<sup>67</sup>Um dos alunos de Boas, Edward Sapir se utilizou das idéias derivadas da psicologia, particularmente da Psicanálise, para pensar a questão da “transmissão da cultura”. Representante expressivo da abordagem da cultura e personalidade, rejeita as tentativas de formular “leis gerais” da “evolução” histórica.

<sup>68</sup>A “Gestalt” é uma teoria psicológica desenvolvida na Alemanha sob influência de vários autores: Max Westheimer (1880-1943), Wolfgang Kohler (1887-1967) e Kurt Lewin (1890-1947). Salienta em termos terapêuticos as experiências do “aqui e agora”, em contraste com as abordagens psicanalíticas. Destacou-se como uma das grandes teorias psicológicas científicas do início do século e seus primeiros trabalhos tinham nos fenômenos da **percepção** o seu objeto.

Carl Gustav Jung (1897-1978), um dos mais influentes discípulos de Freud, Ao discordar de sua ênfase à sexualidade na natureza da libido, Jung rompe com Freud e cria a Psicologia Analítica.

Embora a Antropologia Cultural, conhecida como a Escola de Cultura e Personalidade, tenha contribuído para a relativização dos padrões ocidentais de reconhecimento da loucura e do desadaptado e promovido uma intensa e necessária crítica ao etnocentrismo exacerbado, nela se mantém e até se estabelece a dicotomia “indivíduo/cultura”.<sup>69</sup> Esta se reconhece no binômio “temperamento/padrões sociais” estabelecido por Margareth MEAD, Ruth BENEDICT e seu grupo, em que cada sociedade, passível de ser caracterizada tipologicamente em diversas combinações, geraria, por oposição a estes padrões socialmente postos, personalidades desviantes características.

Os estudos de M. MEAD e Ruth BENEDICT são clássicos no sentido de apontar a relatividade dos conceitos de “personalidades desviantes”, mas também recaem numa análise de evidências empíricas relacionadas à organização do grupo doméstico, às variações no processo de criação dos filhos, ignorando o tratamento inconsciente dado aos costumes por meio dos ritos, sonhos e outros “retornos do recalçado”.<sup>70</sup>

A polêmica da determinação cultura/psiquismo só deverá ser ultrapassada por uma epistemologia capaz de considerá-lo como uma totalidade, que estude as relações entre as condutas psicopatológicas e as culturas nas quais se inserem.

Nesta direção, a Antropologia Estrutural de LÈVI-STRAUSS, ao postular a unidade das leis do espírito e das leis do mundo físico, tende a anular a oposição natureza-cultura formulada como a diferença entre a **universalidade da lei natural** e o **caráter obrigatório e particular** da regra convencional. Desta forma, o método estruturalista fundamenta-se na própria natureza simbólica do objeto da antropologia.<sup>71</sup>

---

<sup>69</sup>LASCH, Christopher. “Cultura e Personalidade” em **Refúgio num mundo sem coração. A família: Santuário ou instituição sitiada?** Rio de Janeiro : Paz e Terra, 1991. Para uma revisão crítica da Antropologia Cultural em sua interlocução com a Psicologia, Psiquiatria, e particularmente com a Psicanálise.

<sup>70</sup>BENEDICT, Ruth. **Padrões de cultura**. Lisboa, Portugal : Livros do Brasil, jan. 2000. Ver também: MEAD, Margareth. **Sexo e temperamento**. São Paulo : Perspectiva, 1969. Crescendo em Nova Guiné (1928) de Margareth Mead tem como foco os **arapesh**, povo “pacífico e sereno” e os **mundugomor**, “violentos e de agressividade canibal” e “Padrões de cultura” (1928), de Ruth Benedict, opõe a docilidade de uma sociedade **apolínea**, referindo aos índios Pueblo, do Novo México, à rivalidade e exaltação **dionísica** dos habitantes da Ilha Dobu.

<sup>71</sup>O estruturalismo, apoiado na obra de Ferdinand Saussure, lingüista suíço que, em 1914, funda uma nova ciência, a **semiologia**, vai produzir na segunda metade do século XX uma série de releituras de grandes autores do passado recente num movimento de retorno e reinterpretação. Entre eles, pode-se citar a leitura de Freud por Lacan, a de K. Marx por Althusser e mesmo a de M. Mauss por Lèvi-Strauss. As bases metodológicas para uma Antropologia Estrutural estão dadas em “Antropologia Estrutural” de Lèvi-Strauss (op. cit.).

A partir da década de 1950, paralelo ao movimento de releitura de autores do passado e simultaneamente aos movimentos de Contra Cultura da década de 1960, surgem novos trabalhos comprometidos com uma crítica sócio-institucional e com novas formas de abordar a questão da doença mental. Entre elas uma referência obrigatória, a abordagem de Erwing GOFFMAN que, situada numa perspectiva mais rigorosamente sócio-antropológica, analisa as diversas formas do que o autor chamou de “instituições totais”.

Em “*Manicômios, Prisões e Conventos*”, publicado pela 1.<sup>a</sup> vez em 1962, GOFFMAN observa o poder das forças institucionais no sentido de imprimir um destino e uma reelaboração social comum da identidade, mesmo em relação à “mais irreduzível diversidade de materiais humanos que pode ser reunida em uma sociedade”.<sup>72</sup> Desta forma, ao mesmo tempo em que afirma a especificidade da pessoa “louca”, revela o esforço e a eficácia institucional no sentido de afirmar identidades sociais “deterioradas”.

Dentre a contribuição de autores brasileiros, na área de Antropologia e dedicados à questão das psicoses, volto a citar o trabalho desenvolvido por Rosine PERELBERG, que tem como foco privilegiado os laços estabelecidos entre os pacientes, a família e a rede social.

Também, numa abordagem etnopsiquiátrica, o trabalho de Claude LÈPINE, referente aos Iorubas da Nigéria que, analisando as técnicas terapêuticas adotadas na cidade de Ibadan, na década de 1970, constata que os conceitos da psicologia e da psiquiatria ocidentais nem sempre se prestam à descrição de distúrbios em outras culturas. Revela ainda que o índice de sucesso da cura da doença mental (remissão dos sinais que desencadeiam a acusação) é surpreendente, em alguns, atingindo 90%. Atribui isto a um menor grau de marginalização do doente “pois o doente mental não é

---

<sup>72</sup>GOFFMAN, *Manicômios...*, 1990.

visto como um homem diferente dos outros, incompreensível, mas como um homem normal, que está sendo vítima de uma agressão externa como qualquer outro doente”.<sup>73</sup>

Nesta breve e limitada retrospectiva, podemos constatar a ausência quase absoluta, exceção feita à produção de orientação psicanalítica, de estudos referentes às representações da loucura desencadeadas pelos “loucos” sobre si mesmos, sobre os outros ou sobre a cultura a que se vinculam.

No campo mais propriamente médico-psicológico, a loucura tem sido apreendida desde seus aspectos sintomáticos ou fenomenológicos, a partir de um modelo metodológico herdado da medicina orgânica com preocupação mais propriamente organogenética dando origem a um extenso sistema classificatório (noosológico) do qual não me ocuparei diretamente. Em seus aspectos psicossociais é percebida desde uma abordagem diacrônica, histórica, que a localiza através dos tempos como eixo em torno do qual se articulam diversos discursos-saberes específicos, como, por exemplo, os saberes médico, jurídico, filosófico, psicológico etc. Este trabalho tem sido realizado de forma mais ou menos intensiva e seu modelo mais original remete à produção de Michael FOUCAULT, num sentido mais amplo à sua “*História da Loucura*” e em seu sentido mais restrito ao texto “*Eu, Pierre Rivière, que degolei minha mãe, minha irmã e meu irmão*”. A tese de FOUCAULT começa por demonstrar a impossibilidade de empreender uma metodologia emprestada da estrutura conceitual da patologia orgânica para a abordagem das patologias mentais e termina por estabelecer o campo da loucura como demarcado a partir da complexa interseção dos diversos discursos-saberes procedentes das mais diferentes áreas; descortina, assim, toda uma produção que irá se desenvolver pelo viés de uma crítica social.<sup>74</sup>

Uma outra aproximação, contemporânea à de FOUCAULT, embora vinda do campo que acima nomeamos como médico, se diferencia deste, entre outros aspectos, por

---

<sup>73</sup>LÈPINE, Claude. A doença mental entre os iorubas da Nigéria. In: D’INCAO (Org.). **Doença mental e sociedade: uma discussão interdisciplinar**. Rio de Janeiro : Graal, 1992.

<sup>74</sup>FOUCAULT, Michael. **Doença mental e psicologia**. 3.ed. Rio de Janeiro : Tempo Brasileiro, 1975.

se processar no âmbito das instituições, as mesmas que se outorgam como detentoras de um saber acerca da loucura, procedendo a uma crítica institucional que questiona seus próprios métodos e reivindica à loucura um novo *status* existencial. Este movimento pode ser reconhecido na contribuição prestada em “*Razão e violência: una década de pensamiento sartreano*” por Robert LAING e David COOPER.<sup>75</sup> A visão da loucura como fenômeno de crise microssocial, desencadeada pela antipsiquiatria, se não contribuiu definitivamente para elucidar questões clínicas essenciais, certamente contribuiu para revelar as forças e os determinantes sociais na constituição deste espaço, o do louco. Uma outra vertente deste movimento, numa postura mais clara e assumidamente política, com proposta de deshospitalização e reforma institucional mais ampla, identifica-a como grupo marginalizado e lugar de exclusão e vem a reivindicar a reintegração e permanência destes grupos na vida social, modelo situado no movimento italiano conduzido por Franco BASÁGLIA,<sup>76</sup> psiquiatra italiano responsável por este processo de desarticulação institucional dos manicômios na Itália.

## 2.4 A ANTIPSIQUIATRIA NO SÉCULO XX

Diz-se que, após a leitura de *História da Loucura*, uma das grandes expressões da psiquiatria francesa, Henry EY comentou: “Trata-se de um livro psiquiaticida”.<sup>77</sup> Mas se a psiquiatria não morreu de fato, as conseqüências do texto se fizeram sentir. “Se a psiquiatria tiver de mostrar alguma eficácia, será ao preço de uma transformação tão radical que lhe valerá, ao menos por algum tempo, merecer o nome de Antipsiquiatria”.<sup>78</sup> Com características e expressões diversas em várias partes do

---

<sup>75</sup>LAING, Robert & COOPER, David. **Razão e violência: una década de pensamiento sartreano**. Buenos Aires : Paidós, 1969.

<sup>76</sup>BASÁGLIA, F. **A psiquiatria alternativa – contra o pessimismo da razão o otimismo da prática**. São Paulo : Brasil Debates, 1978.

<sup>77</sup>Texto redigido com base numa conferência realizada em Assunção, Paraguai, em 5 de novembro de 1999. **A Reforma Psiquiátrica e a História da Clínica**. (Paes Barreto, 1999).

<sup>78</sup>COOPER, David. **Psiquiatria e antipsiquiatria**. São Paulo : Perspectiva. Coleção Debates, 1977.

mundo ocidental: na França, com Maud-Manonni; nos EEUU com o Dr. Szasz Tomas; na Itália com Franco BASÁGLIA e na Inglaterra com COOPER e LAING, apenas para citar alguns de seus nomes, surge um movimento que se destaca por seu conteúdo crítico e contundente à psiquiatria: o movimento antipsiquiátrico.

Por volta dos anos 70, as experiências de Tavistock, na Inglaterra, propõem a demolição dos muros que cercam as instituições psiquiátricas, a eliminação das categorias que rotulam a loucura, chegando mesmo a proclamar a inversão de papéis entre terapeutas e psicóticos. A antipsiquiatria quer dar voz aos loucos, localizá-los como sujeitos falantes, restituir-lhes a condição de pessoa, reconhecer-lhes a cidadania, num processo que se apresenta com características próprias, contexto social, bases filosóficas e significação política peculiares.

Se as barreiras entre o normal e o patológico haviam sido suspensas pela psicanálise no início do século XX, a partir da conhecida referência de FREUD: *“nada encontrei em meus pacientes neuróticos que não haja encontrado também em mim”*, e as neuroses integradas nos processos normais do psiquismo, o mesmo não aconteceu com as psicoses. O próprio FREUD, que não teve uma prática clínica direta com as psicoses, apontava para as dificuldades de transferência da psicose, estruturalmente narcísica para se submeter ao *setting* psicanalítico. Esta barreira normal-patológico desloca-se assim no sentido normal/neurótico – louco/psicótico.

Assim, a antipsiquiatria, apresenta-se como um movimento de uma minoria de psiquiatras que, em nome de uma minoria de psicóticos, reivindicam o direito à diferença, à subjetividade e à existência.

Introduzindo, no campo da psiquiatria, uma filosofia com bases no existencialismo fenomenológico (Sartre, Kierkegaard, Jaspers, Heidegger, Binswanger), a antipsiquiatria inglesa, agrupada em torno de R. LAING, D. COOPER, ESTERSON e outros, busca formular a **questão do ser**, ao mesmo tempo em que reconhece, na abordagem da psiquiatria clássica, a **negação do ser**.

Ao comentar uma das famosas apresentações clínicas de caso realizada por Kraepelin,<sup>79</sup> LAING denuncia, na postura epistemológica da psiquiatria, a destituição do sujeito esquizofrênico de sua condição de “ser” ao identificar o “objetivo” ao científico e o “subjetivo” ao não científico. Além disso, a ausência absoluta de reconhecimento do contexto global da observação (ambiente hospitalar, sendo observado por estranhos etc.), destitui a fala do sujeito esquizofrênico de toda subjetividade, atribuindo-lhe incoerência e ininteligibilidade. Em *A política da experiência* lança as bases para uma teoria fenomenológica em que estabelece que “o meu comportamento é função da minha experiência que por sua vez depende do comportamento do outro em relação a mim e da maneira como percebe a sua e a minha própria”.<sup>80</sup> A atitude de recorrer às próprias **potencialidade psicóticas** leva LAING, COOPER e ESTERSON a um período de vida comunitário entre psicóticos, o que lhes permite inscrever a loucura em um contexto de interexperiência e interação.

Recusando toda e qualquer linguagem técnica, psiquiátrica ou psicanalítica, o movimento antipsiquiátrico termina por descrever a experiência da loucura em linguagem corrente e esta ausência de um corpo teórico interpretativo é, provavelmente responsável por uma recorrência à **experiência transcendental** em LAING, à **cabala**, em ESTERSON, e mesmo à **experiência com drogas**, advertida por COOPER como perigosa, mas implícita na referência à **viagem** esquizofrênica.

Um das características da antipsiquiatria, que se associa aos movimentos ideológicos e revolucionários da década de 1960, está em considerar a família o principal instrumento da classe dominante, o *locus* onde se opera a produção da loucura: “[...] cada criança, antes da doutrinação familiar ultrapassar um ponto crítico

---

<sup>79</sup>Conhecido como um dos precursores da psiquiatria moderna, Emil Kraepelin (1856-1926), descreveu um extenso sistema classificatório das doenças mentais, criando a nosologia psiquiátrica moderna. Responsável também por destacar do campo das “Demências” a sintomatologia que classificou como “Demência Precoce”, hoje conhecida como “Esquizofrenia” termo cunhado por Eugen Bleuer (1857-1939).

<sup>80</sup>LAING, R. **A política da experiência**. Petrópolis : Vozes, 1974.

que fecha todas as possibilidades de retorno, e antes de se iniciar a doutrinação escolar é, pelo menos em germe, um artista, um visionário e um revolucionário”.<sup>81</sup>

Também ESTERSON, em *Dialética da loucura*, ao realizar o estudo da família Danzing, sublinha: “O complexo da castração, longe de ser patológico é uma necessidade inerente às sociedades burguesas”.<sup>82</sup>

Ou ainda, “o caráter revolucionário desses grupos assenta na explosão da contradição entre a sociedade burguesa que tudo domina, que torna as pessoas anônimas, comanda-as, classifica-as em categorias e aquelas pessoas que, apesar de tudo, querem justamente gritar seu nome e anunciar sua obra em face do mundo”.<sup>83</sup>

Não faltou ao movimento antipsiquiátrico uma poderosa crítica à instituição psiquiátrica. Em *Psiquiatria e Antipsiquiatria*, COOPER narra as vicissitudes da experiência do Pavilhão 12 que, situado num grande hospital de Londres, torna-se o protótipo das comunidades terapêuticas. Longe de um ambiente pineliano pedagógico e moralmente conduzido pelo médico, as comunidades terapêuticas deverão se organizar em torno de **autoridades autênticas**, geradas na vida em comunidade em que médicos, enfermeiros, serventes e doentes, enfim a instituição é explorada em suas idéias, preconceitos, fantasmas e necessidades.<sup>84</sup>

Acusado por muitos de “visionária”, “pueril” e até de “irresponsável”, deve-se ao movimento antipsiquiátrico, entre outros méritos, como, por exemplo, o de descentralizar o poder institucional do médico, revelar os aspectos familiares sociais instituintes na loucura, denunciar os aspectos estimatizantes do diagnóstico como

<sup>81</sup>COOPER, David. **A morte da família**. Trad. Jurandir Craveiro. 3.ed. São Paulo : Martins Fontes, 1994.

<sup>82</sup>ESTERSON, Aaron. **Les fevilles nouvelles, dialectique de la folie**. Payot, 1972 (edição em português esgotada).

<sup>83</sup>COOPER, **A morte...**, p.55.

<sup>84</sup>Esse projeto culmina na criação de comunidades terapêuticas instituídas no seio da vida social, das quais a de Kingsley Hall (1965-1970) tornou-se a maior expressão. Situada em um bairro operário de Londres, antiga residência de Gandhi, teve como moradores estudantes, médicos, esquizofrênicos e os próprios Laing e Esterson. Um dos relatos mais comoventes de Kingsley Hall é dada por Mary Bornes em *Viagem através da loucura*, que retornou de sua “viagem” para contar. BARNES, M. op. cit.

rótulo, um dos passos mais importantes na história da loucura: a palavra é finalmente dada aos doentes mentais.

O processo de desmistificação da loucura, de LAING, ESTERSON e COOPER associa-se à ação política e aos movimentos revolucionários, bem como à reforma institucional na Itália, por intermédio de Franco BASÁGLIA.

A reforma institucional italiana desencadeada em Trieste, começa com o objetivo de desarticular a estrutura asilar psiquiátrica e suas várias formas de exclusão e controle no processo enfermidade-saúde, em particular, dos trabalhadores.<sup>85</sup> Os princípios e a lógica institucional apoiada na contradição **paciente assistido/ perigoso à sociedade, cuidados assistenciais/ vigilância**, exigem que a transformação destas estruturas rompam as delegações de poder que se estabelecem tanto ao nível das **sobre-estruturas** como das **infra-estruturas** da sociedade. Assim: *“Si el obrero en lucha sólo tiene para perder sus propias cadenas, el enfermero que lucha en un hospital puede perder la posibilidad de imponer las cadenas a quien depende de él”*.<sup>86</sup>

Ou então: *“El medico, el enfermero, el obrero psiquiatrico deben encontrarse con la ideologia médica que justifica cada una de sus intervenciones en danos al internado, y aun no están claros los términos de la lucha capaces de destruir esa lógica”*.<sup>87</sup>

Ao negar concepções biologizantes “da loucura”, o movimento antipsiquiátrico acaba por produzir uma interpretação “sociologizante” da loucura. Em entrevista a um jornalista, um dos psiquiatras do movimento, perguntado sobre a definição de insanidade afirma “a insanidade é um fato social mais do que pessoal, é um fenômeno social e

---

<sup>85</sup> BASÁGLIA, Franco. **La salud de los trabajadores – aporte para una politica de la salud**. Editorial Nueva Imagem, 1974.

<sup>86</sup>BASÁGLIA, **La salud...**, p.179.

<sup>87</sup>BASÁGLIA, **La salud...**, p.179.

cultural”.<sup>88</sup> Também, ao atribuir a fabricação da loucura à família, produz uma grave patologização da própria família. É de LAING a afirmação: “se entre os familiares e o doente não houver acordo, os policiais da mente são chamados a intervir”, o que corresponde certamente a uma redução do fenômeno a uma de suas formas.

Por outro lado, a intrusão de fatores sociais procedida pelos antipsiquiatras vão dar origem e reforço a uma maior compreensão da loucura, tão limitada e encerrada na prática médica. Ao mesmo tempo, ao denunciar um tratamento médico que, apoiado nas grandes semiologias psiquiátricas do início do século XX, se encerra no diagnóstico (rótulo) e se perpetua na medicalização, a década de 1960/70 abre suas portas para trabalhos como os de Erving GOFFMAN, que tanto contribuiu para esclarecer estes mecanismos pelos quais as “instituições totais” (hospícios, conventos, prisões etc.) agem nos sentimentos de identidade e na construção da pessoa estigmatizada, com ou sem o seu consentimento.

Assim, encontramos a loucura, no século XX, como objeto de vários discursos. As concepções organicistas que a concebem como epifenômenos da vida fisiológica ou neurológica, e incluem num mesmo domínio, os campos da patologia mental e do corpo. O conseqüente esforço da psicopatologia em classificá-las, descrevê-las nosologicamente em entidades mórbidas, reconhecidas por manifestações fenomenológicas, são de imediato naturalizadas sem qualquer preocupação sociocultural mais ampla. Num outro extremo, concepções sociogênicas parecem desembocar quase que invariavelmente em projetos de crítica sócio-institucional, como os já referidos anteriormente, dirigindo-se à sociedade, às instituições, à família, mas que muito pouco iluminam os processos do fenômeno psicótico em si.

De fato, o recorte deste campo pode ser realizado desde vários pontos como: **clínica** (diagnóstico, tratamento e cura); a **instituição** (lugar institucional, extratos sociais, espaços de marginalização); a **família** (pertinência e lugar que ocupam no

---

<sup>88</sup>MOFFAT, Alfredo. *Psicoterapia do oprimido – ideologia e técnica da psiquiatria popular*. São Paulo : Cortez, 1980. O movimento psiquiátrico europeu exerceu forte influência no mundo latino-americano, em especial na Argentina.

sistema familiar). Dentro de todas estas possibilidades, quero dar destaque à sistemática e reiterada falta de matéria que trate da fala-discurso do sujeito psicótico no âmbito da teoria Antropológica etc.,<sup>89</sup> em que vem sendo tratada ‘pelas bordas’, pelo viés da família (loucura e família), da instituição (loucura e instituição), da sociedade (loucura e sociedade), da ciência (loucura e doença), da religião (loucura e fenômenos extáticos) sendo raro que seja apreendida a partir do discurso daqueles que a experimentam, ou seja, aqueles acusados de loucura.

---

<sup>89</sup>Em PERELBERG, Rosine J. “Família e doença mental em Londres: dois estudos de caso”, in: **Família, psicologia e sociedade**, coord. por Sérvulo Augusto Figueira e Gilberto Velho – Rio de Janeiro – Campus 1981, a autora realiza uma breve revisão de literatura que introduz a família como objeto de análise da doença mental nas décadas de 1950 e 60.

Também em “Identidade e perturbação”, em **Da vida nervosa nas classes trabalhadoras urbanas**, Duarte (op. cit.), resenha uma série de estudos antropológicos das relações entre loucura, umbanda e pentecostalismo.

### CAPÍTULO 3

## HIPÓTESES E METODOLOGIA

Conceber a loucura enquanto categoria social implicará considerá-la segundo variáveis sociais, manipulá-las, descrevê-las, e muito tem sido feito no sentido de determinar as modalidades de acusações emergentes nos diversos segmentos sociais. O pressuposto que dá corpo a este trabalho e em torno do qual todas as nossas hipóteses se arrolam é a de que o sujeito sobre o qual incidirá uma acusação de loucura apresenta uma especial construção de sua personalidade, que responde de maneira singular às necessidades, demandas e exigências da cultura. Em especial, que esta marca sociocultural de sua identidade se vincula, paradoxalmente, a sinais que o reconhecem **fora da cultura**, na **animalidade**, na ausência de sentido, entre outros.

É também pressuposto deste trabalho o de que, localizar, criar, demarcar e manter lugares de estranhamento ou deixar fora do mapeamento cultural determinados sujeitos sociais, possa constituir-se numa forma de manutenção da própria cultura, uma espécie de **anomia**,<sup>90</sup> que lhe permite manter o equilíbrio e reafirmar seus valores e regras.

Que o limiar de reconhecimento de que “este é um louco” seja particular e se transforme com a configuração da cultura já o demonstrou FOUCAULT. Observamos ainda que a maioria dos trabalhos sócio-antropológicos apresenta uma lista de etnografias, que se pode mesmo considerar extensa, cujo foco tem recaído principalmente nos sistemas de acusação e nos informa acerca da percepção social da

---

<sup>90</sup>MERTON, Robert King. **Sociologia, teoria e estrutura**. Mestre Jou, 1970. O conceito de *anomia* gerou grande polêmica e veio a ter importante repercussão na área de estudos envolvidos com o comportamento desviante. Utilizo aqui no sentido preciso de expressar, principalmente, a importância da estrutura social, não apenas na determinação do comportamento desviante, mas na função de pressão que exerce sobre pessoas localizadas nestas estruturas em que, aparentemente, as ‘normas estão ausentes’.

loucura.<sup>91</sup> A nós interessam os processos e as representações que estruturam e constituem o discurso do sujeito acusado de loucura, a partir da **memória** destes sujeitos.

Considerando-se o alto grau de complexidade e, por que não, da quase impossibilidade de recortar a loucura como objeto (critérios psiquiátricos, fenomenológicos, de classe social e outros), optamos por reconhecê-las a partir da emergência de uma “acusação de loucura”, originada na família, na comunidade ou no meio especializado, que desencadeie um processo de internamento hospitalar ou de tratamento psiquiátrico intensivo.

Embora busquemos abordar, na perspectiva comparativa, um modelo geral do **sistema de acusações de loucura** e estabelecer as relações que mantém com o discurso-fala destes **acusados de loucura**, o nosso foco será sempre o de obter e mapear o universo de representações que estes sujeitos, os acusados, apresentam sobre si mesmos, os outros, a comunidade ou a cultura.

Esse propósito depara-se com duas dificuldades, respectivamente, em relação à teoria e ao método. A primeira diz respeito a dificuldades já apresentadas anteriormente, como, por exemplo, a de identificar o louco às concepções e ao tratamento etnográfico dado a grupos desviantes em geral, posto não se constituírem em grupos, e manterem entre si a acusação de loucura. A segunda é a de que, se o sistema de acusações gira em torno da idéia de que o sujeito “não se comunica, “não faz laço social” ou está “fora da cultura”, como tomá-lo como informante de sua cultura?

Anteviu-se a possibilidade de proceder a uma análise de cunho antropológico quando, ao localizar a pesquisa na terceira fase do que GOFFMANN chamou de

---

<sup>91</sup>No capítulo “Doença Mental e Ritualização” in **As fronteiras do silêncio**, a autora destaca uma série de acusações e as identifica a processos presentes em momentos ritualísticos. As acusações surgem em momentos de “desnaturalizações das regras” em que as pessoas são obrigadas a pensar em sua vida diária. No trabalho “Umbanda e Loucura” in **Desvio e divergência: uma crítica da patologia social** (ibid, 1989), Simoni Lahud Guedes afirma localizar como a acusação de loucura manipula com as noções de poluição, o que corrobora nossas observações, e de contágio. Vide também Perelberg, ibid 1981, em que a autora realiza uma revisão de literatura da década de 1950, na qual o interesse próprio despertado pelos estudos de desvio e controle social introduz a família como objeto de estudo para compreensão da doença mental. Observa ainda, na década de 1960, um deslocamento destes estudos para a análise dos processos sociais envolvidos.

**carreira moral do doente mental**, ou seja, após o período de alta hospitalar, no tempo de sua reinserção no meio social, nos deparamos dentre os vários serviços situados no espaço tradicionalmente responsável pelo atendimento do egresso psiquiátrico, com o PA, grupo de auto-ajuda criado e conduzido por portadores de doenças mentais.

Ora, a existência desses grupos assinala a emergência de novas formas de organização grupal não tutelada, ao mesmo tempo em que nos permite localizar, no relato de seus integrantes, a **memória do delírio**, o que possibilita tomar o egresso como informante, do ponto de vista etnográfico.

O caráter essencialmente qualitativo dos dados que me interessam, permitiu-me trabalhar com poucos informantes. Estes foram encontrados entre os participantes do referido grupo, que se dispuseram a participar da pesquisa.

#### OS PSICÓTICOS ANÔNIMOS

Se você sofre de delírios, alucinações ou qualquer outro sintoma psiquiátrico inclusive depressão, junte-se a nós.

##### Princípios dos Psicóticos Anônimos

1. O único requisito para filiar-se ao PA é o desejo de recuperar-se de uma doença relacionada com a psicose.
2. Não há taxas de filiação no PA, embora doações sejam aceitas para cobrir as despesas do grupo de PA ou eventos especiais.
3. Tudo que se fala numa reunião de PA é confidencial.
4. Os membros de PA devem permanecer anônimos, exceto aqueles que queiram trabalhar em projetos especiais aprovados pela liderança central do PA.
5. Cada grupo pode estabelecer a sua própria forma de reunião submetendo-o à aprovação da liderança central de PA.
6. As decisões relativas ao PA como um todo são fruto da consciência de grupo de seus membros; nós confiamos em nosso Poder Superior para trabalharmos neste processo.

“NÃO SOMOS RESPONSÁVEIS POR NOSSOS SINTOMAS MAS SOMOS RESPONSÁVEIS POR NOSSAS REAÇÕES A ELES”.

Assim se apresenta o PA, grupo de auto-ajuda constituído por portadores de doenças mentais, fundado em agosto de 1996, em São Paulo e atualmente com

movimentos emergentes de implantação de novos grupos em vários estados como Rio de Janeiro, Minas Gerais, Paraná e outros.

Ao determinar meu interesse em tomar o doente mental como informante, deparei-me de início com vários “mitos” acerca da doença mental mas, de forma bastante particular, acerca do que se reconhece como “psicose”. Não poucos profissionais de saúde mental, psicólogos, psiquiatras e outros, ao tomar conhecimento do objetivo da pesquisa perguntavam: “Mas eles falam?”

Os Psicóticos Anônimos se integram a uma longa tradição de auto-ajuda, iniciada em 1935 com a Irmandade dos Alcoólicos Anônimos (AA). Tem seu programa de recuperação baseado no Programa dos Seis Passos, adaptação dos Doze Passos dos AA, e desenvolvidos pelos Schizopfrenics Anonymous, grupo de auto-ajuda surgido em Michigam em 1985.<sup>92</sup>

#### OS SEIS PASSOS DE RECUPERAÇÃO

Eu me rendo...

Eu admito que preciso de ajuda. Não consigo sozinho.

Eu escolho...

Eu escolho ficar bem. Assumo total responsabilidade por minhas escolhas e compreendo que minhas escolhas influenciam diretamente a qualidade de meus dias.

Eu acredito...

Eu agora acredito que tenho grandes recursos internos e tentarei usar esses recursos para ajudar a mim mesmo e aos outros.

Eu perdôo...

Eu perdôo a mim mesmo por todos os erros que cometi. Também perdôo todos os que me injuriaram ou me machucaram.

Eu compreendo...

Eu agora compreendo que pensamentos derrotistas e errados contribuem para meus problemas, fracassos e medos. Estou pronto para alterar meu sistema de crenças para poder transformar minha vida.

Eu decido...

Eu tomo a decisão de entregar minha vida aos cuidados do Poder Superior. Deus como Eu o Compreendo, entregando minha esperança e crenças derrotistas. Eu peço para ser modificado profundamente.

---

<sup>92</sup>Grupo de auto-ajuda para pessoas com esquizofrenia fundado pela Srta Joanne Verbanic, na área metropolitana de Detroit - Michigan. Tem o apoio da “Mental Health Association” em Michigan.

Tive a oportunidade de estar em quatro reuniões dos PA em Curitiba. As reuniões do PA se realizam todas as quartas-feiras e têm a duração de aproximadamente duas horas. É um grupo ainda em processo de formação, seus participantes têm uma base de elementos constantes, três ou quatro pessoas e um número variável de pessoas que vem e vão. Por esta razão, mantém um coordenador, um psiquiatra, que deverá se retirar à medida que o grupo se estabeleça, pois a natureza do grupo é a de ser constituída, conduzida e mantida apenas por “portadores de doença mental”. As reuniões têm início com uma prece conjunta, seus participantes em círculo, de mãos dadas.<sup>93</sup> Os novos elementos do grupo ou visitantes, se apresentam entre si e em seguida se realiza a leitura dos “Os seis passos de recuperação”. As experiências pessoais são trocadas e interpretadas em função dos “seis passos” e se referem a dificuldades atuais de cada um, como reconhecer os sinais de uma recaída ou como conviver com as inevitáveis crises. Fundamentalmente, a experiência **de cada um é compartilhada** num espaço não profissional instituído. A reunião é encerrada, com todos os seus participantes em círculo e de mãos dadas, por uma prece.

Durante o período em que participei dos encontros, na condição de convidada, pois, repito, o grupo é apenas para portadores de doença mental, expus a natureza do trabalho e convidei os componentes do grupo a participarem da pesquisa, e embora a maioria das pessoas presentes tenha se manifestado afirmativamente, apenas em cinco casos o contato se viabilizou.

Os contatos foram realizados a partir de entrevistas abertas e não dirigidas, cujo tratamento e sistematização se deu *a posteriori*.

O tratamento do material etnográfico foi conduzido no sentido de proceder à análise do pensamento, palavras e ações que constituem a conduta e o discurso daqueles acusados de loucura, levantados em seus níveis semântico e pragmático. Para isto, embora não seja minha intenção realizar uma análise da estrutura lingüística do

---

<sup>93</sup>“Psicóticos anônimos não está vinculado a nenhuma seita ou religião. Cada membro tem a liberdade de professar sua crença preferida. Ateus e agnósticos também encontram acolhida em nosso grupo”. Projeto Fênix – Associação pró-saúde mental, Boletim informativo, ano 1, n.1, jan./mar. 1998.

discurso dos informantes, tomarei as contribuições teórico-metodológicas dadas pela lingüística estrutural de SAUSSURE que distingue a **língua** (construída socialmente) da **fala** (realizada individualmente).<sup>94</sup>

A análise da experiência delirante buscará sua hermenêutica nas formações simbólicas identificadas pela Psicanálise, ao localizar na **alteridade** a constituição do sujeito; e na metodologia desenvolvida por TAMBIAH, em sua análise dos ritos nos seus níveis semântico e pragmático.<sup>95</sup>

Em face dessa tarefa de comparar os diferentes sistemas semiológicos, a saber, o discurso delirante e a conduta ritualística, tomei alguns elementos da teoria da comunicação elaborada por JAKOBSON e também de um dos precursores da análise estrutural lingüística, Charles S. PIERCE.<sup>96</sup>

Considerando ainda que a experiência delirante é constituída pela ação e manipulação de objetos, levo em conta a contribuição de Edmund LEACH em sua análise da sintaxe de uma linguagem não verbal.<sup>97</sup> Na sua opinião, na Antropologia Social, há uma tensão que se revela prioritariamente entre duas atitudes opostas: a dos empiristas e a dos racionalistas. A **posição empirista** está fundada na tradição funcionalista de MALINOWSKI e Raymond FIRTH, bastante próximas do estrutural-funcionalismo de Radclif BROWN, FORTES e GLUCKMAN e, em trabalho de campo,

<sup>94</sup>Ferdinand Saussure (1857-1913) distingue a **língua** – nível da competência (seu domínio léxico e sintático, o manejo de suas regras de combinação gramatical e de vocabulário), da **fala** – como ato individual de manejo da língua (em que o sujeito que fala procede suas escolhas particulares e constitui seu discurso para fins expressivos e de comunicação).

<sup>95</sup>Para analisar o rito como totalidade semântica e pragmática, Tambiah vai utilizar-se da perspectiva estrutural de Saussure, do sentido de ato/fala performativo de Austin, e das concepções triádicas do signo em Pierce. Stanley Jeyarja Tambiah, desenvolve sua metodologia de análise do processo ritual em TAMBIAH, S.J. In: **Culture, thought, and social action: an anthropological perspective**. Cambridge, Massachusetts, and London, England : Harvard University Press, 1985.

<sup>96</sup>Roman Jakobson, nascido em 1896 em Moscou, dedicou-se ao estudo da dialectomia e do folclore, da arte de vanguarda, notadamente o cubismo e o futurismo russo, e sua vinculação pessoal com a poesia exerceu um papel decisivo na gênese de suas idéias lingüísticas.

Charles Sanders Pierce (1839-1914) nasceu em Cambridge Mass, EUA. Educado no experimentalismo, tornou-se filósofo-lógico-matemático e criou uma nova ciência que definiu como “uma ótica para ver os signos”, a Semiótica.

<sup>97</sup>LEACH, Edmund. **Cultura e comunicação: perspectivas do homem**. Rio de Janeiro : Zahar, 1975.

localiza nas trocas econômicas a trama básica da vida social. **A posição racionalista**, fundada por LÈVI-STRAUSS, afirma a estrutura como um sistema de idéias comuns, que admite variações empíricas na vida social.

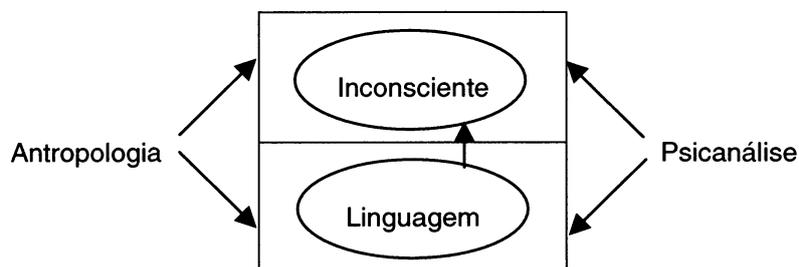
Fiel à perspectiva racionalista que busca nos diversos conjuntos de combinatórias e permutações possíveis, as variações empíricas de uma mesma estrutura, LEACH considera que racionalismo e empirismo devem ser tomados como abordagens complementares. Desta forma, todos os tipos de ação humana, e não só o falar, servem para veicular informação. Entendemos então que, assim como a pintura, os cultos, a música, as curas, a **experiência delirante**, tomada em seu aspecto pragmático também é uma destas formas de comunicação.

Finalmente, levo em conta as contribuições oferecidas pelo campo da Antropologia Social, principalmente no que concerne aos estudos acerca da ‘pessoa’ na modernidade, na perspectiva de encontrar determinantes culturais que favoreçam ou produzam novos modelos de subjetividade que permitam a inserção do sujeito delirante na cadeia de reciprocidade. Com este fim, apresento uma trajetória que considero paradigmática deste processo.

O trabalho de campo contou, portanto, com as seguintes etapas:

- 1) Para a construção do projeto de pesquisa foram realizadas observações, duas vezes por semana em uma das enfermarias do Hospital Espírita de Psiquiatria Bom Retiro, por um período de dois meses.
- 2) Com o objetivo de reconhecimento e diagnóstico dos serviços prestados na área de saúde mental na Cidade de Curitiba, foi elaborado um questionário que permitisse conhecer a estrutura organizacional dessas instituições, tanto particulares como públicas. Foram visitadas 18 instituições.
- 3) Após contatos com serviços mais diretamente dirigidos ao egresso de internamento psiquiátrico, o PA foi definido como local de seleção e contato com possíveis informantes. A partir da observação participante realizada durante quatro reuniões do grupo, seis pessoas se dispuseram a participar da pesquisa, embora uma delas tenha posteriormente desistido.

- 4) Seguiram-se os contatos com os informantes, realizados em suas próprias casas e por meio de entrevistas abertas orientadas para se obter suas histórias de vida.



Na intersecção de vários discursos, o antropológico, o lingüístico e o psicanalítico, o discurso da loucura: do mais 'estranho' dos outros ao mais 'outro' de nós mesmos.

## CAPÍTULO 4

### APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DO MATERIAL ETNOGRÁFICO

#### 4.1 O SISTEMA DE ACUSAÇÕES INTERMEDIADO PELO GRUPO FAMILIAR

Ao indicarmos as características centrais do processo de acusações, que nomeamos como assimétricas, em algumas doenças mentais, particularmente aquelas que se sustentam em processos delirantes, constatamos que as acusações apontam para alguns desvios funcionais em nível da linguagem e da comunicação que se manifestam em nível da língua (neologismos, por exemplo) e da fala (incoerência, alterações de sentido). Acrescento, agora, que seu processo comunicativo apresenta-se também comprometido em nível de conduta, um aspecto que chamarei de **performativo**, ou seja, acompanhado de um comportamento de atuação.<sup>98</sup> Esta **passagem para ação** implica ações, gestos e manipulações de objetos, que estão presentes, em graus de magnitude variáveis nas diversas manifestações delirantes.<sup>99</sup> Estes fenômenos, conhecidos pelos psicólogos como

---

<sup>98</sup>AUSTIN, John L. **How to do things with words**. Oxford : Clarendon, 1962. Em *Como fazer coisas com palavras*, publicado em 1962, Austin define e apresenta o conceito de linguagem performativa, em que exprimir verbalmente é fazer alguma coisa. Situações nas quais “dizer” algo é “fazer” alguma coisa. Classifica estes ‘atos de fala’ em três formas: realizar um **ato locucionário** é pronunciar uma sentença com um certo sentido e referência (uma asserção, uma descrição de um fato); realizar um **ato ilocucionário** é um pronunciamento que tem uma certa força convencional, um ato performativo que “faz alguma coisa” (avisar do perigo, prevenir, desculpar-se); e finalmente, realizar um **ato perlocucionário** se refere ao que nós ocasionamos ou obtemos “por dizer algo”, se refere às conseqüências que provocamos no interlocutor quando falamos. Para Austin, algumas sentenças só se tornam eficazes se, ao serem enunciadas, forem acompanhadas de certas ações ou circunstâncias adequadas, do contrário, o ato de fala, será nulo ou infeliz. Destes, o **ato ilocucionário** ou performativo é um **ato de fala** que se apóia na **ação**.

<sup>99</sup>FREUD, Sigmund. **Recuerdo, repetición y elaboración**. (Freud, op. cit., 1972). Não se encontra no pensamento psicanalítico freudiano uma sistemática teoria da ação, embora se encontre referências a várias de suas formas como: impulso instintivo, atuação, compulsão, sublimação etc. Freud se refere ao fato de o sujeito agir, de forma a expressar um elemento recalcado com o termo “agierem”, traduzido para o inglês como acting-out. LACAN, Jaques. A angústia. In: **Seminário livro 10**. Rio de Janeiro : Zahar, 1999. A expressão **passagem ao ato** representa uma elaboração teórica importante no pensamento lacaniano acerca das psicoses correspondendo a uma expulsão do sujeito em relação a sua ação.

Neste trabalho, o termo **passagem para ação** não se refere ao sentido psicanalítico da ação, mas a seu aspecto **performativo**.

“atuações” (*acting out*), consistem em alterações da conduta do sujeito a qual não se suporta na intencionalidade consciente e parecem se apresentar como os primeiros sinais que desencadeiam as acusações.<sup>100</sup>

“... *ele começou a andar sem parar, falava em caveiras e bodes, sem sono, comia café e sabão. Agrediu a todos fazendo um quebra-quebra. Depois tentou pular do 2.º andar*”.

...

... “*ele começou a bater a cabeça na parede, sem sono...*”

... “*teve a crise há um mês. Começou a falar alto, gritando, dando tapas nas pessoas*”.

...

“*Na primeira crise rasgou as roupas, ficou babando, quebrou o rosário da tia e perdeu a visão... Passou a levantar-se à noite, falar, rir e mexer nas coisas mesmo dormindo...*”

... “*ela pula a janela e fica nua conversando com o vizinho... Fuma e apaga o cigarro com os dedos, queimando-os. Faz suas necessidades fora do vaso, manuseando-as depois...*”

... “*ela começou a ter um comportamento estranho. Não comia, defecava no chão, catava coisas*”.

...

... “*de repente começou a não dormir, falando sozinho pela rua, fazendo cenas...*”<sup>101</sup>

Já observamos que o louco não pode ser dado como desviante, em sentido sociológico, pois o desviante se define por estar fora do grupo em determinados contextos, mas também em outros por estabelecer relações como qualquer outro indivíduo. Assim, diante de uma equipe de técnicos em uma reunião, nos situamos como *psicólogo*; em uma viagem aérea internacional como *brasileiro*; em uma sala de aula, como *professor*. No caso da doença mental, o sujeito é acusado de perder a

---

<sup>100</sup>O nosso informante estará referido neste trabalho como **sujeito**, na dupla acepção do termo: **sujeito passivo**, assujeitado e exposto a uma ação que não controla e **sujeito ativo**, ser individual real que se considera como realizando uma ação.

<sup>101</sup>Recorte de Acusações Familiares citadas por PERELBERG, *As fronteiras...*, p.161.

capacidade de exercer outros papéis sociais, o que lhe impossibilita a formação de vínculos grupais e afeta diretamente a sua vida relacional.<sup>102</sup>

No já citado trabalho de PERELBERG, a autora identifica a situação na qual emergem as acusações de loucura como “momentos ritualísticos nos quais as pessoas, o próprio sujeito e seus familiares, são levadas a pensar sobre as regras que seguem e que regem seu comportamento na vida diária”.<sup>103</sup> Utiliza-se particularmente da definição de DA MATTA que, ao retirar a conduta ritualística do universo do sagrado ou místico, define o rito como “um rearranjo de categorias da vida **cotidiana** (grifo meu), engendrando uma lógica diferente da lógica da vida diária”.<sup>104</sup> A noção de ritual é retirada então do espaço exclusivo do religioso,<sup>105</sup> como em GLUCKMANN ou em TURNER, e passa a ser também referida a momentos de **desnaturalização das regras** que ordenam a nossa vida cotidiana.

A autora destaca, na conduta global da família, uma série de mecanismos próprios da atividade ritual, a saber: **o princípio do exagero**, exacerbação e redundância dos aspectos da vida diária; **o princípio do deslocamento**, em que as partes se identificam com o todo; e **o princípio de condensação**, em que vários objetos ou coisas podem ser representadas por um único objeto.<sup>106</sup> Localiza estes

---

<sup>102</sup>Ver em DUARTE (op. cit.), no capítulo “Identidade e Perturbação” o conceito de unidades sociológicas.

<sup>103</sup>PERELBERG, *As fronteiras...*, p.54.

<sup>104</sup>DA MATTA, Roberto. *Carnaval, malandros e heróis*. Rio de Janeiro : Guanabara, 1990.

<sup>105</sup>Tanto GLUCKMANN (1962) como TURNER (1974) remetem a experiência ritualística às manifestações do domínio religioso identificando-as ao comportamento místico. Ver em GLUCKMANN, Max. *Les rites de passage*. In: *Essays on ritual of social relations*. By C.D. Forde, M. Fortes, M. Gluckmann, V.W. Turner. Oxford Road : Ed. Manchester University Press e também em TURNER, V.W. *O processo ritual – estrutura e antiestrutura*. Petrópolis : Vozes, 1974.

<sup>106</sup>Perelberg se utiliza dos conceitos de Freud apresentados em sua *Die Traumdeutung* (1900), acerca da linguagem simbólica dos sonhos, cujos processos nomeou como **condensação**, **deslocamento** e **dramatização**, mecanismos do processo primário do pensamento inconsciente e **elaboração secundária**, mecanismo que no sonho representa o pensamento consciente. (Freud, op. cit., 1972) Lacan identifica e reconhece nestes mecanismos, a própria estrutura do significante, ou seja da linguagem, que se orienta a partir da metáfora e da metonímia. Ver “A instância da letra no inconsciente ou a razão depois de Freud” em *Escritos de Lacan* (op. cit.).

processos no discurso familiar, ou seja, um discurso que explora as capacidades expressivas da linguagem.

Também observa que as acusações refletem e se concentram em revelar os primeiros sinais de loucura, em condutas corporais alteradas, ou seja, alterações nos hábitos de higiene pessoal; comportamentos funcionais básicos como defecar, descontextualizados; desordem nas técnicas de cuidado e funcionamento corporal geral (choro ou riso desmotivado, correr sem direção, não dormir etc.).

Os primeiros sinais da doença são apreendidos pelo discurso familiar como um desarranjo no esquema corporal e no sistema sensorial do sujeito acusado de loucura.

Reproduzo aqui o quadro em que se evidencia esta percepção familiar que incide sobre as representações do corpo, como indícios da doença, acrescentando outros dados.

GUSTATIVO	OLFATIVO	TÁTIL	AUDITIVO	VISUAL
- comia café e sabão	- fedendo	- gelado	- falava em cadeiras e baldes	- anda sem parar
- não dormia	- fedor de podre	- da tapas nas costas	- quebra-quebra	- pálido
- a primeira coisa é não comer	- fedia tanto	- agarra no meu pescoço	- falar alto	- emagreceu
- vai melhorar quando começar a comer		- sangra	- gritando	- bater a cabeça na parede
- comer fezes		- se corta	- falar demais	- desmaiou
		- apaga o cigarro com os dedos	- berros	- desnuda-se
		- esquivo	- risos	- bate-se
		- não abraça		- tranca-se no banheiro
				- perdeu a visão
				- esfaqueou
				- parado
				- babando
				- quebrou o rosário da tia
				- pula a janela
				- apaga os cigarros com os dedos
				- vira os olhos
			- fala sozinho	- defeca no chão
			- inventa palavras	- faz cena
			- fala sobre coisas que ninguém entende	- olhares ameaçadores

FONTE: Reproduzido de PERELBERG, **As fronteiras...**, p.164

Ora, PERELBERG define o momento em que uma família acusa um de seus membros de “loucura” e o interna em um hospital psiquiátrico como uma situação ritualística em que há um rompimento da rotina. Esta passa a ser expressa através do exagero, da condensação e do deslocamento, e determina um processo de reavaliação do seu comportamento cotidiano. No final do processo, um redirecionamento do próprio grupo, ou no sentido de um reordenamento interno de suas relações sociais, ou na dispersão e desintegração do próprio grupo familiar. Ao analisar o sistema de acusações de loucura elaborado pelo grupo familiar, a autora localiza a emergência de uma experiência ritual, como forma de lidar ou de dar conta de uma situação de crise.

Essa interpretação encontra, no entanto, uma série de dificuldades em relação às conhecidas teorias acerca do ritual. Este tem sido pensado como um *locus* privilegiado para se observar fenômenos de tensão, descontinuidade, ruptura e reintegração. Neste sentido, a experiência familiar daquele que é acusado de loucura contrasta pelo seu caráter irreversível, ou seja, o grupo familiar não volta a seu estado anterior, não se observa uma reafirmação da estrutura ou uma superação de suas contradições. Ao mesmo tempo, se o ritual é uma conduta eminentemente social, o processo vivido pelo grupo familiar tende a se concentrar num universo microssocial, como se o próprio grupo familiar se percebesse como objeto de intensos processos de exclusão, tendendo muitas vezes ao isolamento. A família se vê como “alvo de chacotas”, seus membros encontram dificuldades para arrumar um emprego, acabam muitas vezes evitando estabelecer novos contatos sociais. Uma outra característica do processo familiar, que a distingue do processo ritual, é a de que esta experiência não se restringe a tempo e espaço determinados – como as cerimônias, festivais, carnavais ou missas –, mas passa a ocupar **toda** a vida dos sujeitos envolvidos.

Estou a enfatizar que, no sistema de acusações que emerge no discurso familiar, caracteriza-se um movimento que ameaça a **vida social** dos sujeitos envolvidos, ao contrário da atividade ritualística que é a própria expressão da vida social.

Essas mesmas percepções de um discurso que perde seu sentido, uma fala que se desarticula e uma conduta na qual o sujeito não se reconhece, surgem, agora, no relato

da história e das representações da doença, lembradas pelos próprios sujeitos (objetos das acusações detectadas e formuladas pelo outro), o que a seguir procuro demonstrar.

#### 4.2 O SISTEMA DE ACUSAÇÕES NA MEMÓRIA DAQUELES ACUSADOS DE LOUCURA

É no discurso elaborado por aqueles “acusados de loucura” que podemos realmente encontrar uma experiência, que guarda com a experiência ritualística, e não sem algumas dificuldades, alguma semelhança de forma e de conteúdo, mais especificamente em sua estrutura processual e simbólica. Esta experiência poderá ser construída por meio do discurso do egresso, na terceira fase da carreira moral do doente mental, em seu processo de reinserção social, a partir de suas lembranças, a **memória do delírio**.<sup>107</sup>

Na grande maioria das vezes, o sistema de acusações de loucura é formulado por meio do grupo familiar, pelas pessoas mais próximas do sujeito. Estas pessoas serão também responsáveis pela autorização de internamento. A partir do internamento, a trajetória do sujeito poderá se determinar em, basicamente, três direções: o internamento poderá circunscrever um **momento de crise** que acionará uma série de estratégias de estabilização e o sujeito retornará à sua vida relacional, normalizando-a; a partir do primeiro internamento se iniciará um longo percurso, com freqüentes reincidências que determinarão uma **degradação geral de sua personalidade**, que poderá ou não ser seguida de um momento de reconstrução e reintegração social; ou finalmente, o sujeito poderá se **estabilizar na situação de crise**, identificar-se ao doente mental e jamais

---

<sup>107</sup>Utilizo aqui o conceito de delírio, do ponto de vista psiquiátrico por considerá-lo um conceito-chave na percepção social da loucura. Assim, delírio é definido como “erro de apreciação da realidade, de origem mórbida, que surge como uma evidência *a priori* (convicção independente da experiência), mesmo quando está em contradição com o real comum, com as opiniões e crenças coletivas”. (AMDP - Sistema de documentação e quantificação em psicopatologia). M. Paes de Souza, 1985.

alcançar um movimento de reintegração social e de reconstrução de sua identidade.<sup>108</sup> O nosso informante pertence, especialmente, ao primeiro e segundo grupos.

\* \* \*

Ao analisar as acusações de loucura nas lembranças do sujeito, que chamarei de **memórias do delírio**, não podemos deixar de reconhecer nesta rememoração da experiência um discurso que, como na atividade ritual, enfatiza as formas expressivas da linguagem, tanto em seu nível semântico como em seu nível pragmático.

Como na atividade ritual, a experiência delirante se organiza e se expressa num sistema que combina as palavras e a ação.

*E estava trabalhando nesta época e usando muita droga. Maconha, ácidos também né! Ai, minha mãe pegou e falou: O que está havendo? E eu ouvia vozes de uma certa pessoa, e pensava que era tudo verdade. Ouvia vozes do pessoal da rua e achava que era tudo pessoal, que estava com telepatia. Que tinha aprendido telepatia. Porque eu tinha comprado um livro de telepatia. Porque eu sempre fui envolvido assim, em ler bastante, e daí pensei que fosse telepatia. Corria muito, dormia tarde, levantava muito cedo. Passou mais de um mês e eu estava muito abatido, já não saía mais de casa, uma hora estava chorando, outra hora estava rindo. A mãe pegou e falou: assim você vai ter que se internar. E eu falei, agora eu vi que tenho que me internar mesmo.*

<p>Cesar, 1.º grau incompleto/30 anos  Internamentos: Hospital Psiquiátrico em Marechal Cândido Rondon (2)  Sanatório em Maringá (2)  Hospital Psiquiátrico em Cascavel (1)</p>
---

As manifestações da afetividade (coisas para rir, coisas para chorar) estão descontextualizadas e estas alterações no comportamento, nas formas de percepção

---

<sup>108</sup>BOTT, Elizabeth. **Family and social network**. Londres : Tavistock, 1968. Do ponto de vista psiquiátrico, esta evolução está determinada pela etiologia e natureza da doença. De um ponto de vista antropológico analisaremos, no próximo capítulo, o conceito de (rede social) network elaborado por Elizabeth Bott e o papel da rede social mantida pelo sistema familiar nestes processos.

(ouvir vozes), na conduta corporal e nas atividades diárias não são inicialmente sentidas como amedrontadoras ou desintegradoras. Este reconhecimento é antes realizado por outro, em geral, uma pessoa mais próxima do sujeito.

Nas suas lembranças, o sujeito aciona em relação a sua conduta o mesmo sistema que emerge no discurso familiar, julgando-as como estranhas ou impróprias, embora na ocasião do delírio o intenso sentimento de realidade que acompanha a experiência, mesmo as mais bizarras, a fizesse parecer absolutamente natural e inquestionável.

*Tudo começou com o problema do pulmão. Eu fui operado, perdi um pulmão... Ah, o pulmão foi o seguinte... (D. faz sinais indicando que havia se esfaqueado. Não quer falar pois a atual namorada, no cômodo ao lado, pode escutá-lo)... Foi o seguinte, não gosto de falar não... muito feio. Tinha vinte e poucos anos, no auge de minha carreira de futebol, então era para eu ser um excelente jogador de futebol. É, e ganhar muito dinheiro. Até os vinte e um, vinte e dois anos eu não tinha tomado remédio, nem um comprimido, nem nada, pra dor de cabeça, nunca tinha tomado uma injeção. Eu era terrível, a minha infância foi terrível. Eu tinha uma equipe de moleques que engraxava para mim, com dez anos eu era o terror para jogar. Fui expulso da escola duas vezes, batia nas pessoas, enfiei prego na cabeça de aluno... terror mesmo... eu apanhava todo dia, três vezes por dia, de manhã, de tarde e de noite ... Eu ficava agitado, super agitado ... Eu trabalhava na casa x (loja de tecidos). Era a campanha de retalhos. O pessoal subia com os retalhos para guardar e eu descia (risos). Eu fazia o inverso. Aí era época do natal, reunia toda a familiarada ... eu queria tirar a roupa, fazer sexo com todo mundo... o tempo todo.*

<p>Donato, 1.º grau incompleto/49 anos  Internamentos: Hospital Psiquiátrico Pinheiros (2)  Hospital Psiquiátrico San Julian (2)  Hospital Psiquiátrico Nossa Sr.ª da Luz (4)  Centro Psiquiátrico Metropolitano (Naps)  Hospital Psiquiátrico em Marília (2)  Hospital Psiquiátrico Shangrilá em Londrina (2)</p>
--

Outras vezes, mesmo quando a conduta geral do sujeito já chama a atenção dos outros, estes sinais são reconhecidos como agressividade, insubordinação ou esquisitice, até que uma **situação desencadeante** seja potencialmente capaz de fazer emergir o sistema de acusações de loucura.

Uma ação inesperada (tentativa de suicídio) pode dar origem à perplexidade do outro (familiares, vizinhos) e tornar o sujeito centro das atenções, de uma observação mais acurada de sua conduta.

*... Aí eu fui na missa de sétimo dia dele, e o padre chegou e eu já comecei ... o padre perguntou se tinha algum parente dele e eu me manifestei como amiga ... e eu já estava muito agitada, falante, só chorara, chorava, descontrolada.*

*A minha menstruação estava terminada e eu tinha visões neste sentido, falei para minha irmã que estava sangrando um monte.*

*... Eu achei que meu amigo, aquele que havia morrido de AIDs, havia incorporado em mim. Eu sentia ele entrar no meu corpo, sair do meu corpo. Daí eu comecei a fumar muito, ele fumava muito, daí eu aderi ao fumo, era porque eu estava possuída por ele, era ele que estava fumando. Quando eu sentia que ele tinha possuído meu corpo, eu via que os meus pés estavam totalmente brancos, como os pés de defunto mesmo.*

*... e eu estava há mais de uma semana sem comer, eu só tomava suco de maçã mas depois eu vomitava tudo, havia emagrecido 5 km, em uma semana.*

*... Eu estava vendo televisão, minha irmã estava na cozinha. Estava passando o jornal Hoje. Estava dando uma notícia e de repente eu ouvi um "flash". De uma coisa que eu tinha dito, dito pelo apresentador. Eu comecei a gritar: eu não disse?! A minha irmão ficava lá sem falar nada. Eu ficava puta... como só eu escutava? Aí eu pensei: Ah! Telepatia! Só eu ouvi porque ele passou por telepatia.*

<p>Fabiola, 2.º grau completo, contadora autônoma, 30 anos Atendimento psiquiátrico ambulatorial no CPM - Centro Psiquiátrico Metropolitano.</p>
--

Há freqüentemente, profundas alterações na construção do esquema corporal e um comprometimento das percepções cinestésicas, visuais, olfativas, auditivas, gustativas ou táteis. São comuns as alterações corporais, com perda de sono, emagrecimento, recusa em comer.

Muitas vezes o corpo é sentido como se transmutando na forma, no cheiro ou mesmo apodrecendo. No entanto, o sentido de realidade que acompanha a experiência, por mais bizarra que pareça ao próprio sujeito, não faz emergir a sensação de estar louco. Mas antes, um intenso sentimento de não ser aceito ou compreendido pelo outro.

*... Foi há pouco, uns dois anos atrás que eu tive uma crise muito forte. Comecei a sentir cheiros, cheiros estranhos.*

*... Eu não podia passar na ponte. Se eu não me agarrasse na ponte eu parecia que ia cair. Então eu tinha muito medo, muito destes medos. Lá na minha terra a gente tem que usar o ferry boat, para atravessar para as praias. Eu não, ficava ali no carro, se eu não bebesse alguma coisa, não tomasse nada de álcool, eu não conseguia dirigir, de jeito nenhum. Dava uma tremedeira ... uma agonia, uma ansiedade tão grande.*

*Ou calmante, álcool ou calmante, um dos dois.*

*... eu pensava, eu estou ficando louco, eu pensava comigo mesmo. De vez em quando vinha aquelas coisas na minha cabeça ... você tá ficando louco, você tá precisando de ajuda.*

*... por causa da ansiedade ... eu tava enlouquecendo, eu tava louco pra me matar. A única coisa que eu tinha na minha cabeça era isso.*

*... na primeira vez, não sei, não me lembro ... vomitei, tava falando besteira, andava pela casa falando besteira. Aí caí de costas, parece que ia dar curto na minha cabeça. Sentia cheiro ruim, falava com o gato. Dizia: tira este gato de perto de mim ...*

Ricardo, 2.º grau, segurança, 35 anos  
Atendimento psiquiátrico ambulatorial no CPM - Centro Psiquiátrico Metropolitano.

Embora o sujeito já tenha vivido intensa experiência de angústia, medo e sentimento de desintegração, apenas na emergência de uma alteração delirante, acompanhada ou não de alucinações,<sup>109</sup> ele é reconhecido como louco.

*Bom, a minha doença começou, eu não sei a causa ... faz uns sete anos ... eu vivia enfiada no quarto, uma hora eu falava demais, outra hora eu me enfiava no quarto, ficava no escuro, não queria ver ninguém ... mas eu não sei dizer do que eu tenho medo.*

*Às vezes eu estou na rua e começa a me dar medo, e eu esqueço onde estou, não lembro mais onde eu fui, nem o caminho de casa.*

---

<sup>109</sup>EY, Henry; BERNARD, P. & BRISSET, C. **Manual de psiquiatria**. 5.ed. Masson Atheneu, revisada e atualizada. Alucinação é um distúrbio de percepção que consiste na sua forma mais característica em uma percepção sem objeto. Enquanto “falsa percepção” deve ter todos os atributos de ‘sensorialidade’ e ‘objetividade’ pelos quais a percepção se distingue da imaginação. Enquanto percepção sem objeto, deve ser produzida sem os estímulos que normalmente desencadeiam a percepção. Podem ser visuais, auditivos, gustativos ou olfativos e táteis.

*Eu falava, pedia perdão ... depois comecei a bater no meu filho, no meu pai, na minha mãe ... não era raiva de quebrar as coisas, mas raiva de bater, raiva das pessoas. Escutei vozes, mas só no comecinho. “eu vou te matar”. É o que mais lembro, que ia me matar. Era a voz do meu irmão ...*

Ivone, 2.º grau, balconista, 36 anos  
Internamentos: Hospital Pinheiros (3)  
Hospital Nossa Sr.ª da Luz (2)

Apesar de o sujeito poder manter alguma desconfiança ou o sentimento de que “algo não está indo bem”, a experiência é sempre acompanhada de um forte ‘sentido de realidade’. Qualquer movimento dos outros, em geral das pessoas mais próximas do sujeito, no sentido de observar que ele não está bem, é experimentado com forte sentimento de perseguição, incompreensão, e a idéia de estar doente é violentamente recusada.

Por outro lado, o processo de desintegração no nível relacional do sujeito pode ser tão intenso e devastador que, muitas vezes, a idéia da doença, ou mesmo o internamento, pode ser vivida com certo alívio, pois permite materializar e tornar objetivável uma experiência, na maior parte dos casos, vivida na intimidade do eu.

O que nos importa dar destaque é que nas representações da loucura recuperadas pelos **egressos**, mas especialmente pelos sujeitos que estão num processo de reinserção social e reconstrução de sua vida relacional, as categorias com as quais nomeia sua loucura são as mesmas mobilizadas pelo meio cultural ao qual pertencem. Ou seja, a “memória do delírio” oferece uma maneira de penetrar no discurso social sobre a loucura, numa etnografia da loucura.



### 4.3 O INTERNAMENTO

Por mais esquisito, excêntrico, revoltado ou agressivo, ou mesmo bizarro, que um sujeito se mostre, é a partir do internamento, da hospitalização ou mesmo de uma intervenção psiquiátrica, que se localiza um momento de ruptura cujas conseqüências se traduzem em um complexo processo de **desconstrução** de sua personalidade anterior e da **construção** de uma nova identidade, a saber, a de doente mental.<sup>110</sup> Deste processo, largamente descrito por GOFFMAN, pode-se destacar: o afastamento brusco de todas as atividades da vida diária e do convívio familiar, o assujeitamento a todas as normas de convívio estabelecidas pela instituição, a perda de pertences pessoais (por vezes as próprias vestimentas) e da privacidade pessoal, e finalmente, a necessária adoção de um novo comportamento adequado a um paciente psiquiátrico. Estes novos comportamentos incluem a incorporação de um grande número de categorias que, como já demonstrei, compõem as representações que o apreendem como psicótico, a saber: a animalidade, o infantil, o perigoso, a desordem etc. A própria entrevista de admissão hospitalar, chamada de anamnese psiquiátrica, que constrói seu caso do ponto de vista clínico, é constituída para demonstrar que *“há muito tempo estava doente, que finalmente ficou doente, e que se não fosse internado tudo poderia ter ficado pior”*.

Despojado de todas as referências pessoais, hábitos e relações sociais, no momento em que se encontra desorganizado psiquicamente, despojado de defesas e mecanismos de adaptação usuais, o sujeito entra no anonimato promovido pelas estruturas institucionais dos hospitais psiquiátricos. Por vezes, este anonimato é até

---

<sup>110</sup>A categoria **doente mental** abrange, na concepção popular como na científica, um número considerável de doenças que produzem sintomas de natureza mental e comportamental. Fenômenos como adição a drogas, alcoolismo, perversões as mais diversas, estão assim nomeados. Em função disto, nomearemos o nosso sujeito, quando necessário, de **psicóticos** por estarem estes, ao longo do tempo, concebidos como “delirantes” ou “loucos”.

desejável pois o paciente não deseja ser reconhecido naquela posição deplorável na qual se encontra e deixa de ser uma **pessoa**.<sup>111</sup>

Para DA MATTA, o homem brasileiro encontra-se ideologicamente comprimido entre o ideal formal, igualitário e libertário da modernidade, e o ideal aristocrático e holístico das sociedades tradicionais, em que o valor da “pessoa” é dado hierarquicamente.<sup>112</sup> Na escala de valores sociais, é reconhecido enquanto “pessoa” pela rede de parentesco e influência que o posiciona frente à massa despersonalizada e indistinta, composta de indivíduos iguais e anônimos. Estes fenômenos foram claramente observáveis durante os contatos com as instituições de internamento ou de permanência que realizamos. Ao visitarmos instituições de caráter público, estas se dispõem a nos guiar e fazer conhecer todas as dependências do estabelecimento, em especial as enfermarias e os internos; as de caráter particular nos recebem muitas vezes na sala de espera e impedem com rigor qualquer contato direto com os pacientes. Nas instituições de caráter misto, a conduta se mantém, com o acesso sendo facilitado e até estimulado nas enfermarias e absolutamente negado nos quartos particulares.<sup>113</sup>

Durante o internamento, o sujeito é submetido a uma série de experiências de mortificação, desde os métodos de contenção mais ou menos violentos, mas quase sempre aplicados sem que o sujeito seja informado sobre seus objetivos, efeitos e benefícios, até técnicas sofisticadas de persuasão-manipulativa. Entendemos por técnicas persuasivo-manipulativas todo um sistema de convívio institucional, fortemente apoiado nas regras e administrado por meio de esquemas de punição e recompensa como: controle das chaves – assunção gradativa de papéis auxiliares, cumprimento dos horários, participações nas atividades etc. Desta forma, o ambiente

---

<sup>111</sup>MAUSS, Marcel. Uma categoria do espírito humano: a noção do eu. In: **Sociologia e antropologia**. São Paulo : EPU da USP, 1974. Entendemos por pessoa (*do lt persona*), atributos de natureza metafísica, cerimonial, moral e jurídica atribuídas ao indivíduo.

<sup>112</sup>DA MATTA, op. cit.

<sup>113</sup>Quanto mais o valor da **pessoa** for dado por relações de parentesco e influência, mais a identidade dos sujeitos, acusados de loucura é, mantida oculta e no âmbito privado (familiar).

hospitalar se espelha no meio social externo compondo uma organização que se conhece por **comunidade terapêutica**.

*Me assustei demais, nossa mãe, o que a gente vê lá dentro. Tinha gente que usava droga lá dentro e eu não estava mais querendo usar porque eu tinha um plano em minha vida, um plano de parar com a droga. Mas para parar com a droga eu tinha que ter algum objetivo na frente, por exemplo, casar, ter filhos, ser alguma coisa. Eu gosto muito de música, poderia ser um compositor, um cantor.*

*Então tudo isso me fez parar. Parei por um tempo, mas eu já estava mal, as vozes estavam muito na minha cabeça. Mas o pessoal estava usando droga lá dentro, me ofereceu, eu não quis usar, mas daí eu peguei...*

*... foi muito ruim, demais. Levei um eletrochoque lá que ‘pelo amor de Deus!’ Eu até fiquei com medo de ir em hospital psiquiátrico. Eu fiquei com medo de ir para o hospital porque aquele choque, quase me matou. Eu desmaiei e fiquei muito mal, ficava mole, dormia demais e não fazia nada. Não tinha força, doía o corpo todo. Eu acho que aquele choque foi bom para mim porque me “limpou” por dentro, eu senti que toda sujeira saiu, sabe, aquela sujeira. Mas eu não quero levar nunca mais um daqueles, porque é muito triste. (Cesar)*

Quase todas as iniciativas pessoais são percebidas como “sinal” de loucura. Uma das participantes do grupo de PA que freqüentei, com longo “currículo” de internamentos, conta que em uma das ocasiões em que esteve internada, por estar com dor de barriga, dirigiu-se à farmácia para solicitar uma medicação. Muitas vezes, a medicação psiquiátrica, quando em doses inadequadas, pode dificultar ou até impedir a comunicação e a expressão do paciente (impregnação). De fato, ela não foi compreendida: *“quando eu vi, estavam todos encima de mim [técnica de contenção, conhecida por grupo de oito, em que oito pessoas, seguram e mantêm os membros inferiores e superiores do paciente imobilizando-o] e em seguida me deram um calmante que me ‘apagou’”*.

Interessante observar como, em um ambiente hospitalar, a saúde clínica geral do paciente pode ser quase que totalmente desconsiderada. Sem precisar nos remeter aos asilos do começo do século, com seus loucos furiosos e ambiente insalubre ou mesmo ao ambiente profundamente empobrecido descrito por MOFFATT em hospitais

do Terceiro Mundo, é muito comum o paciente perder os seus dentes, adoecer, passar fome, ser submetido a uma dieta imprópria.<sup>114</sup>

*Fui internado no S.J. e quase morri. Uma moça, minha vizinha, ela me salvou. Ela disse para o meu irmão: se vocês não tirarem ele dali, ele morre. Eu desmaiei, acho que umas “trinta” vezes, de forme, de tudo...*

*Não, não aceitava ser internado, foi difícil. O que me revoltou muito é, por exemplo, você ser supercatólico e ser internado num hospital espírita ...*

*... foi terrível. Hospital psiquiátrico não é fácil. Deus me livre, é uma tortura. Eu oro a Deus, duas vezes por dia, porque eu nunca mais quero ser internado em hospital psiquiátrico.*

*Lá, é terrível, veja os meus braços, eu sou forte, sempre tive muita força aqui (mostra os músculos do braço). Eles punham aquelas faixas e eu arrebatava tudo. Eu sofri muito no internamento.*

*Quando eu saía do hospital, eu saía “borococho”, quieto, não conversava com ninguém. Eu que sempre fui expansivo, brincalhão, para mim nunca houve tristeza na minha vida. Mas quando eu saía do hospital, eu saía muito quieto, muito calmo. (Donato)*

Um aspecto inquietante da atitude do **cuidador**, pessoal que na vida diária do hospital permanece em contato direto ou indireto com o sujeito (auxiliares, serventes, estagiários etc.), é a ação de despersonalização e de infantilização que promove nos internos. Pode-se observar uma jovem estagiária de psicologia dando “tapinhas” na cabeça de um homem de meia idade e como se faz com os bebês, exclamando: “tá bonzinho hoje, tá?”. Ou uma funcionária, arrastando uma jovem recém-admitida, totalmente “dopada”, para uma festa junina, apesar de seus apelos de voz pastosa em que insiste em dizer que **não quer** participar. Afinal, pensa a funcionária, ela deve participar das atividades, isto é **bom para ela**.

*Eu lembro uma vez, estava internado no P., eles tratavam a gente muito mal, sabe. Fazia uns seis meses que não chovia aqui em Curitiba. Eu entrei no banheiro, as dez horas da noite. Apagou todas as luzes. Eu fiquei no banheiro, só de sunga e de perversidade mesmo, arranque..., e entupi os vasos, os tubos que sai água, tampei*

---

<sup>114</sup>MOFFATT, Alfredo (op. cit.) ver “O habitat manicomial” em que o autor descreve a degradação mental e material promovida pelos manicômios do Terceiro Mundo, em especial na Argentina da década de 1970.

Em um dos casos narrados, por ocasião de minha pesquisa, o sujeito era vegetariano e diariamente constringido a “comer o que tinha: carne”. Isto lhe provocava náuseas terríveis, acompanhada de vômitos.

*tudo... todas as torneiras, chuveiro, tudo. Abri tudo e fiquei lá, a noite toda sem dormir. Encheu tudo de água e só às seis da manhã...*

*Outra vez eu toquei fogo no hospital, duas vezes, porque tinha uma mulher lá, que trazia droga no hospital. Eu fiquei enfurecido, com muita raiva, corri atrás dela, ela fechou a porta. A porta de aço, dava uns trinta centímetros. Eu fui para trás, contei uns trinta passos para trás e... eu era forte... meti o braço na porta. Vieram os enfermeiros, me pegaram por trás, assim... Tentaram me dar uma injeção, eu fazia assim (mostra a força muscular e o líquido voltava).*

*Uma vez, eles não conseguiam me segurar e daí me botaram num cubículo, quebrei o cubículo. Me botaram na camisa de força, arrebentei a camisa de força. Eu ficava com uma força sobrenatural. Aí eles foram me botando de cubículo em cubículo. No último, só cabia eu no cubículo, e tinha um colchão de palha. Um amigo meu havia me passado um palito de fósforos que eu havia escondido dentro da boca, entre os dentes. Aí me trancaram, botei fogo no colchão, só vi aquela fumaça, quase queimando tudo lá. Aí, abriram a porta. Esse não tem jeito não, pode soltar. Fizeram de tudo. Eu acho que se conversasse era mais fácil. (Donato)*

O universo altamente regrado, com horários alheios à rotina pessoal, a subordinação cega às normas (qualquer contestação é vista como  **sinal de loucura**), o sistema de punição e recompensa (possuir as chaves dos corredores ou perder o direito de fumar, assumir tarefas auxiliares) tem um efeito paradoxal: não se adaptar ao ambiente é a confirmação de que o sujeito é louco e adaptar-se significa perder o sentido de  **si mesmo** como pessoa.

Os efeitos mais ou menos danosos do internamento estão em relação direta com sua duração, o número de reincidências e principalmente com a rede social que o sujeito mantém com seu grupo. A situação de crise provocada pela doença mental, em particular, pela psicose de um de seus membros, pode produzir na unidade familiar, a sua mais ou menos completa desintegração ou a reafirmação destes laços familiares. PERELBERG demonstra, na obra citada, por meio da análise de dois estudos de caso, que famílias que possuem rede social de malha estreita – significando fortes laços sociais com um grupo, religioso ou comunitário ou mesmo parental – tendem a lidar com situações de crise na sua própria rede de relações (*network*) caracterizada por vínculos fortes e próximos. Nestes casos, não só o internamento é evitado ou limitado a curto espaço de tempo, como o processo de reintegração do sujeito é facilitado. Já famílias que possuem relações de malha frouxa – com poucos e frágeis vínculos com

outros grupos – tendem a realizar um movimento contraído em relação ao *network*, escondem o que está acontecendo e, conseqüentemente, se isolam. Nestes casos, a estratégia é a de recorrer aos canais formais, serviços profissionais especializados e ao internamento. O apelo ao internamento torna-se freqüente, a reincidência aumenta. O risco de desintegração familiar e conseqüentemente os movimentos de exclusão sobre o paciente e sobre a própria família são menores, no primeiro caso que no segundo, em que as explicações para a crise são buscadas na história individual, gerando tensões e conflitos internos muitas vezes desintegradores.

\* \* \*

Retomando aspectos históricos já desenvolvidos anteriormente, cabe ressaltar que com a desarticulação dos grandes hospitais-depósitos do século XVIII, que abrigavam desde mendigos, prostitutas, oponentes do rei, até doentes e criminosos, surgem os manicômios que, fiéis ao espírito humanista, libertário e racionalista de Pinel, se organizam no sentido de proteger, amparar e reeducar o doente mental. Este modelo, fortemente apoiado e mesmo centralizado na figura do **alienista**, que acumula os poderes de administração (ambiente protetor e fortemente normatizado), jurídicos (internamento compulsório) e terapêuticos (tratamento moral) vai dando lugar a procedimento cada vez mais violentos, repressivos e estimatizantes. Surgem os **manicômios-asilos**, onde o doente entra para “nunca mais voltar”.

Quando, em meados deste século, as concepções organicistas se impuseram sobre o tratamento moral de forma mais definitiva, vemos emergir o doente mental em seu *status* completo de alienado e medicalizado. Nesse contexto, surgem os hospitais psiquiátricos; a instituição se organiza a partir de uma série de disposições graduadas em torno das enfermarias, unidades administrativas denominadas **serviços** e da possibilidade de o paciente vir a ter **alta**. As enfermarias se estruturam em níveis graduados: Ala “c”, dos loucos “varridos”; Ala “b”, dos loucos inofensivos, calmos e adaptados; e finalmente, Ala “a”, aqueles passíveis de receber **alta hospitalar**. Nessas

instituições, que chamaremos de **clássicas**, já encontraremos vários serviços, chamados paramédicos, como os de Enfermagem e de Assistência Social. O tratamento é assentado quase que exclusivamente nos psicofármacos.<sup>115</sup>

Nas décadas de 1970/80, as idéias de uma **comunidade terapêutica** em que **todos curam**, dão lugar à ação da equipe terapêutica que rompe com a exclusividade do modelo médico-psiquiátrico e incorpora profissionais de diversas áreas (psicólogos, terapeutas ocupacionais, sociólogos), inaugurando o conceito de **Trabalhador em Saúde Mental**.<sup>116</sup> Tais instituições tendem muitas vezes ao uso, ao invés de técnicas coersitivas-punitivas de controle, de técnicas persuasivo-manipulatórias (sofisticados sistemas de punição e recompensa).

No quadro da política de setorização de 1961 surgem os **hospitais-dia**, estabelecimentos que devem assegurar o tratamento psiquiátrico intensivo de pacientes que à noite retornam às suas casas; **hospitais-noite ou pensões protegidas**, em que os pacientes mantêm seus vínculos de emprego; as **oficinas protegidas**, estabelecimentos com finalidades adaptativas em que o paciente é mantido em atividades recreativos-ocupacionais e também encaminhado para formação profissional.<sup>117</sup>

Nas visitas de reconhecimento de serviços prestados na área de Saúde Mental, na cidade de Curitiba, constatamos a coexistência de todos os modelos mencionados no Capítulo 1, com um evidente processo de modernização inclusive nas instituições que ainda mantêm estrutura mais clássica. O modelo asilar encontra-se praticamente extinto,

---

<sup>115</sup>Essas instituições foram descritas como “instituições totais” em “O Modelo Médico e a Hospitalização Psiquiátrica” – algumas notas sobre as vicissitudes das tarefas de reparação, Goffman (op. cit.). A antipsiquiatria apresenta uma crítica contundente à administração abusiva de psicofármacos em hospitais psiquiátricos que, se elevados nas doses ou mal administrados, funciona, como “camisas de força – químicas” com inúmeros danos e efeitos colaterais. (MOFFAT, op. cit., 1980.)

<sup>116</sup>GRIMSON, W.R. **Nuevas perspectivas en salud mental** - instituciones y problemas. Buenos Aires, Argentina : Ediciones Nueva Vision, 1973. As realizações de Maxwell Jones, no Belmont Hospital de Londres e depois em Dingleton, Melrose, Escócia, são representativos desta corrente. Na Argentina, uma completa reestruturação do sistema é proposta por grupos de psiquiatras-psicanalistas.

<sup>117</sup>Organização Oficial da Política de Saúde Mental na França, criada pela circular ministerial de 15 de março de 1960. Sua política representa ainda hoje uma das tendências gerais da Organização Psiquiátrica nos vários países do Terceiro Mundo, industriais avançados. Vem sendo implantada no Brasil.

embora algumas instituições se assentem no internamento, e em todas se organizam os movimentos de constituição de equipes multidisciplinares e a implantação de novas estratégias de atendimento, que visam manter o paciente no seu meio.

Sublinhamos essas mudanças estruturais que vivem as instituições de saúde mental, por considerarmos seus efeitos de grande importância na emergência de uma nova formação discursiva acerca da doença mental.

#### 4.4 A MEMÓRIA DO DELÍRIO E O RITUAL

Não posso deixar de reconhecer, no sistema de acusações elaborado pelo discurso familiar uma referência à experiência ritual, como entendeu PERELBERG, mas apenas no sentido preciso de que este discurso organiza a percepção da loucura, enfatizando as **formas expressivas da linguagem**, num nível semântico e num nível pragmático. Mas, devo dizer que a experiência, enquanto loucura, embora experienciada por todos, é percebida como vivida apenas **pelo acusado de loucura** e o sistema de acusações elaborado pela família como aquele que **fala** desta experiência.

\* \* \*

Em *A Interpretação dos Sonhos*, ao descrever o fenômeno onírico como uma atividade mental em que o pensamento perde os encadeamentos promovidos pela lógica da consciência-contiguidade, identidade, causalidade, diferença ou igualdade – e se organiza não mais a partir de uma racionalidade consciente, mas a partir de **processos primários** de “realização de desejos”, FREUD estabelece a existência de um pensamento **inconsciente**, cuja essência é ser estruturado a partir de processos primários, a saber, pela lógica da condensação, do deslocamento e da dramatização. A elaboração onírica é constituída por um pensamento substitutivo que **condensa** várias representações em uma só, tendo por princípio a analogia que estas mantêm entre si; que **desloca** uma representação transferindo o valor de uma para outra; e, finalmente,

que se manifesta na forma de um drama, ou seja, se apresenta visualmente numa **dramatização** da cena que se quer representar.

O sonho é, então, um fenômeno **mental** que se manifesta na forma de um pensamento visual, a cuja ação o sujeito assiste, como um espectador. Em muitos aspectos surge como uma **alucinação** diante do sonhante: produz um intenso sentimento de realidade e é visto como qualquer objeto de percepção. Mas não podemos dizer que é uma alucinação, porque o sujeito está dormindo e, por mais intenso que seja o sentimento de realidade, o sujeito **sabe** que é um sonho. Ora, o sonho é uma atividade psíquica do cotidiano, **todos** sonham.

A experiência delirante, aqui identificada com estas mudanças de conduta corporal, discursiva e de comportamento do sujeito, já destacadas no sistema de acusações, guarda com a experiência onírica diferenças e semelhanças fundamentais, que destaco no quadro abaixo.

SONHO	DELÍRIO
O sujeito está dormindo	O sujeito está acordado
Curta duração (segundos)	Longa duração (dias ou mais)
Intenso sentimento de realidade (sem alteração no julgamento de realidade)	Intenso sentimentos de realidade (com perda do julgamento de realidade)
O processo se dá na mente – não há ação externa	O processo se desenrola na realidade – passagem para a ação
Estado de consciência alterado (sono)	Estado de consciência alterado (vigília)

Dois aspectos fundamentais, do ponto de vista formal, distinguem os sonhos dos delírios. Embora ambos sejam vividos em um estado de consciência alterado (perda das relações lógicas da atividade consciente), o pensamento onírico se processa **na mente**, durante o **sono** e o delírio se processa **no real** da vida cotidiana, em estado de **vigília**.

Porém, na análise dos depoimentos de nossos informantes, encontramos, na estrutura da experiência delirante, a mesma natureza de pensamento que se revela no sonho, a saber **um pensamento simbólico**, que combina palavras e ação, orientado por uma lógica não preditivo causal, sobre a qual se apóia a racionalidade científica, mas uma lógica que não pode ser julgada como verdadeira ou falsa.

*Depois da morte de meu amigo eu achei que ele havia incorporado em mim. Eu sentia ele entrar no meu corpo, sair do meu corpo. Eu fumava muito, ele fumava muito, então eu achava, ... eu aderi ao fumo. Porque eu estava possuída por ele, então era ele que estava fumando. Quando eu sentia que ele tinha possuído o meu corpo, eu via que os meus pés estavam totalmente brancos, como pés de defunto mesmo.*

*... eu cheguei e liguei a televisão. Eu não podia ler nada, ler uma revista ou ver nada, que eu começava a delirar. Eu liguei a televisão, estava passando o jornal nacional. O repórter estava dando a notícia e eu não podia prestar atenção. De repente, eu ouvi um “flash” de uma coisa que eu já tinha dito. Daí eu falava para minha irmã que estava na cozinha, olha aí, eu não falei, eu não falei! E ela ficou ali, sem falar nada. Eu ficava numa agonia, sentava um pouco, aí eu me acalmava. Daí, eu pensei que era telepatia, ele passou só pra mim e eu ouvi. Ele passou a notícia e eu ouvi.*

*... depois eu descobri, quando já estava numa boa, que esta telepatia que eu achei que ele havia passado para mim, era o meu pensamento.*

*Eu estava no consultório do médico e vi uma reportagem do Airton Senna. Daí comecei a pensar que meu irmão era o Airton Senna. Mas eu tinha consciência de que Airton Senna era uma pessoa e que havia morrido. Então, eu queria dizer que o meu irmão era o Airton Senna em outra encarnação. Ou ia ser em outra encarnação. Mas o provável é que ele ia ser, em outra encarnação. Ele não ia voltar para o passado. Era um absurdo, só que ele ia ser o Airton Senna em outra encarnação.*

*Hoje eu relaciono isso, de eu ter associado o meu irmão ao Airton Senna, por que ele corria muito, ele sempre corria demais quando ele ia viajar, e ele viaja muito.*

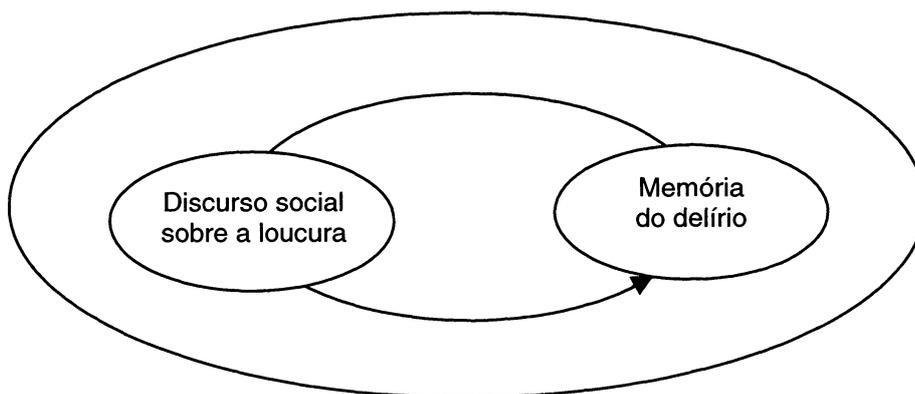
*... a minha depressão era no sentido de que a vida não tinha sentido, a falta de sentido da vida. Que não tinha sentido você nascer, sofrer e morrer... Aí, eu questionava muito. Quantas e quantas vezes eu falei para meus irmãos que eu devia ter morrido durante a crise. Que tinha sido melhor, durante a crise eu não tinha medo da morte. Só que durante a depressão eu falava muito em morte. (Fabiola)*

Todo um conjunto de objetos com os quais manipulamos o nosso mundo e o representamos, desde as técnicas de manutenção do corpo, a função de objetos de uso pessoal, até as ferramentas da vida cotidiana estão **descontextualizados**, adquirindo novas e desconhecidas significações. A ação é determinada por um pensamento que comprime, sintetiza por **condensação** várias pessoas em uma só. (Airton Senna = irmão, corpo do amigo = meu próprio corpo), e por um pensamento que transfere, **desloca** propriedades de um objeto a outro (a qualidade de morto se transfere para o sujeito).

*Eu falava, falava sem parar. Depois, comecei a bater no meu filho, no meu pai, em todo mundo. ... eu não conseguia dormir, só falava, falava. ... andando pra frente e pra trás. Aquela raiva de quebrar as coisas eu não tinha, era raiva das pessoas. Só no começo eu ouvia vozes... eu vou te matar! É o que mais eu lembro... destas coisas. ... era do meu irmão, a voz parecida com a dele, que queria me matar, que não sei o que... (Ivone)*

Uma das características do discurso familiar acerca da loucura é a forma redundante e exagerada com que se referem às condutas do sujeito em estado delirante. Esta característica se mantém no discurso daqueles acusados de loucura, ao relacionarem sua experiência delirante. Seus atos são descritos como ações repetitivas, gestos enfáticos, frases veementes.

Embora em um estado de consciência alterado, o sujeito pode não perder este sentimento de “si”, de identidade e suas funções mnêmicas se manterem intactas. Mas, em geral, a consciência é perdida durante a crise e, neste caso, as lembranças do delírio deverão ser encontradas, por meio do discurso do outro (discurso familiar) o que terá um papel central, no movimento de reinserção do sujeito na cadeia de reciprocidade.



*Eu nunca perdi a noção das coisas, lembro tudo. Quando eu estava doente, incrível, eu lia a bíblia no escuro, a luz apagada, eu conseguia ler a bíblia. Oh! Os números, sabia a idade de todo mundo. Engraçado, eu chegava e falava, você tem tantos anos. Tenho. Nunca entendi aquilo, sabe? Você acredita que eu falava até a data de nascimento da pessoa? Não sei se é paranormal ou não. Um dia eu fui para a ilha do mel, com uma menina, com um amiga minha e, duas irmãs e dois amigos. Daí, eu estava dentro do banheiro e, no chuveiro, eu me sentia assim... mais que os outros. Eu sentia que era biônico, parecia uma coisa de outro mundo, sabe?*

*Eu não tinha limite, não tinha limite, sabe? Eu começava a vender... eu tenho um pouco de ansiedade... trabalhava assim, com vendas. Agora eu acho que vou ter mais controle, tenho que me controlar sabe? Porque, por exemplo, hoje eu vendo duas máquinas, amanhã eu quero vender quatro, oito, dezesseis, trinta e duas, quero sempre dobrar.*

*Uma vez só, eu pensava que era Jesus Cristo. Eu cheguei uma vez lá, e tinha um velhinho. O velhinho estava com os olhos todo lambuzado de remela. Aí eu falei: eu sou Jesus Cristo! Olha bem dentro do meu olho. Ele começou a piscar, a piscar e de repente... daqui a pouquinho ele começou a ver dentro... e falou: Ah! Milagre de Jesus Cristo. Aí eu achei que era Jesus Cristo mesmo.*

*Eu achava que os homens, acho que era por causa da enfermeira que usava uniforme. Tudo era colorido, vermelho, preto e tal. Aí eu achava que os homens pertenciam a grupos coloridos. Cada grupo de homens tinha uma cor. (Donato)*

Na situação acima, o processo de deslocamento também produz uma alteração no valor dos objetos e das pessoas, pois a intensidade e o valor das representações são transferidos para outras representações de valor maior ou menor. As características e qualidades elevadas podem produzir uma conduta em que os atos perdem seus limites alcançando potenciais antes não manifestos ou mesmo insuspeitos, tais como: força excessiva, habilidades desconhecidas. Identificações com pessoas, heróis, santos, dotados de qualidades superiores são freqüentes, o sujeito se percebe como dotado de poderes sobrenaturais.

*Eu comecei a ouvir vozes ... e eu ouvia vozes de uma certa pessoa, e pensava que era tudo verdade. Ouvia vozes do pessoal da rua, eu achava que era tudo pessoal. Que eu estava com telepatia. Que tinha aprendido telepatia. ... nós fomos no hospital psiquiátrico e o médico perguntou se eu ouvia vozes. Eu achava para mim que era telepatia que eu tinha. Nem chegava a imaginar que era doença. Só que cada vez mais eu estava ficando abatido, mais triste, uma hora estava rindo, outra estava chorando. Aí eu pensava comigo que era telepatia mesmo. O médico perguntou para mim: você ouve vozes? Falei, não, não ouço, falei que não ouvia vozes porque pensava que era telepatia, né. Aí ele falou, você ouve vozes? Eu falei, ouço, mas é um negócio assim que está muito certo para mim.*

*Daí eu tinha bastante alucinação, via gente, via bicho.*

*... eu não dormia, sem o remédio eu não dormia.*

*Um dia eu estava deitado na cama e, de repente eu vi na janela, lá em Palotina. Tinha uma janela que era trancada com correntes, e a porta também era trancada com corrente. Então eu vi as correntes fazer assim, fazer aquele barulho, como se estivesse alguém puxando e soltando. Eu fiquei muito assustado com aquilo.*

*Depois eu via assim, tipo demônios, demônios sabe... em volta da casa, e vozes. ... Eu via os vultos.*

*Um dia eu saí assim, para ir ao banheiro que era dentro da casa mas perto da porta. Era pertinho da porta e eu ouvia eles falando assim, certas pessoas falando, ... eu tive um amigo que morreu matado, por droga. Porque nós era humano, nos usava droga mesmo, nós não era fraco... e ele morreu matado. E então, eu ouvia a voz dele falar comigo, ele falava. Eu achava que era verdadeiro. Eu achava no começo que era verdadeiro. Aí ele falava para mim que eu tinha que morrer, que o diabo estava atrás de mim.*

*Eu não tinha mais sossego na vida, não tinha mais paz... porque a esquizofrenia deixa a pessoa muito esquisita demais, na própria mente e no próprio corpo.*

*... não tinha cabeça, aí ela (a mãe) começou a buscar recurso para mim porque ela viu que eu ia morrer. Eu estava para morrer mesmo, eu fiquei uns quinze dias sem tomar banho, mais de quinze dias sem tomar banho, sem comer, sem dormir. Só vendo coisas e ouvindo coisas. (Cesar)*

O processo de dissolução da personalidade social, com a abrupta transformação das funções e atividades do sujeito, produz uma conseqüente dissolução da integridade pessoal. Emoções como o medo, a cólera, a ansiedade se fazem acompanhar de transformações na atividade do sistema nervoso simpático, produzindo efeitos no comportamento bioquímico do corpo.<sup>118</sup>

*Eu tive uma crise muito forte, eu comecei a sentir cheiros, cheiros estranhos... coisa que vinha na minha cabeça, medo, angústia, pânico, eu achei que ia pirar de vez. Na primeira vez, vomitei, ficava andando pela casa, falando besteira. (Ricardo)*

A experiência delirante é narrada como um processo no qual a maior parte dos sistemas de referência que nos situam como um ser no mundo, as categorias por meio das quais nos situamos diante do outro, das coisas e de nós mesmos estão **descontextualizadas**; **tudo** é revestido de novas significações; todas as coisas revelam-se revestidas **de sentido**, não um sentido partilhado por todos, mas um sentido individual, ou a ser **desvendado**.

---

<sup>118</sup>Em a “Eficácia simbólica” Lèvi-Strauss discute a relação entre os fenômenos fisiológicos e bioquímicos e a eficácia simbólica de ritos e costumes revelando como um indivíduo objeto de malefício ou feitiçaria pode ser levado a morte como efeito da “retirada súbita e total dos múltiplos sistemas de referência fornecidos pela convivência do grupo...” (LÈVI-STRAUSS, op. cit.).

Tudo se passa no delírio como se as coisas estivessem sendo vistas pela primeira vez, em um estado que PIERCE chamou de **primeiridade**. Já na **memória do delírio**, estabelece-se o discurso do sujeito que se constitui, por um lado na **narrativa do delírio** em que o sujeito se **reconta** ao construir uma espécie de **mito individual** e, por outro, na **resignificação** do discurso que sobre ele foi fornecido pelo outro, que o identificou como louco. Desta forma, a memória do delírio se conduz em um estado de **terceiridade**.<sup>119</sup>

LÈVI-STRAUSS ao revelar, no paralelismo entre a cura psicanalítica e a cura xamanística, a eficácia simbólica de uma ação que se propõe a conduzir à consciência conflitos e resistências até então inconscientes – por motivos psicológicos, orgânicos ou simplesmente mecânicos – situa na psicanálise a “reconstrução de um mito individual que o doente deve viver ou reviver”.<sup>120</sup> Mas sublinha que, enquanto na psicanálise “é um **mito individual** que o doente constrói com elementos tirados de seu passado” (grifo meu), no xamanismo “é um **mito social**, que o doente recebe do exterior, e que não corresponde a um antigo estado pessoal”.<sup>121</sup> (grifo meu)

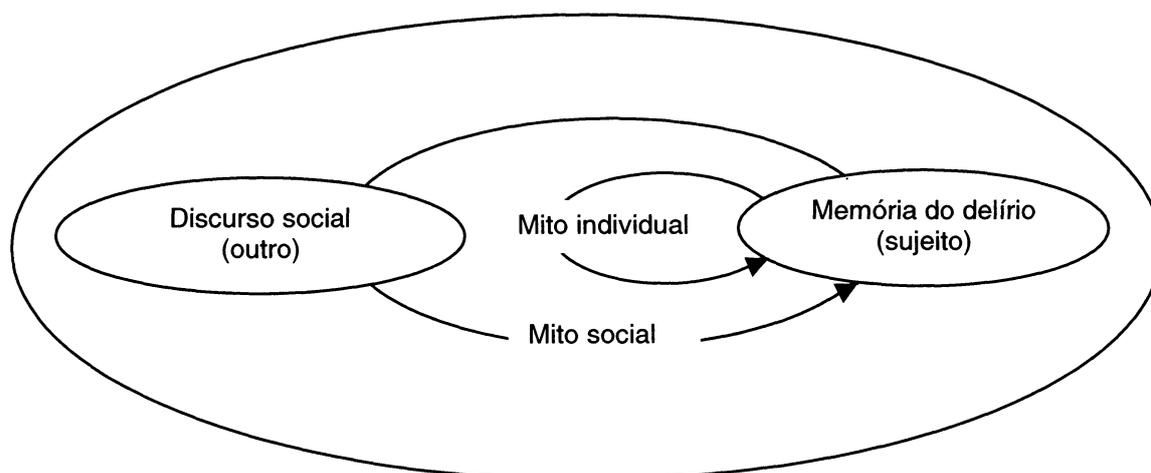
Podemos afirmar que, no caso da assimilação da experiência delirante, em que o sujeito se encontrou em um estado caracterizado pela mais pura **singularidade**, a construção deste **mito individual** se apóia e mesmo se possibilita pela construção anterior, de um **mito social** que reintroduz o sujeito na ordem coletiva.

---

<sup>119</sup>PIERCE, Charles S. **Semiótica**. Campinas, São Paulo : Papyrus, 1989. Para Pierce, todas as idéias podem ser lançadas em três classes, as formas de apreensão dos signos podem se produzir em três estados: um estado de **primeiridade**, **secundidade** e **terceiridade** o que determinaria, respectivamente, a natureza do **ícone**, do **índice** e do **símbolo**. Em estado de **primeiridade** percebe-se “aquilo que é sem referência a qualquer outra coisa, dentro ou fora, independente de toda força ou razão. Um estado sem ação, sem possibilidade de ação, espécie de “consciência” sem “eu”. Fatos que são o que são, simplesmente porque acontece de serem assim: qualidade do sentir, autoconsciência. Em estado de **secundidade** percebe-se o sentido do esforço, da ação e reação, um sentido de dois lados, pura binariedade. E, finalmente, em estado de **terceiridade**, as formas mentais, intenções, expectativas.

<sup>120</sup>LÈVI-STRAUSS, op. cit., 1975.

<sup>121</sup>LÈVI-STRAUSS, op. cit., 1975.



\* \* \*

Esta semântica da linguagem dos sonhos revelada por FREUD em seu *Die Traumdeutung* foi identificada por Jakobson como efeitos de significação e sentido que agem na combinação de unidades lingüísticas em dois eixos: o da combinação e o da seleção. A **combinação** determina uma seqüência por contigüidade, as palavras vêm uma após as outras, é o eixo do **sintagma**; a **seleção** determina associações feitas por conteúdo ou por semelhança formal, é o eixo do **paradigma**.

Os processos de deslocamento e condensação podem ser então identificados às figuras de linguagem chamadas de **metonímia** e **metáfora**, processos que se dão, respectivamente, nos eixos do **sintagma** e do **paradigma**.

Se podemos localizar na experiência delirante estas mesmas operações da linguagem em sua estrutura semântica, devemos acrescentar que neste processo o universo de representações é **posto em ação**, processo que chamei de **passagem para a ação**. Este é o aspecto da conduta delirante que mais se aproxima da atividade ritualística.

Ao analisar as relações entre o ritual e o mito, LÈVI-STRAUSS se refere ao ritual como “**quadros em ação**”.<sup>122</sup> Também, ao reanalisar a estrutura simbólica do

---

<sup>122</sup>Em toda a extensão da obra de Lèvi-Strauss, o ritual ocupa apenas uma parcela, a saber o capítulo IX e X da *Antropologia Estrutural* (op. cit.). **O totemismo hoje** perspectivas do homem. Lisboa, Portugal : Edições 70, 1986; em **O pensamento selvagem**. Campinas : Papyrus, 1989 e finalmente nas conclusões de **O homem nu**. Sobre a estrutura dos mitos, o autor revela sua preocupação central, considerando, em muitos aspectos o rito como uma **realização do mito**. Sobre a atividade ritual afirma “há na ação uma perda de significação”.

ritual, a partir da análise de TURNER<sup>123</sup> acerca da magia em Trobriand, TAMBIAH destaca a atividade ritual como um sistema que combina palavras e ação, e procura, antes de analisar as palavras (perspectiva semântica) separadamente da ação (perspectiva pragmática), encontrar um caminho para ligá-las.<sup>124</sup>

*Both linguistic procedures, metaphoric (through substitution permitting abstractions) and metonymic (through building na organic whole through details), are accompanied in Trombriand magic by action.*<sup>125</sup>

Dessa forma, o ritual explora ativamente as propriedades expressivas da língua, a qualidade sensorial dos objetos e a propriedade instrumental da ação. Conjuga as expressivas e metafóricas propriedades da língua com as empíricas e operacionais propriedades da atividade técnica. Exprime não só uma compreensão da técnica, estética e ética das propriedades de sua atividade, como é sobretudo a **expressão de uma satisfação do desejo**.<sup>126</sup> A racionalidade posta em atos performativos do ritual não pode ser julgada pelos padrões do pensamento científico (preditivo-causal). Embora ambos procedam por analogia, na ciência, o modelo serve para a generalização afirmativa, modelo para o desconhecido, que deverá ser testado e demonstrado verdadeiro.

Ora, no pensamento mágico, do qual o ritual é uma das expressões, a similaridade entre instâncias analógicas permite a transferência imperativa de

---

<sup>123</sup>TAMBIAH, S. J. Ritual as thought and action. In: **Culture, thought, and social action: an anthropological perspective**. Cambridge, Massachusetts and London, England : Harvard University Press, 1985. Para uma análise da magia trombriandense em Turner, ver versão traduzida e revisada do “Special Paper” apresentada ao Departamento de Antropologia da Universidade de Harvard em 1977, escrito sob orientação do Prof. Stanley J. Tambiah por Marisa Peirano: “As árvores ndembu, uma reanálise”.

<sup>124</sup>Para Tambiah, o conhecimento humano está simultaneamente envolvido em duas modalidades: a da **causalidade** e a de **atos performativos**. O grau de consciência, seu peso relativo como realidade-modalidade dominante, sua ordem hierárquica, difere de cultura para cultura e mesmo em diferentes segmentos de uma cultura. Neste sentido, “classificação e cosmologia” estão incorporadas na ação ritual, e em uma racionalidade que não pode ser julgada pelos mesmos padrões da racionalidade científica.

<sup>125</sup>“Ambos procedimentos lingüísticos, metafórico (através da substituição que permite abstração) e metonímico (através da construção de um todo orgânico através dos detalhes), são acompanhados na magia trombriandense, pela ação”. (Trad. Livre). (TAMBIAH, op. cit., p.37.)

<sup>126</sup>TAMBIAH, op. cit.

propriedades, produzindo efeitos de significação, fenômeno que também ocorre nos processos de significação da linguagem.

Por exemplo: **pai**      • •      **empregador**  
                   crianças      •      trabalhadores

Estabelecida a analogia, permito-me dizer: “meu patrão é um pai para mim”.

Assim, o pensamento mágico explora a natureza semântica e expressiva da linguagem e seu sentido se apóia na convenção persuasiva (evocativo), e assim a eficácia do ritual está apoiada na palavra e na ação, que manifestam e representam a realização de desejos. Podemos fazer equivaler a comunicação daqueles acusados de loucura, cujo pensamento é **posto em ação** durante o estado delirante, como estruturada **expressiva e formalmente** da mesma forma que a experiência ritualística, que se apresenta como **quadros em ação**.

Esta equivalência, porém, apenas se completará quando, do ponto de vista **processual**, a experiência da loucura encontrar o seu terceiro momento: o da reintegração.

É a narrativa do sujeito que nos permitirá descrever e analisar os processos internos (nível semântico) e externos (nível pragmático) que orientam seu discurso, pois na **memória do delírio**, a experiência delirante ressurgue como fortemente investida de significação e de subjetividade.

\* \* \*

Resta-nos localizar os motivos que justifiquem a incidência da acusação sobre os indivíduos, retirando-os do espaço coletivo e oferecendo a ilusão de um “simbolismo autônomo”.

Digo “ilusão” de simbolismo autônomo porque, embora seja vivido como uma experiência individual, a experiência ritualística do delirante se apóia num simbolismo inconsciente que pode ser observado em várias culturas ou em vários segmentos de uma mesma cultura, que partilham o mesmo universo de representações.

Este universo de representações é passível de ser apreendido por um sistema classificatório como, por exemplo, delírios de grandeza, de perseguição, de envenenamento etc., podendo também caracterizar unidades nosológicas como as organizadas pelo DSM-IV.<sup>127</sup> Ora, tais classificações mantêm uma correspondência direta com o seu tempo e a contemporaneidade, como as histerias no final do século XIX, ou as depressões neste final de século XX. Portanto, as condutas psicopatológicas não são condutas de ordem individual, mas função de uma ordem coletiva. Mas, embora haja um universo de representações partilhado, tanto em nível semântico como em nível da ação, o acusado de loucura revela-se excluído do sistema de reciprocidade, a troca é interrompida e a mediação comprometida.

#### 4.5 O PROCESSO DE REINTEGRAÇÃO: O EGRESSO OU ESTABILIZAÇÕES

Nos relatos de nossos informantes pudemos observar que todos eles situaram, ao reconstruírem sua história em suas memórias, um acontecimento que chamaremos de **desencadeante**,<sup>128</sup> uma cena a partir da qual tudo começou.

*Então, esta primeira crise, eu estava usando droga, muita droga. Eu trabalhava na época e corria muito, dormia de tarde, comia mal, sempre estava mal, dormia muito tarde. Maconha, ácidos. (Cesar)*

---

<sup>127</sup>DSM-IV TM - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. Trad. Dayse Batista. 4.ed. Artes Médicas, 1995.

<sup>128</sup>Na história da Psicanálise, a presença deste acontecimento foi chamada de “cena traumática”, por Charcot, eminente neurologista do final do século XIX e o primeiro cientista a se utilizar da “hipnose” no tratamento das histerias. Discípulo de Charcot, Freud (1885) irá elaborar a noção de trauma como um acontecimento qualquer, impactante ou não (TRAUM significa, em alemão, impacto ou sonho), que, por deslocamento, desencadeia um processo simbólico no sujeito, fazendo surgir formações substitutivas (sintomas) que apenas encontrarão o seu sentido na história pessoal do sujeito (experiência edípica) Freud, *ibid*, 1972. Também psiquiatras como Kraepelin, igualmente discípulo de Charcot, considerado um dos articuladores da psicopatologia moderna, e Bleuler, que cunhou o termo “esquizofrenia”, se utilizaram deste conceito (auslösung), para designar o “efeito de uma causa acidental”. Atualmente, o termo “desencadeamento” é um conceito fundamental da teoria Lacaniana, acerca das psicoses apresentado em LACAN, J. “As psicoses”. In: **O seminário**. Livro 3 (1955-56). Rio de Janeiro : Zahar, 1985, e em “De uma questão preliminar para todo tratamento possível da psicose” em **Escritos** (op. cit.).

Na literatura psicanalítica e psiquiátrica, as relações entre o uso de drogas, principalmente entre adolescentes, e a irrupção de uma psicose têm sido ao longo dos tempos sublinhadas.<sup>129</sup> O uso da droga não é uma causa de doença mental, mas cria para seu desencadeamento uma série de condições extremamente propícias para acelerar o seu aparecimento. No caso acima, a mãe de Cesar, presente neste momento, se apressa em dizer: *“eu logo percebi que a reação que ele tinha aos efeitos das drogas, não era como a de seus outros colegas”*.

*Eu era jogador de futebol. Dos bons, tinha muito futuro. Tudo começou depois da operação do pulmão. Eu não tenho um pulmão. Não gosto de falar disso, foi muito feio. (faz sinal informando que havia esfaqueado o peito). (Donato)*

Da mesma forma, uma tentativa de suicídio pode anteceder uma série de mudanças na conduta geral do sujeito, que farão emergir o sistema de acusações de loucura. Este sujeito, embora se apresente como sendo *“terrível”* na infância, *“fui expulso da escola duas vezes”*, *“enfiei prego na cabeça do menino”*, seu comportamento era percebido como *“desobediência”* ou *“insubordinação”* – *“todo dia eu apanhava, apanhava de manhã, de tarde e de noite”* (risos). Ora, quando é levado a localizar o início de sua experiência de loucura, o sujeito aponta uma situação específica, a partir de *“onde tudo começou”*.

*Meus pais vieram morar aqui. Meu irmão cogitou de eles virem. Meu pai estava bebendo muito. Eu não queria que eles viessem, eu era extremamente contra, mas não sabia me impor. Só que quando eles falaram que vinham, o primeiro pensamento que me ocorreu é que a minha mãe poderia ser atropelada. E eu sempre tive este medo, desde a minha infância sempre tive medo de perder, eu sempre rezava para que eu morresse antes.*

*Minha mãe tinha o desejo de viver aqui (no mesmo bloco de apartamentos em que F. mora). Só que esta aproximação começou a me deixar em ‘paranóia’. Eu falei para minha irmã, e ela me interpretou mal. A incompreensão me incomodava. ... e ela (a mãe) foi atropelada e morta naquele cruzamento. (Fabiola)*

---

<sup>129</sup>Ver BENET, Antonio. Suplência e toxicomania. In: **O brilho da (in)felicidade**. Rio de Janeiro : Kaimeros, 1997. O autor analisa a relação entre a toxicomania e as psicoses.

Apenas a partir da “morte de sua mãe”, o sujeito aponta e localiza os primeiros sinais de sua experiência delirante, embora toda uma série de acontecimentos anteriores como uso de drogas, separação na relação amorosa, conflitos familiares, ou posteriores como a morte de um amigo com Aids ou a morte de uma amiga com câncer, tivessem também um possível potencial traumático ou impactante.

*Eu acho que desde a morte do meu irmão, meu irmão morreu muito cedo, né. Eu tinha dezesseis anos e ele tinha doze.*

*Mas eu não percebi isto na época, porque, claro, meu irmão havia morrido e meus pais largaram tudo. Abandonaram tudo. Quando eu precisei dos meus pais, não tive eles.*

*... ele morreu com um tiro, brincando com outro moleque, levou um tiro do outro menino.*

*... só que antes eu não fazia nada, meus pais me seguravam, depois me abandonaram...*

*Não era para eu vir para Curitiba, era ele quem vinha, mas ele ficou em uma matéria e eu vim, era férias, ele morreu no dia 12 de dezembro. ... mas era para eu ficar lá. (Ricardo)*

Embora a crise tenha surgido muito depois, aos 20 e poucos anos de idade, o sujeito aponta precisamente um acontecimento, que considera o início de suas dificuldades, a morte do irmão, quando ele próprio estava com 16 anos de idade. Também na situação a seguir o sujeito, embora com menos segurança, se remete a um acontecimento que mantém certa distância temporal com a emergência do sistema de acusações, ao qual identifica a situação desencadeante.

*Eu trabalhava na panificadora, era caixa, balconista, eu fazia de tudo. E eu não sei por que me deu... se é por causa do assalto que eu tive lá, eu fiquei sem voz assim, não conseguia falar, se é por causa disso que me deu medo... aquele medo não sabe porquê.*

*... Ah! Antes disso, foi um aborto que eu tive, com quinze anos mais ou menos... o estupro também. Passei por tanta coisa na vida que eu não sei...*

*... depois do aborto, estupro, estupro que eu tive. Antes eu vivia bem com a minha mãe, depois comecei a mentir, mentir e não falava para ninguém que tinha acontecido isto. As pessoas perguntavam o que eu tinha e eu mentia que tinha uma coisa e era outra. (Ivone)*

Embora não muito segura, o sujeito identifica na situação do estupro o início de suas dificuldades e uma profunda mudança em seu “eu”: “... *antes eu vivia bem com minha mãe, depois comecei a mentir...*”

Em todos os casos, a situação desencadeante parece apontar ou sugerir o início da doença. Tudo se conduz como se o sujeito, ao reconstruir sua história, *a posteriori* procurasse recordar um tempo, o tempo em que surge a doença que agora ele conhece e procura dominar, isolar e conhecer. Em apenas um dos casos, embora aponte precisamente “após a morte da minha mãe” como situação desencadeante, o sujeito se refere a situações de um passado mais remoto que poderiam ser passíveis de se relacionarem à crise.

*... então eu acho que, como foi antes, desde a minha infância... eu sempre fui muito magra, não gostava de nada, vivia doente, com asma. Então sempre me trataram como doente. ... eu ficava imóvel, por horas, na parede da sala de aula, não falava com ninguém, não abria a boca em sala de aula. ... fui uma criança muito defensiva mesmo, sempre com sentimentos de inferioridade. (Fabiola)*

Necessário dizer que apenas este sujeito dentre os cinco participantes da pesquisa teve o internamento evitado e a crise, apesar do longo tempo que durou (cerca de mais de dois anos), sustentada por atendimento ambulatorial. Aos primeiros sinais de “loucura” foi imediatamente atendida por uma extensa rede de parentesco e a constante presença de um significativo número de amigos: “... *eu jamais senti que fui excluída. Meus amigos ficaram muito preocupados e queria me ver bem, sempre me dando força...*”

Desta forma, a crise foi **ampliada** no sentido descrito por PERELBERG, com a família buscando apoio em seu *network* e não favorecendo fenômenos de ruptura e exclusão. Outro aspecto importante é que esta paciente foi também a única a se submeter a processo psicoterapêutico, cujo movimento, na maior parte das vezes, busca interpretar a crise na história individual do sujeito.

Pode-se observar claramente, pelo discurso daqueles que, acusados de loucura, realizam um movimento no sentido de retornar ao convívio social, que a categoria de doença mental, ou mais exatamente a de loucura, ou mesmo psicose, tão profundamente estigmatizada, tem se deslocado para outro sentido, o de doença. Doença como outra qualquer, doença orgânica, passível de um acompanhamento medicamentoso e de um controle médico.

Como, na subjetividade do sujeito que passou pela experiência de loucura, a categoria de **doença** pode vir a ser uma elaboração importante em seu processo de reconstrução de uma **identidade** e permitir a sua reinserção na cadeia de reciprocidade, interrompida?<sup>130</sup> Já dei destaque anteriormente ao comportamento central, nas reuniões do PA, de “querer saber qual a sua doença”, e “qual a doença que o outro tem”. A idéia de um **diagnóstico** nos parece intimamente associada à construção diferenciada da doença.

Historicamente, o diagnóstico de loucura vai surgindo no alienismo como uma sentença de morte, ou no mínimo, como uma sentença de segregação e exclusão perpétua. Na estrutura asilar, as possibilidades de uma reinserção social são próximas do zero, os índices de mortalidade são altíssimos e as perspectivas de cura, na melhor das hipóteses, reservadas. As **entidades mórbidas** surgem como um sistema classificatório que deve justificar os processos de exclusão que recaem sobre aqueles sujeitos, e legitimar a autoridade institucional daqueles que a exercem. Tais categorias, fiéis aos princípios racionalistas e reguladores da nova ordem apoiada na sociedade contratual, que entende a loucura como distúrbio de **entendimento**, estarão identificadas à “**desordem**”, à **irresponsabilidade**, ao **perigo** e sobretudo, à **desrazão**.

---

<sup>130</sup>Utilizo o termo **identidade** (do It escolástico *identitate*) no sentido de um processo no qual se estabelecem relações de igualdade válida para todos os valores das variáveis envolvidas, resultante do efeito interativo das características comuns, por exemplo: identidade étnica, grupal, profissional ou identidade de ‘doente mental’.

Da idéia de ordem enquanto sujeição a uma norma, decreto, expressão de uma vontade superior, a definição científica incipiente da doença mental retira a caracterização do louco como insubmisso, infenso a qualquer norma ou regularidade, a própria metáfora do imprevisível e do despropósito. Da idéia de ordem como um princípio abstrato, deriva a idéia de irracionalidade do louco e do caráter anormal e, portanto, especial, da doença mental. Finalmente da idéia de lei como regularidade imanente e necessária dos fenômenos, deriva a concepção de loucura como patologia, exceção.<sup>131</sup>

Preso dentro dos distúrbios de entendimento, o alienismo identifica a loucura à desrazão e ao delírio, mas e nos casos em que não há uma alteração evidente da racionalidade, mas que o caráter aberrante da ação indica a natureza involuntária do ato? Como integrar na loucura aqueles cujo pensamento não revela total incoerência?<sup>132</sup> Foi preciso estender a noção de **delírio**, para integrar nela os distúrbios e desvios da vontade, ações cometidas sob o automatismo e a irresistível coação interna das paixões.<sup>133</sup>

Já no final do século XIX, as histéricas são consideradas “mentirosas”, “amorais”; os homossexuais como “pervertidos”, “imorais” e a loucura, como “desregramento moral”. A questão do desregramento se desloca das idéias de **responsabilidade e entendimento** para as idéias de **moralidade e vontade**. À perspectiva **segregacionista** acrescenta-se a perspectiva **deficitária** da doença mental.

O diagnóstico da psiquiatria da primeira metade do século XX determina, senão a exclusão ou a morte, o final do atendimento e não o seu começo. A principal tarefa da psiquiatria passa a ser a classificação dos doentes dentro de seus quadros

---

<sup>131</sup>ALBUQUERQUE, J.A. Guilhon. **Metáforas da desordem - o contexto social da doença mental**. Rio de Janeiro : Paz e Terra, 1978.

<sup>132</sup>Em “Eu, Pierre Rivière, que degolei...” a equipe de Foucault vai, por meio do conceito de Esquirol, de monomania, revelar as relações entre a psiquiatria e o poder judiciário, mas sobretudo, identificar o movimento que, ao desatrelar o delírio da desrazão, abre todo um universo de novas categorias da loucura. A ação exercida por coersão irresistível, distúrbios da **vontade**, expandirá o âmbito de ação da psiquiatria. **Pathos** disparado, as paixões da alma, surge a psicopatologia como a ciência que estuda as “doenças da alma”. (FOUCAULT, 1977)

<sup>133</sup>Essa mesma questão reaparece no século XX, particularmente em seu final, nos casos de alcoolismo e droga adição, das adições em geral (bulimias, fumantes, jogadores, comedores e compradores compulsivos) e mesmo nas diversas formas de psicopatias como bigamias ou assassinos em série).

nosográficos, para condená-los ao interminável tratamento a cargo, cada vez mais exclusivo, da medicalização e do internamento institucional.

Contra este estado de coisas insurge-se o movimento da antipsiquiatria que eleva o diagnóstico à condição de “estigma”, o que até os dias de hoje produz os seus efeitos. Em um texto acerca do diagnóstico de psicose em psicanálise, um conhecido psicanalista do Campo Freudiano, refere-se à imensa dificuldade da atual psiquiatria em avaliar o diagnóstico de psicose.

O erro vem de uma recusa em reconhecer a psicose. Somente o diagnóstico de esquizofrenia é identificado com exatidão, diante de um delírio claramente exprimido, de alucinações auditivas ou visuais aparentes ou diante de perturbações típicas de linguagem e de pensamento. À exceção destes casos, o diagnóstico de psicose não é estabelecido. A paranóia é particularmente mal identificada, pois os elementos interpretativos são, quase sempre, considerados como elementos da realidade.<sup>134</sup>

Esta dificuldade em apresentar e formular o diagnóstico corrobora a presença, ao longo dos tempos, de uma visão deficitária da doença mental, em particular nos casos de psicose, e que a identifica ao rebaixamento moral, ao desregramento e a animalidade. A grande resistência, entre os próprios psiquiatras, em estabelecer um diagnóstico, é devida ao fato de que este evoca a idéia de condenar o sujeito a algo irremediável.

Atualmente, duas grandes tendências convivem com várias outras, em ambas o diagnóstico tende a ser valorizado como um procedimento clínico indispensável. Entre os psicanalistas de influência lacaniana, dedicados como ele próprio<sup>135</sup> à questão das psicoses, o diagnóstico de estrutura é fundamental e determina todo o procedimento analítico que será conduzido. Para a Psiquiatria atual, cujas tendências

---

<sup>134</sup>DEFFIEUX, Jean Pierre Uso da metonímia em um caso de psicose. In: **Psicanálise e saúde mental**, n.13. Belo Horizonte : Curinga/Escola Brasileira de Psicanálise.

<sup>135</sup>Para Lacan, em seu processo de releitura de Freud as diferenças entre as neuroses e as psicoses não são de natureza quantitativa ou qualitativa mas estruturais. As estruturas se distinguem entre si como Neuroses, Perversões e Psicoses pelos processos lógicos utilizados diante da **castração**, respectivamente o recalque (Verdrangung), a rejeição (Verleugnung), e a pré-clusão (Verwerfung).

se expressam no DSM-IV<sup>TM</sup>,<sup>136</sup> fortemente determinada por um aparato interpretativo de natureza organicista, o diagnóstico dos sintomas apresentados são considerados indispensáveis para a intervenção quimioterápica adequada.

\* \* \*

Mas o que se passa em relação aos nossos informantes?

Duas condutas me atraíram a atenção nas quatro sessões do PA em que pude estar presente, por se manterem estáveis e caracterizarem o tema principal das reuniões: a ênfase que se dá à necessidade de manutenção da medicação e a preocupação constante dos participantes em comunicar o seu diagnóstico e desejar ansiosamente saber sobre o diagnóstico dos outros. A ênfase dada à manutenção da medicação se apóia, a meu ver, em algumas das representações que vêm sendo construídas acerca da crise psicótica.

- a experiência delirante é o conjunto de sinais de **uma doença**;
- esta doença, na grande maioria dos casos, **não tem cura**;
- as crises podem ser contidas e mesmo evitadas, **mas sempre voltarão**;
- a manutenção do tratamento psicofarmacológico, pode conter ou fazer cessar a crise, mas para isto deve ser **contínuo**.

Já nos referimos anteriormente aos efeitos secundários da medicação psiquiátrica que podem ser extremamente desagradáveis e mortificantes (dificuldades motoras e de fala, sono, problemas digestivos, ânsia, lentidão no raciocínio etc.) e não é incomum que os pacientes se recusem a tomá-los (o que é visto muitas vezes como “**negativismo psicótico**”).

---

<sup>136</sup>DSM - IV - Manual Diagnóstico e Estatístico de transtornos mentais, trad. Dayse Batista. 4.ed. Porto Alegre : Artes Médicas, 1995. É importante observar o abandono sistemático que no desenvolvimento do DSM (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais atualmente no n.IV, se vem realizando no sentido de abandonar as descrições de “entidades mórbidas” e criar uma nova nomenclatura de transtornos mentais baseada em evidências empíricas.

Nos PAs esta resistência deve ser tenazmente combatida: *“Infelizmente, essa resistência ao uso do lítio<sup>137</sup> se apresenta nas vidas de dezenas de pacientes cada ano. Quase sempre esta atividade leva à recorrência da doença... Eu colhi os frutos amargos da minha própria recusa em tomar o lítio com regularidade”*.<sup>138</sup>

Em relação à preocupação manifesta pelos participantes do grupo no sentido de saber qual a sua doença ou a do outro, tudo se passa como se o diagnóstico, antes temido ou evitado, seja agora **reivindicado**. Uma das participantes do grupo mostrava-se especialmente ansiosa, pois ainda não sabia qual era a sua doença. Embora já tenha passado por vários internamentos, em nenhum deles recebeu qualquer esclarecimento quanto ao que se passa com ela.

*... eu estou muito nervosa, ansiosa, eu não sei o que eu tenho. Cada vez tem um número diferente e ninguém me diz o que eu tenho.*

*... ninguém sabia o que eu tinha, o que era. Me levaram num centro espírita, aquelas coisas... eu não sabia o que era, ninguém sabia o que era, ninguém sabia o que era. Depois, daí me levaram no hospital psiquiátrico. Ninguém sabia que era depressão o que eu tinha.*

*Eu queria saber o que eu tenho porque aí tudo fica mais fácil, né? A gente percebe as coisas, percebe se vai dar alguma coisa, alguma coisa com a gente, ou não.*

*... o médico lá falou que não ia saber o nome da minha doença, que era para eu perguntar para o meu médico. (Ivone)*

Se por toda uma geração de psiquiatras, herdeiros do movimento antipsiquiátrico, o diagnóstico foi considerado em sua função estigmatizante e por isso evitado, o que agora se observa é bastante diverso.

*Aí, ela (a mãe) começou a lutar, para ver alguma coisa para mim. Eu estava sofrendo, sofrendo muito. A mãe levou meu irmão para o hospital (problema de alcoolismo) e o médico disse que tinha saída para mim. Que era esquizofrenia que eu tinha e que esquizofrenia tinha cura. Eu não sabia o que era esquizofrenia. Eu tenho um livro de psicologia, uma enciclopédia.*

---

<sup>137</sup>Uma espécie de sal, utilizado para o tratamento dos “estados maníacos” ou distúrbios de humor.

<sup>138</sup>Depoimento de uma psiquiatra americana, especialista em doença maníaco-depressiva, ela mesma portadora deste transtorno. (JAMISON, op. cit.)

*E eu não sabia o que era esquizofrenia, um dia peguei este livro de psicologia e comecei a ler, fui ler o que era esquizofrenia. Tudo aquilo estava acontecendo comigo. Aí eu falei, realmente estou doente.*

*... eu comecei a tomar uns remédios, tomando direito sabe. Eu queria sarar daquela doença. Comecei a creditar que era doença, e fui tomando o remédio, e fui melhorando até chegar aqui, até que cheguei a este ponto de hoje. Mas até hoje eu tomo remédio. (Cesar)*

A idéia de que a doença mental, ou a esquizofrenia em particular, não tem cura mas é tratável, como uma hipertensão ou uma diabete, tem sido cada vez mais assimilada pelo discurso médico e pelos meios especializados. Se a doença não tem cura, ou seja, pode voltar, o sofrimento delirante pode ser dominado, contido ou suprimido pela medicação antipsicótica.

*Me falaram uma vez, o Dr. Sérgio, que eu tinha esquizofrenia, eu fiquei muito contente porque ele disse que todo o esquizofrênico é muito inteligente, né (risadas).*

*O Dr. disse... é bipolar. Posso ver lá? (vai buscar a carteira com o diagnóstico). Distúrbio de humor, bipolar.*

*... a doença, eu não me conformava, eu achava que eu não podia ser, ser doente, sabe? Mas a doença, é só hereditária... mas também, nunca entendi direito. (Donato)*

De qualquer forma, parece-nos que a idéia de ter uma **doença** é que tem um efeito desestigmatizante, pois o diagnóstico permanece ele mesmo incerto (uma mesma pessoa pode receber vários diagnósticos em diversas ocasiões) e desconhecido pelo paciente.

Ora, conhecer sobre a sua doença parece ter um papel fundamental no processo de reintegração do sujeito.

*Eu penso que ajudar as pessoas, ajudar duas pessoas já é lucro. Tem aquele rapaz, o R. que foi através do grupo que ele foi procurar o tratamento adequado. Tem também aquela I. que já estava bem melhor, mas esta semana chegou muito perturbada, porque ela foi na reunião do Naps, ver o resultado dela, e o médico deu uma numeração. Aquelas tabelas. Eu acho que o médico não estava querendo muito... ou então ele não sabe direito. Daí, disseram que ela é esquizofrênica. Na hora que falaram ela ficou chocada. Ficou esta semana perturbada, leu todos os livros.*

*Mas por outro lado a gente viu, chegou a conclusão que ela estava com medo, que cada ficha tem uma numeração e ela estava achando que tinha todas aquelas doenças.*

*... daí nós esclarecemos que não... como ela ia uma vez por mês e os sintomas são muito parecidos, é difícil para o médico diagnosticar. Depois a gente explicou a questão das fichas, que cada ficha tem uma numeração e o quadro deve ser preenchido, e na hora, o médico coloca o que mais convém. É mera formalidade. (Membro participante do PA)*

Conhecer sobre a doença pode significar tomar medidas mais imediatas, evitar ou reduzir o medo ou o preconceito e tornar o momento da crise um processo mais solidário e menos violento.

*Quando eu fui levada ao médico, lá na minha frente a minha cunhada falou para ele, que ela achava que eu era bipolar [a cunhada trabalha em saúde pública e havia feito um curso]. Ela já havia falado para o meu irmão, mas ele não quis falar para mim, demorou um tempo para ele dizer.*

*Mas eu sempre falava: porque comigo e não com o meu outro irmão ou outra pessoa! É que a depressão judia demais.*

*... tem umas pessoas que tem uma crise e não tem nunca mais. Pode ter como pode não ter. Eu acho que sou uma pessoa, aconteceu comigo. Ah! Aconteceu, dane-se! Eu acho que não tenho que esconder isto de ninguém, ninguém tem nada a ver com isto. Porque eu sou capaz, eu trabalho. E eu sempre fui falante, muito aberta. Sempre falei demais, assim mesmo. Sempre falei muito da minha vida... a gente tem que falar, que assumir.*

*... eu vi que as pessoas me apoiaram. Eu senti apenas que meus amigos se preocuparam e queriam me ver bem, sempre me dando força. Uma única amiga que sempre falava: você fica falando muito sobre isso! As pessoas acabam confundindo, achando que você esta sentindo pena de você mesma. (Fabiola)*

Permite, ao mesmo tempo, uma identificação com a doença e uma maior percepção de uma série de fenômenos como o preconceito ou o medo social que sua doença gera.

*Só que minha mãe não assume, minha mãe fala que eu sou muito nervoso, só isso. Mas perante os parentes essas coisas, ela não assume que eu tenha problema mental realmente, não assume isso. Eu tomo remédios, tudo. Eu até deixava pensar assim, fazer o que, né! Então ela fala que eu saio todas as quartas-feiras (dia de reunião no PA), mas não conta para ninguém para onde eu vou.*

*... ainda bem que eu descobri a tempo, pois a bebida vai maquiando...*

*Quando eu era menino, fizeram um teste comigo no colégio. A minha mãe me contou, falou em personalidade fraca, só isso.*

*Eu pensava que não estava certo o que eu pensava. Pensava comigo mesmo “eu estou ficando louco”. ... de vez em quando vinha aquelas besteiras na minha cabeça... você tá ficando louco... você esta precisando de ajuda. E realmente, as vezes eu achava que estava enlouquecendo por causa disso, por causa de ansiedade, eu estava enlouquecendo, estava louco para me matar, só pensava nisso.*

*Eu fui no postinho, o cara me encheu de calmante, mas não explicou nada. Aí eu fui no Doutor, comecei a consultar com ele. Aí melhorei mil por cento. Eu falei: alcoólatra eu não sou, eu sei que não sou. Não me sinto alcoólatra, então vou ver isso dos Psicóticos Anônimos, vou ver o que está acontecendo na minha cabeça. Aí realmente foi dito, foi visto o que realmente tenho, depressão... e este pânico. (Ricardo)*

Desta forma, ao se incluir em uma categoria geral, os **doentes**, o sujeito egresso de um tratamento psiquiátrico produz uma elaboração que o reintroduz na cadeia de reciprocidade: **poderia ser com qualquer um.**

#### 4.6 A CONSTRUÇÃO DE UM NOVO DISCURSO OU A EMERGÊNCIA DE NOVAS FORMAÇÕES DISCURSIVAS

Tendo como fonte as observações participantes e a análise do material de divulgação dos PAs no Brasil, pode-se observar a construção de um discurso que se orienta em torno de um eixo central: a de que a experiência delirante é o conjunto de sinais de uma **doença**, esta doença **não tem cura**, as crises podem ser contidas ou mesmo evitadas mas sempre **voltarão** e, finalmente, a manutenção do tratamento psicofarmacológico pode conter ou fazer evitar as crises, mas para isto deve ser **contínuo**.

Uma breve análise dos elementos desse discurso permite destacar, ao mesmo tempo, a manutenção e a transformação que vêm sendo procedidas no interior deste campo discursivo. Considerando-se o “louco” na perspectiva de um termo em torno do qual se articulam vários outros discursos e tomando como objeto de análise os discursos daqueles acusados de loucura, das instituições e do saber psiquiátrico, como interfaces centrais deste campo, observamos alguns deslocamentos importantes.

O primeiro deles é o deslocamento do **efeito estigmatizante** do diagnóstico psiquiátrico para a idéia de **portador de transtorno mental**, agora aceito e mesmo reivindicado.

A medicina, como uma arte ou uma técnica de intervenção, mais que como ciência, tem como essencial a clínica e a terapêutica, isto é, uma técnica de instauração do normal. Inaugura-se ao situar o seu objeto no campo das **doenças orgânicas**, postuladas como **essência natural**, uma entidade específica, indicada pelos seus sintomas. Constitui, por um lado, uma **sintomatologia**, sinais por meio dos quais a doença se manifesta, e, por outro lado, uma **nosografia**, em que são analisadas as formas das doenças e sua evolução, seguidas do **diagnóstico, prognóstico e tratamento** adequado.

A ciência do século XIX encontra na medicina experimental um desenvolvimento sem precedentes que, apoiado em disciplinas emergentes como a anatomia, a fisiologia e a neurologia e, respectivamente, nas noções de corpo, organismo e sistema nervoso, irá produzir em outras áreas do conhecimento, como a Sociologia, modelos paradigmáticos que se traduzirão na linguagem, tais como: o sistema social, o corpo social, o cabeça da família, os órgãos sociais, o organismo social e uma longa série de outras metáforas.

BASTIDE, em seu texto “*Introdução às ciências da loucura*”, aponta para a utilização da medicina como modelo a fim inventar um novo domínio da Sociologia.<sup>139</sup> Da mesma forma, a medicina inspirará conceitos e procedimentos metodológicos como os de **sistema, função** ou **estrutura** que, formulados pela biologia experimental, vão sendo investidos de validade geral. “Pois o organismo coletivo, em virtude de sua complexidade superior, comporta perturbações ainda mais graves, mais variadas e mais frequentes que as do organismo coletivo”.<sup>140</sup>

---

<sup>139</sup>Introdução ao volume *Les Sciences de la Folie* reproduzido em Roger Bastide: **Sociologia** (org. Maria Isaura Pereira de Queiroz. São Paulo : Ática, 1983.

<sup>140</sup>Pequeno trecho extraído do texto de Comte, *A systeme de politique positive*. 4v. Paris, Crés, 1851-54. 4.ed., 1912, citado por CANGUILLEM, George. **O normal e o patológico**. Trad. Maria Tereza Redig de Carvalho Barrocas e Luis Otávio Ferreira Barreto Leite. 3.ed. Ver. E aumentada. Rio de Janeiro : Forense Universitária, 1990. (Coleção Campo Teórico).

Também com DURKHEIM em seu texto “*Regras Relativas à Distinção entre o Normal e o Patológico*”, em que o paralelismo entre os conceitos biológicos de saúde e doença com os de normal e anormal, no que se refere ao comportamento social, é evidente. Influência que se revelará recíproca, na história da psiquiatria. Assim definirá DURKHEIM, o conceito de normalidade: “Para que a sociologia seja verdadeiramente uma ciência das coisas é preciso que a **generalidade dos fenômenos** seja tomada como critério de normalidade”.<sup>141</sup> (grifo meu)

A relação entre o estado de saúde e doença implica, então, historicamente, a oposição entre o normal e o patológico e ao refletir sobre o tema, CANGUILHEM<sup>142</sup> aponta para duas concepções de doença. A primeira, que afirma a homogeneidade entre o estado de saúde e o estado de doença que, como partes de um mesmo todo, diferem entre si **quantitativamente**. Semanticamente o patológico pode, neste caso, ser designado como **hiper** ou **hipo**, traduzindo uma concepção ontológica da doença. Assim com as doenças infecciosas e parasitárias. Já na segunda concepção, em que semanticamente se pode referir ao patológico como **a** ou **dis**, não há identidade real entre os fenômenos normais e patológicos, estes diferindo entre si como duas qualidades opostas. Assim, com as perturbações endócrinas em que se reafirma a teoria dinamista ou funcional da doença.

Seja como for, torna-se possível falar de uma medicina científica, exatamente porque é possível falar de normal e patológico em bases científicas, definindo o patológico, na medida do possível com as condições orgânicas do indivíduo, não necessitando de uma **medida resultante da média**.

Se a medicina foi capaz de definir o normal e o patológico em bases biológicas, o mesmo não se deu com a psiquiatria biológica, que apesar da decantada

---

<sup>141</sup>DURKHEIM, Émile. Regras relativas à distinção entre o normal e o patológico. In: **As regras do método sociológico**. 13.ed. São Paulo : Biblioteca Universitária, 1987.

<sup>142</sup>CANGUILHEM, op. cit.

**década do cérebro** não pode ainda formular o conceito de normalidade em bases biológicas. Por isso tem ido buscar sua definição de normalidade na norma social.

Embora formule a causalidade da doença mental, em bases biológicas, recorre à norma social para estabelecer, em última instância, os limites do normal e do patológico em bases morais: “uma disciplina que utiliza de meios científicos para fins morais”.<sup>143</sup> Em abril de 1974, a Associação Americana de Psiquiatria estabeleceu que a homossexualidade *per se* não é uma perturbação mental e não deveria ser relacionada como tal. Vale dizer que até o início do século XX, quando foi qualificada como doença, a homossexualidade era enquadrada como crime no código penal, e hoje estatisticamente apresenta em algumas cidades uma freqüência em que se revela como uma conduta normal, sendo retirada do CID 10 como doença. Por sua vez, o tabagismo, que na CID 9 estava excluído do rol das toxicomanias, na CID 10 foi incluído enquanto tal.<sup>144</sup> Não se trata, em ambos os casos, exclusivamente das vicissitudes do conhecimento científico, mas do fato de que a moral moderna está mais tolerante para com o homossexualismo do que está para o tabagismo.

A psiquiatria por sua vez, ao transpor a noção de **totalidade orgânica** para a noção de **totalidade psicológica**, define a doença mental como alteração intrínseca da **personalidade**, de sua estrutura e de seu desenvolvimento: “A personalidade torna-se assim, o elemento no qual se desenvolve a doença, e o critério que permite julgá-la; é ao mesmo tempo a realidade e a medida da doença”.<sup>145</sup>

Mas também a psicologia nunca pode fornecer à psiquiatria uma noção de normalidade que, delimitando o distúrbio, o relacione diretamente ao dano produzido na personalidade, recorrendo-se, então, para a elaboração do conceito de normalidade em Saúde Mental, à norma social.

---

<sup>143</sup>PAES BARRETO, Francisco. **Reforma psiquiátrica e movimento laciano**. Belo Horizonte : Itatiaia, 1999.

<sup>144</sup>CID - Classificação Internacional de Doenças.

<sup>145</sup>FOUCAULT, **Doença...** Ver em Foucault as dificuldades epistemológicas produzidas pela utilização de métodos e conceitos extraídos da medicina orgânica, e aplicados à medicina mental.

Em muitos aspectos, a medicina mental se diferencia da medicina somática. Em nota de rodapé, ao localizar a responsabilidade de distinguir o ponto em que começa ou é detectada a doença, biologicamente falando, pelo próprio doente, CANGUILHEM afirma: “É claro que, neste caso, não se trata de doenças mentais em que o desconhecimento da doença por parte dos doentes freqüentemente constitui uma ponta essencial da doença”.<sup>146</sup> Sublinha-se, portanto, uma das mais persistentes categorias que compõem o sistema de representações acerca da loucura, a saber a **inconsciência** e a **irresponsabilidade** do doente em relação à sua conduta em estado delirante. Encontramos de fato, no relato de nossos informantes, que a experiência delirante não é vivida, principalmente em suas primeiras manifestações, como ameaçadora ou desintegradora, mas que é acompanhada de um forte sentimento de realidade.

As noções correntes das perturbações mentais, no final do século XIX e início do século XX, nomeadas como os **nervosos** e **doentes dos nervos** se deslocam a partir da psicologia e da psicopatologia modernas para as noções de **neuróticos** e de **psicóticos**. Um dos sinais mais precisos na demarcação de suas fronteiras é a **caracterização da demanda**, ou seja, o momento preciso em que um estado é reconhecido como um estado de doença ou de perturbação que necessite de intervenção no sentido de ser restaurado. Ora, no caso das chamadas **neuroses** tais perturbações produzem sofrimento mental **no sujeito**, que se dirige ao médico, ao psicoterapeuta ou a um outro em geral, em demanda de cura. No caso das **psicoses**, tal demanda não tem origem no sujeito, suposto em estado de sofrimento, mas emerge do **outro** enquanto sistema acusatório. Significa que, no caso das doenças mentais, este reconhecimento é, primariamente, realizado pela cultura.

OS NERVOSOS	OS DOENTES DOS NERVOS
Neuroses Demanda do sujeito Imputação de culpa formulada pelo sujeito	Psicoses Demanda do “outro” Imputação de culpa formulada pelo outro

---

<sup>146</sup>CANGUILHEM, op. cit., p.189.

Pode-se destacar também que, quando se trata de doenças orgânicas, não se produz de imediato um compromisso moral ou de responsabilidade e, aquele que é atingido por uma doença se percebe e é percebido como vítima de uma tragédia ou de um ataque sofrido por parte de forças externas, não lhe sendo imputada a culpa pelo seu mal. Na maioria das vezes, a doença orgânica mantém com a sociedade relações secundárias, podendo ameaçar seu equilíbrio por altos índices de mortalidade, ou sua estabilidade, ao incapacitar seus membros para o trabalho produtivo etc.

A exceção se estabelece em dois casos: o das doenças contagiosas e o das doenças morais. Morais não no sentido pineliano do termo, nem mesmo por faltar a elas uma atribuição de causalidade biológica, mas sim no sentido antropológico de doenças que implicam em **imputação de culpa**.

Sabemos que a doença mental não é contagiosa no sentido médico do termo, mas certamente é “envolvente” por desencadear em torno de si uma longa série de discursos, ações e mecanismos sociais de natureza institucional, tecnológica ou ideológica, o que nos permitiu identificá-la como centro de um **ritual de exclusão**. Mas, antes de ser “envolvente”, a loucura tem sido identificada como fundamentalmente uma **doença moral**. Diferentemente da tuberculose ou da lepra, que por sua natureza contagiosa criou um sistema institucional de isolamento, as **doenças morais** como a homossexualidade, num passado recente, a Aids, na atualidade, ou a loucura, desde seus primórdios, acrescentam a esses mecanismos de segregação espacial os mecanismos de segregação ideológicos-morais.

Nesse sentido preciso, o conceito de doença, atualmente reafirmado pela psiquiatria biológica e adotado nos PAs como despojado de suas características morais, enquanto doença que pode atingir a todos, **doença** como **outra qualquer**, revela todo seu potencial reintegrador e transformador. Desloca-se, assim, a questão da **responsabilidade** do nível moral para o nível da cidadania. Em última instância, cuidados para com a saúde de um modo geral que se reconhece no lema dos PAs: “Não somos responsáveis por nossos sintomas mas somos responsáveis por nossas reações a eles”.

Pode-se dizer que o discurso elaborado pelos PAs, é um discurso **reabilitador** que reafirma disposições anteriores: que as doenças mentais são doenças biológicas e que deverão por isso se manter no domínio da ação médico-psiquiátrica, sob controle medicamentoso. O poder psiquiátrico submetido às leis de mercado (tecnologia de produção de medicamentos).

Reflete, no entanto, mudanças sociais profundas, pois, ao se instituírem em grupos, os portadores de transtornos mentais se tornam interlocutores ativos de uma formação discursiva na qual, por séculos, tem sido localizados como objetos passivos. Ao mesmo tempo, ao criar a possibilidade de troca entre seus membros, num espaço não terapêutico mas eminentemente social, permite o pleno exercício das semelhanças e das diferenças, localizando-o no universo da reciprocidade e da troca partilhada. Neste sentido, pode-se pensar nos PAs como o espaço de um ritual de passagem, uma travessia de fronteira e limiares, em direção a um novo *status* social: **peçoas portadoras de um transtorno mental**, amparadas por um diagnóstico médico que as torna vítimas de uma doença passível de atingir a todos.

Por outro lado, ao manter a **inconsciência** e a **irresponsabilidade** do sujeito, no que diz respeito à experiência delirante, reafirma-se a sistemática ausência de significação e verdade desta experiência, que segue sendo excluída do universo das experiências partilhadas.

## CAPÍTULO 5

### UMA TRAJETÓRIA PARADIGMÁTICA

#### 5.1 ANONIMATO E VISIBILIDADE SOCIAL

No ano de 1992, foi lançado no Brasil *Memórias do delírio - confissões de um esquizofrênico*, de L.F. BARROS. Este livro me provocou forte impacto. Como professora de psicopatologia em um curso de psicologia, como mestranda em um curso de Antropologia, mas também como observadora atenta à questão das psicoses e à área de Saúde Mental, não poderia deixar de perceber que ali havia **algo de novo**. Além de vigoroso, esse livro era um ato de coragem diante de um universo tão profundamente hostil e mergulhado no preconceito que tem encoberto a experiência da loucura. Mas, sobretudo, como já o demonstrei nos capítulos anteriores, o grande volume de trabalhos produzidos nesta área criou um universo discursivo **sobre a loucura**, estudos que tiveram como foco as instituições, a estrutura e o discurso familiar, as representações construídas pelas comunidades, pelas religiões, pelos especialistas mas raramente por aqueles “acusados de loucura” seja sobre si mesmo, seja sobre o meio em que vivem.<sup>147</sup>

Em *Antropologia da doença*, ao buscar as representações acerca da doença, com a finalidade de “fazer surgir e analisar as *formas elementares da doença e da cura*”, LAPLANTINE tem como fontes de sua pesquisa etnográfica: os livros de medicina que tratam da história da medicina no Ocidente, entrevistas com doentes, entrevistas com médicos de clínica geral, a literatura médica contemporânea dirigida ao grande público e o

---

<sup>147</sup>O livro de Jamison (op. cit.), também um depoimento contundente sobre o intenso sofrimento psíquico e principalmente da inexorável luta cotidiana do sujeito delirante, só foi lançado em 1995, em Nova York, e editado no Brasil, em 1996.

texto literário disponível que tem na doença o seu personagem.<sup>148</sup> Nesta última fonte, aponta: o romance médico, textos autobiográficos narrados em 2.<sup>a</sup> pessoa (em que o narrador não é o doente) e, finalmente, os diários da doença e a criação romanesca que tem a **doença** como sujeito da narrativa. Dentre essas fontes literárias, destaca o **diário da doença** como um fenômeno social original e novo, de cerca de 10 anos atrás, e acrescenta: “[...] um número cada vez mais considerável de doentes descobre a escrita por ocasião de uma provação patológica [...]”.<sup>149</sup>

Tão benéfica foi a experiência de escrever e publicar **Memórias do Delírio – Confissões de um esquizofrênico** (Rio de Janeiro, Imago Editora, 1992) que nunca mais parei de escrever sobre mim mesmo e as circunstâncias de minha vida – o que alguns consideram como prática narcísica – passei a chamar de **Grafoterapia**.<sup>150</sup>

Quando se trata de sofrimento mental, este movimento no sentido de escrever a sua história está presente e muitas vezes se confunde com a obra, na vida de grandes personagens intelectuais como Nerval, Gogol, Artaud e outros.<sup>151</sup>

O que há de tão particular na obra de L.F. BARROS ou mesmo na obra de Kay JAMISON? Eles escrevem para seus contemporâneos e, como autores e personagens, rompem com o anonimato.<sup>152</sup>

<sup>148</sup>LAPLANTINE, **Antropologia...**

<sup>149</sup>LAPLANTINE, **Antropologia...**

<sup>150</sup>BARROS, L.F. **O anjo carteiro - a correspondência da psicose**. 1.ed. Rio de Janeiro : Imago, 1996. p.336.

<sup>151</sup>Gérald Nerval (1808-1855), Nikolai Vassilievitch Gogol (1809-1852) e Antonim Artaud (1896-1948) nos legaram em suas vidas e obras uma profunda compreensão da loucura como experiência humana.

<sup>152</sup>Shereber, ao escrever as suas memórias aos 61 anos, em 1903 (morre aos 73 anos) tem seu texto cortado e um de seus capítulos, o que se refere a acontecimentos familiares, inteiramente suprimido, e antes que seja editado enfrentará grandes resistências no âmbito familiar e corporativo (entre médicos e juizes). Althusser filósofo francês, considerado “impronunciável” pela morte por estrangulamento de sua mulher, Helene, em 1980, escreve sua autobiografia entre os últimos dias de março ao fim de abril de 1985. Embora escrito com a intenção de não se “resignar ao silêncio” e de ‘dar uma resposta’, ‘este livro é a resposta à qual, de outra forma, eu teria sido submetido. E tudo que peço é que isso me seja concedido; que me concedam agora o que então poderia ter sido uma obrigação’”. (ALTHUSSER, op. cit., p.21), o texto de Althusser foi limitado a um pequeno número de pessoas e apenas publicado após a sua morte, em outubro de 1990. Os diários de Nijinsk (1985) foram publicados, por iniciativa de sua esposa Romola Nijinsk, ainda em vida a seu pedido, em 1936 enquanto interno no Sanatório Bellevue-Kreuzlingen, 14 anos antes de sua morte aos 60 anos. No prefácio Romola o apresenta como “uma mensagem à humanidade”.

*Eu era um indivíduo anônimo quando me empenhei em formar Psicóticos Anônimos. ... tentei durante quatro ou cinco anos, mas não consegui nada, nem mesmo uma sala para reuniões. Por isso, tive que sair em público e romper com o anonimato.*<sup>153</sup>

Já observei anteriormente que a conduta das instituições de Saúde Mental mantém uma postura dupla ao intermediar o contato entre os pacientes aos seus cuidados e os visitantes, ou seja, comunidade de acadêmicos, estagiários e mesmo pesquisadores. Por um lado, tratam de promover este encontro e, com o propósito de reintegrar os pacientes na comunidade, combater processos de estigmatização, entre outros, chegam mesmo a estimular estes contatos.<sup>154</sup> A conduta, no entanto, é outra na medida em que saímos do serviço público, **para todos**, e nos situamos nos serviços particulares, **para alguns**. Neste segundo caso, tudo é feito para preservar o indivíduo como **pessoa**, resguardar sua **privacidade**, não expor sua **intimidade**. Esta conduta não se limita ao âmbito institucional, mas reflete um comportamento social observável em várias situações. Os psicanalistas, psiquiatras e psicólogos encontram grandes impasses, situados imediatamente no campo da **ética**, quando se trata de comunicar seus estudos de caso, muitas vezes publicando-os *post-mortem*,<sup>155</sup> trocando nomes, datas e lugares, ou mesmo renunciando a isto.

Durante meu contato com o PA, uma de suas participantes (ocasionais) logo se prontificou em participar deste trabalho, no qual daria o seu depoimento acerca de sua história de vida. Senhora de por volta de 50 anos e membro de uma família

---

<sup>153</sup>Declaração de L.F. Barros extraída da Revista “Convivendo com a Esquizofrenia, publicação Internacional da Eli Lilly and Company”.

<sup>154</sup>Na década de 1980, em pleno processo de modernização do hospital, um dos mais antigos da cidade (foi fundado em 1954), o Hospital Psiquiátrico Adauto Botelho promoveu uma campanha cujo teor era “visite o seu hospital psiquiátrico”, com o intuito de estimular a participação da comunidade no campo da Saúde Mental.

<sup>155</sup>“Thomas Woodrow Wilson – um estudo psicológico”. FREUD, S. e BULLITT, Willian, 1.ed. Rio de Janeiro : Graal, 1984. Freud só permite a publicação de seu estudo sobre Wilson, presidente dos E.E.U.U. responsável pela condução do processo de pacificação da Europa após a 1.ª Guerra Mundial, anos após a sua morte. Escrito em parceria com Willian C. Bullitt, diplomata americano na Europa, a publicação estava pronta em 1932. Wilson morreu em 1924. Na introdução Bullitt declara: “Por uma questão de cortesia, resolvemos não publicar o livro enquanto vivesse a 2.ª Sra Woodrow W.” A edição foi autorizada apenas em 1938, ano da morte de Freud.

tradicional na cidade, desde seus 16 anos de idade, havia se defrontado com a dura experiência da loucura. Depois de incontáveis internamentos em vários hospitais da cidade, tornou-se uma estudiosa no assunto, buscando respostas tanto na literatura especializada, na literatura religiosa, como nas teorias alternativas. Por isso mesmo, mostrou-se vivamente interessada na pesquisa.

Ao comunicar essa intenção ao seu psiquiatra, este se mostrou francamente desfavorável à idéia, alertando-a no sentido de que “se exporia demais” e recomendando que renunciasse a isto, por motivos médicos. Bastante abalada e cheia de dúvidas, manifestou a vontade de sair do projeto, mas em seguida, tendo todas as garantias de que sua identidade não seria revelada, voltou atrás e marcou um primeiro encontro. Algumas horas antes do horário marcado, recebo uma ligação de seu marido que, em tom levemente ríspido ou acusatório, comunica que ela não iria comparecer à entrevista pois significaria “trazer à tona” experiências muito dolorosas a todos e que sua esposa já havia “sofrido muito”.

Nas primeiras páginas de suas “Memórias...” BARROS cita KIERKGARD:

Ouçõ alguém dizer: Que fizeste? Não vês, pois, que perdeste aos olhos do mundo, dando publicamente estes esclarecimentos? ... mas sei ... que minha obra brotou de uma irresistível necessidade interior, que ela foi a única possibilidade oferecida a um melancólico profundamente humilhado, o honesto esforço de um penitente com vistas a reparar, se possível fazendo o bem, à custa de todos os sacrifícios na disciplina ao serviço da verdade.<sup>156</sup>

Um ano antes da sua publicação, após vários anos de internamentos psiquiátricos, o autor se descreve como alguém “sem uma identidade”.

O ano de 1991 foi, para mim, um ano de laboriosa e intensa reconstrução, voluntária e induzida, de minha identidade, posto que nos anos antecedentes, principalmente em 1989 e 1990, deparei-me com situações de vida de absoluta ruptura, tendo chegado ao ponto extremo de poder dizer de mim, naquela época, que eu não mais identidade alguma tivesse, fosse esta ou aquela. Isto tão verdade seria que, de fato, lembro-me intensamente da forte sensação de não saber quem eu

---

<sup>156</sup>Citado por BARROS, op. cit.

era. É uma sensação medonha, povoada de pensamentos sombrios, dúvidas aterradoras e pesadelos constantes.<sup>157</sup>

Esse processo de reconstrução da identidade é apresentado como inaugurado a partir de dois sonhos, em dezembro de 1986 e abril de 1987, em que o autor se dá conta de sua “identidade fragmentada”. Segue-se sua separação ” ... *o desquite que me levou às mais profundas e desagregadoras crises psicóticas que jamais tive.*”, e após um período de quatro internamentos em cerca de oito meses (duas para combater o alcoolismo e duas por problemas psiquiátricos), inicia seu retorno, o que se dá por meio de seus escritos.<sup>158</sup>

Há cerca de dois anos e meio eu me encontrava quase babando pelos corredores de mais uma clínica em minha carreira de internações; tinha perdido meu lar, o convívio com meus filhos e minha companheira de mais de vinte anos; tinha perdido meu patrimônio, praticamente todo meu patrimônio, exceto minha casa de praia e um carro com dez anos de uso; tinha perdido sete anos de pós-graduação e jogado literalmente no lixo uma tese quase pronta com pesquisa de campo e bibliografia feitas, dados tabulados e análises realizadas só faltando a redação final e que correspondia a dois anos de trabalho em tempo integral; não sabia mais se tinha amigos; meu emprego estava suspenso por uma longa licença médica e, como eu suspeitava, aconteceu depois que me colocaram ‘em disponibilidade’ quando voltei. Mais do que tudo isto, há cerca de dois anos e meio, nesta clínica, eu havia desaprendido a falar. Não dispunha sequer de linguagem e tentava me comunicar por meio de grunhidos.

Foi mais ou menos daí que comecei. Melhor dizendo, que mais uma vez em minha vida eu recomecei. Tão longa e penosa tem sido a caminhada que, sem exagero e nem sendo força de expressão apenas, digo-lhe que se passaram séculos neste período de dois anos e meio. Digo que ‘séculos’ não é apenas força de expressão visto o tempo realmente se desenrolar em múltiplas dimensões nas circunstâncias-limite em que freqüentemente minha vida se desenvolve. Apenas como exemplo, observe que a re-aquisição de linguagem, falada e escrita, ocorreu desta vez em cerca de cinco ou seis dias. Mas qual é a dimensão do ‘tempo interno’ de um processo desta magnitude?<sup>159</sup>

---

<sup>157</sup>Citado por BARROS, op. cit., p.20.

<sup>158</sup>Citado por BARROS, op. cit., p.28.

<sup>159</sup>BARROS, **O anjo...** “Transcrição” integral de uma carta escrita a um amigo em maio de 1993 e citada em “Anjo Carteiro - A correspondência da Psicose”.

Durante este processo, BARROS situa a reconstrução de sua história, por meio da **escrita**. “Eu não escrevi o pequeno livro porque estivesse recuperado. Foi inverso o processo: eu fui construindo minha recuperação ao escrever [...]”.<sup>160</sup> Mediante a atitude ativa da escrita e produção de um livro, ele reconstitui um rosto que “correspondia à imagem que de mim (até certo ponto, eu acho), até aquele momento teve a sociedade”,<sup>161</sup> ao mesmo tempo em que assume todas as culpas, assume a defesa geral da psiquiatria e da psicologia e, termina por identificar-se como um **doente mental**. “Da ignorância absoluta de minha identidade eu nunca atingiria iluminação qualquer sem antes passar pelo estágio de quase completa identificação com a doença mental e até mesmo com parte dos preconceitos da mistificação que a envolve”.<sup>162</sup>

A partir da publicação de suas “*Memórias...*”, em o “*Anjo Carteiro...*” o autor se apresenta como instituindo sua identidade em vários patamares diferentes. Em todos eles o que se revela é um longo processo de reinserção social: trabalha em tempo integral como consultor e revisor técnico de pesquisas em uma universidade, conclui pela segunda vez seus créditos de mestrado, sustenta seus filhos com seu trabalho. Dois anos depois, funda, com auxílio de um pequeno grupo, os Psicóticos Anônimos. Atualmente, já publicou o seu terceiro livro, assina uma coluna no Jornal do Brasil e participa de programas de vídeo e TV, divulgando e estimulando a formação de novos grupos de auto-ajuda para portadores de transtornos mentais, em outros estados.

Penso não se tratar aqui de apenas um processo de reconstrução de identidade, mas de uma trajetória paradigmática de um percurso que se inaugura, a partir de sua própria história. Para o autor, sua própria trajetória não se pretende exemplar, pois entende a perda do anonimato que acarreta como um “sacrifício”. Referindo-se a suas organizações, acrescenta:

---

<sup>160</sup>BARROS, *O anjo...*, p. 337.

<sup>161</sup>BARROS, *O anjo...*, p. 31.

<sup>162</sup>BARROS, *O anjo...*, p. 31.

Elas precisam achar um jeito de livrar-se de mim. Eu capitalizei a atenção do público em relação à minha personalidade para impulsionar o desenvolvimento da nossa associação e dos nossos grupos, mas isto só é bom a curto prazo. Temos pela frente um projeto de pelo menos dez anos para criar uma identidade corporativa para uma organização de saúde mental sem fins lucrativos, dirigida unicamente por doentes mentais e suas famílias. Onde estão os outros líderes? Onde estão aqueles que vão romper o seu anonimato e aparecer na televisão para reclamar os seus direitos?<sup>163</sup>

Mas é certamente uma trajetória paradigmática porque oferece, se não um caso exemplar ou típico, um processo vivido plenamente por muito poucas pessoas acusadas de doença mental cujas carreiras têm como fase intermediária longos e ininterruptos períodos de internamentos e cujas vidas têm terminado ou na cronificação da doença ou na morte. Não é exemplar por ambicionar o retorno ao anonimato e não se oferecer como modelo; não é típico por não ser característico ou alegórico; mas é paradigmático no sentido de conjugar os vários elementos constituintes da experiência em uma trajetória que se completa. Este processo é vivido plenamente, à medida que constrói um retorno, situando de forma inaugural a terceira fase do que GOFFMAN chamou de **carreira moral** e sobre a qual tão poucos trabalhos têm sido realizados. A este momento, chamarei **estabilizações**, por entender que, após as crises e os sucessivos internamentos, o sujeito poderá se sustentar nesta 3.<sup>a</sup> fase, embora na constante expectativa de viver outras crises, de forma mais ou menos estável.

## 5.2 MEMÓRIA DO DELÍRIO

Como a totalidade de nossos informantes, BARROS localiza o início da crise numa **situação desencadeante**. Por volta de seus vinte e quatro anos fora aceito como Secretário Geral Assistente do Secretário Geral da Associação Internacional de Estudantes, o que lhe permitiria se estabelecer na Europa por alguns anos. Recém-casado, inicia os preparativos para a viagem, que deveriam ser providenciados num espaço de tempo muito curto. Durante uma de suas festas de despedida, oferecida por

---

<sup>163</sup>Sacrificando o anonimato pelo anonimato, extraído de **Convivendo com a esquizofrenia**, publicação internacional a serviço público da Eli Lilly and Company, v.3, n.2.

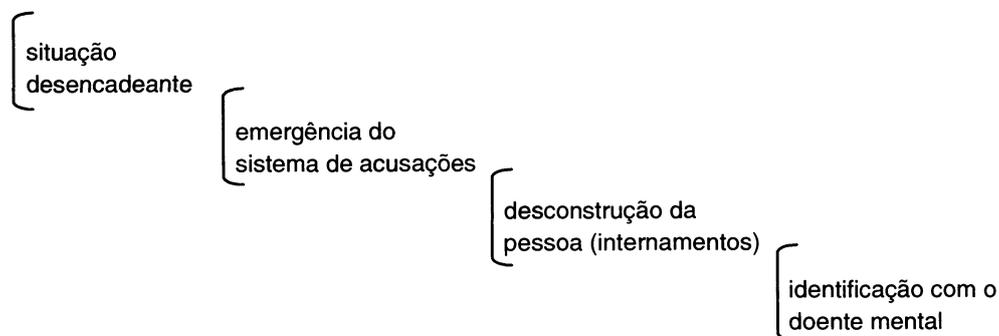
amigos, festa regada a “bebidas, maconha, baseados e baganas, papeletes e giletes”, a polícia é chamada por vizinhos. A situação é contornada mas BARROS vive sua primeira experiência delirante, à qual se refere como “delírio de vaidade”.

*Passei três dias batendo continência para poste, assim como um modo de dizer. No vero, veríssimo, não dormi três noites e durante os dias vivi no real o que minha fantasia imaginava à noite: fugi da polícia.*

*Fugir da polícia não tem nada de mais, todo bandido mais dia menos dia se depara com situação igual. Inóspito é o reino de quem foge da polícia sem que ela o esteja perseguindo. Por encucação. Por culpa própria, auto-julgamento e auto-condenação. Por loucura de doido varrido.<sup>164</sup>*

A situação **desencadeante** foi apontada por todos os nossos informantes como a emergência de um momento de **ruptura** entre o que **eu era**, e, a partir de um longo e penoso processo de **desconstrução** desta personalidade, o que **eu me tornei**, um doente mental.

Essa ruptura marca a passagem por uma série de perdas nos laços familiares, nos vínculos de emprego, nos estudos, nas relações afetivas e sociais, e o início de uma longa jornada de hospitalizações, busca de soluções alternativas, tentativas frustradas de entender o que se passa, mudanças estruturais na vida familiar, profissional e social, que termina com uma mais ou menos completa identificação com a categoria de doente mental.



\* \* \*

---

<sup>164</sup>BARROS, *Memórias...*, p. 31.

À primeira crise se sucedem várias outras, entremeadas de períodos mais ou menos longos de internamentos e se inicia o longo convívio com a experiência delirante. Uma das características deste momento é não encontrar respostas que possam nomear esta experiência.

*De início julgou-se que eu tinha problemas de personalidade, de ordem psicológica. Depois houve época em que se julgou que era a droga – a maconha - que me fazia delirar ... Após dez anos de terapia sem nenhum diagnóstico fechado fui ao médico que me diagnosticou como sendo um caso de Psicose Maníaco-Depressiva ...  
... outro fator de instabilidade é a incerteza dos diagnósticos. Como disse, hoje meu médico me considera esquizofrenico, mas ele mesmo não tem certeza do diagnóstico. Diz às vezes, que eu poderia mesmo ser psicótico maníaco-depressivo. Às vezes saca um nome intermediário às duas doenças, dizendo que eu sofro de uma ‘esquizopatia afetiva’.  
A uma determinada altura, um médico com quem anteriormente eu me consultava disse-me que minha doença é uma ‘psicose atípica’. Ora, isto não quer dizer nada.<sup>165</sup>*

Após a situação desencadeante, que faz emergir o sistema de acusações de loucura, temos então o início de uma série de acontecimentos que, paralelos à experiência delirante, caracterizada por um movimento constante e não contínuo de sucessivas **altas e reincidências**, vão determinar a entrada do sujeito na 2.<sup>a</sup> fase do que GOFFMAN chamou de ‘carreira moral do doente mental’, a saber:

- internamentos intermitentes;
- incessante procura por tratamentos e explicações alternativas;
- incerteza do diagnóstico;
- mudanças na estrutura e na vida familiar;
- rupturas nos laços sociais (profissionais, comunitários, de amizade);
- alterações em toda vida relacional do sujeito.

Em suas lembranças do delírio, já o observamos, o sujeito mobiliza o mesmo sistema de acusações que emerge do discurso familiar. Uma destas representações acerca da loucura que a distingue de outras perturbações é seu caráter **público e escandaloso**.

---

<sup>165</sup>BARROS, *Memórias...*, p. 41.

*Tudo neste delírio me é muito confuso e tive de fato amnésia de grande parte dele, mas lembro-me que a chamei de vaca, puta, rameira... e outros nomes (todos que se possa imaginar...)*

*... Passei a manhã inteira a xingá-la, gritando alto e ameaçando-a... Despedi todos os pedreiros da obra de nossa casa pois achava que ela tinha trepado com todos. Tudo isso aos berros, histérico.*

*Um de nossos vizinhos, um tipo italianado, bonachão, fabricante artesanal de vinho, perdeu a paciência comigo e começou a gritar, do outro lado do muro, mandando que eu me calasse ou ele ia me dar um cacete...<sup>166</sup>*

Assim, uma experiência pessoal para ser vivida na **intimidade do eu**, na vida privada, se torna **pública e escandalosa**. Embora não contagiosa, a experiência da loucura é **envolvente**. Envolve diretamente as pessoas de relações mais próximas e afasta as outras, o que na esfera microssocial se traduz num processo de rupturas e estreitamento do *network* do sujeito e no plano macrossocial nos fenômenos de exclusão e internamento. Este caráter público e escandaloso está relacionado de forma complexa com o aspecto de **inconsciência** da ação.

*Diante das situações intensa e ininterruptamente vividas ao longo de vários dias e noites, aquilo que minha memória retém não passa de fragmentos. De dezenas ou mesmo centenas de delírios não guardo a menor recordação.<sup>167</sup>*

Ao se deter na questão da loucura em sua análise das perturbações físico-morais, DUARTE assinala que a recusa em reconhecer o caráter de **inconsciência**, a um grande número de manifestações **nervosas** por parte do sistema acusatório, pode exprimir dois movimentos opostos: o de desqualificar o personagem moralmente, acusando-o de mistificação ou o de desqualificar a gravidade do evento, reduzindo-o a uma simples **crise de nervos**. Desta forma, quando se mantém a acusação de **inconsciência**, associam-se a **inconsciência** e a **não responsabilidade** para qualificar a loucura.

---

<sup>166</sup>BARROS, *Memórias...*, p.54.

<sup>167</sup>BARROS, *O anjo...*, p.322.

*Houve uma crise na praia, no entanto, de que não posso me esquecer. Eu saí de barco pelo mar com um de meus filhos e um sobrinho. Na verdade eu já estava agitado há uns dois dias... No meio do mar, indo em direção à ilha do Maracujá, comecei a delirar. Achei que eu estava com os meninos numa missão de reconhecimento de submarinos inimigos, como Hemingway com seus filhos em Cuba. Eu dirigia o barco em zig-zag, desviando-me dos projéteis do inimigo. Saí cerca de oito quilômetros longe de casa e acabei por aportar numa prainha minúscula... Tendo aportado no pequeno espaço de areia que havia no costão, abandonei as crianças e comecei a subir pelas pedras escalando o costão. Eu estava inconsciente e as crianças passavam perigo no barco, com as ondas batendo por trás, jogando o barco contra as pedras.<sup>168</sup>*

A experiência delirante está construída por palavras e ações, em que a comunicação verbal, apoiada no pensamento, se entrelaça com a manipulação de objetos. As idéias são **postas em ação**, e simultaneamente acompanhadas das formas sensoriais de comunicação (visual, olfativa, tátil e auditiva). A força da ação é comandada e encadeada por meio de ordens e persuasão.

*Entre outras loucuras, como querer tirar a roupa no meio da sala, na frente de todo mundo, atitude inconveniente, porém sem risco, eu cismei de fazer ginástica dentro de casa. Fazia todo tipo de flexões e abdominais, até polichinelos. O mais grave, entretanto, é que cismei em dar cambalhotas, e de repente, sem aviso, estivesse onde estivesse, eu me lançava velozmente ao chão e dava grandes piruetas. Ou subia pela mesa e começava a querer pular de lá de cima. O diabo! Uma energia sem fim e descontrolada.<sup>169</sup>*

O pensamento perde seus laços com a lógica da consciência e se apóia na natureza semântica e expressiva da linguagem, procedendo por associações **analógicas** não mais comprometidas com o pensamento **preditivo-causal**. Desta forma, estas associações analógicas permitem a comparação e transferência de atributos, por meio de relações metafóricas e metonímicas.

---

<sup>168</sup>BARROS, *Memórias...*, p.93.

<sup>169</sup>BARROS, *Memórias...*, p.85.

*Alucinado, eu vi de Barra do Una a São Paulo, a paisagem de desolação de um 'day-after'. Achava que havia caído uma bomba atômica e tudo se encontrava morto devido à irradiação nuclear.*

*As pessoas, nos carros que nos ultrapassavam, eram todas robôs, andróides perfeitos... e nada tinha vida. Eu achava que a aceleração dos carros, menos o nosso, era controlada por uma central de computação.<sup>170</sup>*

Em o “Anjo Carteiro...”, escrito alguns anos depois, BARROS se refere a esse delírio não mais como um acontecimento sem sentido, mas como vivamente apoiado em uma experiência verdadeira e carregada de subjetividade, naquele momento: a percepção insuportável da “morte” de seu casamento, metonimicamente transferida para a morte das pessoas e das coisas.

*Pelo fato de já ter vivido antes inúmeras situações de desvario psicótico, creio que me era reconfortante a comprovação de que os delírios podem ser originados a partir de uma percepção lúcida, real – embora incompleta e tão acachapante que se deforma pelo fato de não podermos aceitá-la como ela é. Esta é a natureza do fundo de verdade dos delírios. São verdades, mas tão insuportáveis que nos desestabilizam e as deformamos.<sup>171</sup>*

Nesta perspectiva *a posteriori*, a lógica subjacente do pensamento delirante parece ser a lógica da **antecipação de um efeito**, é um sinal e uma auto-satisfação do desejo: a morte localizada fora, no mundo externo, não está localizada na subjetividade do sujeito.

Se no delírio, observamos a dissolução do sujeito, que se torna um “outro” para si mesmo, em sua reconstrução da experiência delirante se trata de atribuir um significado a esta experiência, integrá-la na sua subjetividade. Tornar-se o sujeito de sua memória significa antes tornar-se objeto de si mesmo.

---

<sup>170</sup>BARROS, *Memórias...*, p.55.

<sup>171</sup>BARROS, *O anjo...*, p.23.

*Para o bem e para o mal, coube-me pelo destino viver parte das sombras da loucura, entrando em profundo contato com o estranho e sofrido mundo do inconsciente descontrolado e avassalador que domina os doentes mentais nas crises de mania ou depressão. Esta não foi uma experiência de observador, senão quando **aprendi a observar-me a mim mesmo**, posto que os labirintos da loucura foram-me oferecidos como experiência pessoal, de primeira mão.<sup>172</sup> (grifo meu)*

No trabalho citado anteriormente, TAMBIAH afirma, referindo-se ao pensamento mágico, que se renunciarmos ao imperativo de que o melhor caminho para se compreender as idéias e crenças que constituem a cosmologia da magia, seja o de julgar o quanto estes sistemas são logicamente coerentes com o modelo causal de predição e prova empírica, então estaremos em condições de interpretar a natureza e eficácia do ritual.

Já observamos que as palavras, ações e objetos manipulados na experiência do delírio, tal como o demonstrou TAMBIAH em relação aos rituais, se apóiam na linguagem numa semântica que é, simultaneamente, lingüística e cultural. Porém, se as expressões do ritual podem ser avaliadas em seu esquema predicativo-persuasivo, fortemente amparado na convenção – afinal, é uma conduta coletiva – o mesmo não podemos afirmar da experiência delirante, que segue sendo acusada de uma experiência fora da cultura, não partilhada.

*Quem quiser se aproximar da compreensão do que vem a ser um delírio, tome contato profundo com os seus próprios sonhos. Principalmente com os pesadelos. Experimente imaginar o que viria a ser o seu pior pesadelo e imagine o que seria de você vivendo este pesadelo durante duas ou três semanas, acordado, enquanto tenta continuar dando conta de sua vida, trabalhando, cuidados dos filhos, se relacionando com as pessoas e com os fatos do mundo real. Misture as vicissitudes do seu cotidiano com o lado mais tenebroso de seu inconsciente e depois me diga que minha experiência ou a de qualquer outro psicótico é enriquecedora.<sup>173</sup>*

Dessa forma, a simbologia do delírio surge para o sujeito, assim como também a dos sonhos, estranhas a ele, situadas na mais profunda e inconsciente subjetividade.

---

<sup>172</sup>BARROS, *Memórias...*, p. 336.

<sup>173</sup>BARROS, *Memórias...*, p.324.

No processo de simbolização, a relação entre o **signo** e o **objeto** ao qual representa pode ser **intrínseca** quando mantém entre si relações contextuais, ou **extrínsecas** quando não existe qualquer relação prévia entre eles pois pertencem a contextos diferentes. Como diz LEACH, ao usar o signo **coroa** para significar **soberania**, palavras extraídas do mesmo contexto, manipulo relações metonímicas (sintagma); mas ao usar uma **coroa** como marca de uma cerveja, estabeleço relações metafóricas, pois a cerveja e a coroa pertencem a contextos (paradigmas) diferentes.

Mas, embora estejamos aptos, ao nos utilizarmos da forma de comunicação verbal para criarmos espontaneamente novas frases e, mesmo assim, inteligíveis pelo ouvinte em posse do mesmo código em que a frase se produziu, o mesmo não acontece quando estamos no âmbito da comunicação não verbal. Ao introduzir o uso da análise estruturalista em Antropologia Social, tendo em vista os aspectos empíricos da ação nos fenômenos de comunicação, LEACH destaca algumas diferenças essenciais entre a comunicação verbal e não verbal.

As convenções ligadas aos hábitos só podem ser entendidas caso se esteja familiarizado com elas. Um símbolo privado, que tem sua origem num sonho ou num poema, uma ‘afirmação simbólica’ de invenção recente, de tipo não verbal, só conseguirão transmitir informação, quando tiverem sido **explicitadas** por outros meios.<sup>174</sup> (grifo meu)

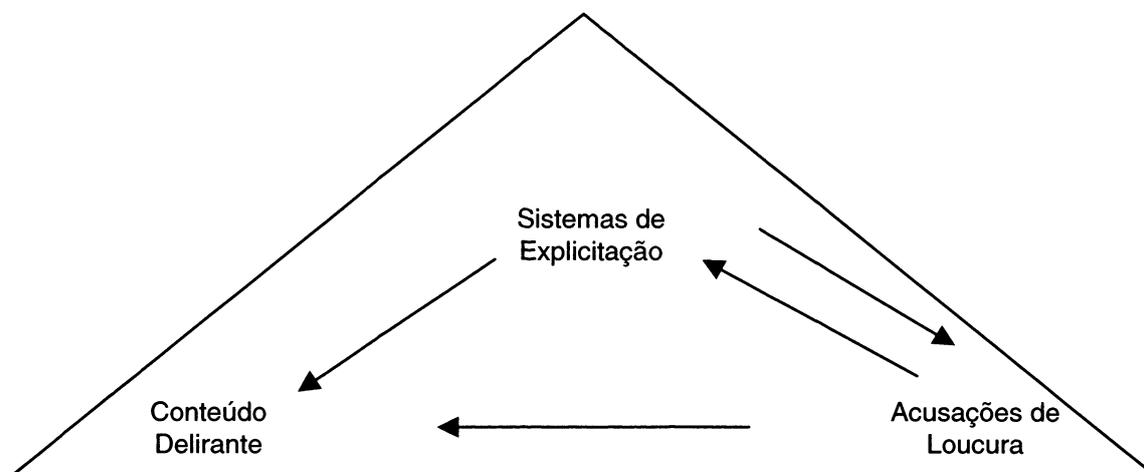
Dessa forma, a atividade ritual, embora apoiada em uma semântica e numa pragmática próprias, mantém-se enquanto atividade coletiva, sustentada fortemente na convenção, e seus símbolos são portadores de informações a todos os seus membros.

Já a experiência delirante – não apoiada em *símbolos padronizados*, portadores de informação a nível público – produz *símbolos privados* que, sendo únicos e particulares, apenas transmitem informações quando dotados de uma *explicitação adicional*.

---

<sup>174</sup>BARROS, O anjo..., p.22.

Os símbolos privados que são suscetíveis de serem manifestos nos sonhos, nos poemas ou nas artes, produzirão novos sistemas de **explicitação** que os capacitarão a se tornarem veículos de comunicação. Há um movimento, mais ou menos imediato, da cultura no sentido de promover a **padronização dos símbolos privados**.<sup>175</sup>



Ora, que sistema de **explicitação** é este que se tem desenvolvido em torno da loucura e de seus processos simbólicos? A explicitação que se tem dado à experiência delirante, em linhas gerais se confunde, se completa e se relaciona diretamente com o sistema de acusações que produz a **ilusão de um simbolismo autônomo**, depositando no indivíduo e fechando em torno dele, a dramática experiência da loucura.

Esses sistemas de explicitação são múltiplos nos diferentes períodos da história das mentalidades, mas sempre produzem discursos dominantes como a demonologia (século XVI), o alienismo (século XIX), ou a psicanálise e a psiquiatria (século XX).

Ao analisar os textos autobiográficos de conhecidos “loucos”, ao longo dos séculos XVII, XVIII, XIX e XX, de uma perspectiva histórica e não interpretativa, sublinhando não os processos inconscientes ou dinâmicos do discurso delirante de seus autores, mas seu conteúdo manifesto e consciente, Roy PORTER demonstra que

---

<sup>175</sup>Assim o fazem os críticos em relação à arte, e os psicanalistas em relação aos sonhos...

revelam as idéias, valores, aspirações, esperanças e temores de seus contemporâneos, embora muitas vezes em linguagem distorcida ou não convencional.<sup>176</sup>

Além de se utilizarem da linguagem de sua época, seus escritos narram delírios e alucinações que constituem uma mitologia coletiva fortemente incorporada em instituições como a igreja, a ciência, a filosofia etc., compondo algo mais que uma psicopatologia individual.

Dessa forma, o sistema delirante, fazendo uso dos sistemas de representações de seu tempo e de sua cultura, utiliza-os de forma a produzir símbolos privados que, por serem únicos e particulares, exigem e têm como efeito a emergência e a produção de novos sistemas de **explicitações**, que os capacitem a se tornarem veículos de informação e comunicação.

Assim com Haitzmann, nascido provavelmente em 1677, que assolado por **ataques e vozes** se dirige à igreja em busca de auxílio, sendo tratado como um caso de **possessão demoníaca**. Em todo seu relato, sua loucura é pensada como um embate entre o Bem e o Mal, entre Deus e o Diabo.

Já nos relatos dos autores que se tornaram pacientes dos manicômios PORTER observa que os **delírios de perseguição** que muitos viviam em suas cabeças encontravam uma extensão física e eram encarnadas nos regimes dos asilos. Suas queixas constantes apontam a barreira de comunicação que lhes é imposta (correspondência e visitas impedidas, isolamento e ócio constantes), e a surdez

---

<sup>176</sup>PORTER, Roy. **Uma história social da loucura**. 2.ed. Rio de Janeiro : Zahar, 1991. Dentre alguns dos textos autobiográficos analisados na obra, estão: James Carkesse publicou suas poesias em 1679; Willian Blake, também poeta, no século XVII; Schumann músico, morreu no asilo em 1856; Nijinski, famoso coreógrafo russo escreveu sua autobiografia em 1918-19 (1889), Virginia Woolf; escreveu sua autobiografia em 1892, John Clare, o poeta camponês, nascido em 1793 passou os últimos 27 anos de sua vida em reclusão; Haitzmann nascido em 1640, foi tratado por exorcismo; George Trosse, nascido em 1631, alcança sua 'cura' através da 'conversão'; Willian Cowper escreveu suas memórias em 1760; Margary Kempe nascida em torno de 1373, ora entendida como 'mística visionária', ora como 'histérica religiosa'; Alexander Cruden, presbiteriano escocês começa a escrever em 1731 e produz uma série de indignados mas divertidos escritos acerca de seus internamentos; Nietzsche (1845-1900) e Artaud (1896-1948); Daniel Schreber (1842); John Perceval (1803-1876) escreveu a história de seus distúrbios e de suas internações; Clifford Beers um dos fundadores do Movimento de Higiene Mental, escreve sua autobiografia em 1908; e outros. Para referência bibliográfica dos autores ver "Uma história social da loucura" de Roy Porter. (1987) (1991).

absoluta dos médicos ao que diziam. (Sua fala descrita como balbucio, tagarelice ou ruídos e seu silêncio como mutismo ou negatismo).

Estou a enfatizar que, embora a loucura mobilize todo o sistema social, do microespaço individual ou familiar ao macrosistema social, produzindo de fato um drama de natureza e resposta coletiva, todos se comportam como se **nada tivessem a ver com isso**. A interpretação social dominante que gravita em torno da loucura é a de que **nós não somos responsáveis por isso, isso não nos diz nada**, ninguém entre nós, inclusive o próprio sujeito acusado de loucura, tem algo a ver com isso rompendo a cadeia de reciprocidade em seus dois pólos: o do sujeito e o do outro.

Neste sentido, a trajetória realizada por BARROS aponta para uma nova forma de transformação de um símbolo privado em um símbolo que passa a ter uma **significação para os outros**. Ao atribuir aos próprios sonhos e delírios, a capacidade de **metaforizar** a realidade produz, por meio de **sua escrita**, um novo **sistema de explicitação** que atribui ao *non sense* um sentido compreensível passível de se inscrever na subjetividade do outro.

### 5.3 O INTERNAMENTO E A DESCONSTRUÇÃO DA PESSOA

Se concordarmos com LÉVI-STRAUSS de que as condutas patológicas não se restringem às condutas individuais, mas são funções de uma ordem coletiva, passíveis de constituírem-se como categorias e classificarem-se como sistemas psicopatológicos próprios de cada cultura, vemos se fortalecer a hipótese de que há laço social entre as diversas formas de perturbação mental e a sociedade e, mais ainda, que elas “seriam um elemento constitutivo do tipo particular de equilíbrio que é próprio de cada sociedade.”

Nas chamadas sociedades complexas podemos encontrar, dentro de um mesmo marco cultural, uma proliferação de planos de identidades diversas conjugadas paradoxalmente na **universalidade** (racionalismo formal) e na **singularidade** (individualismo). Esta condição de existência, que repousa na **unidade** do indivíduo ou em sua **participação**, tem-se revelado, de DURKHEIM a MAUSS, passando pela

contribuição de DUMONT, produto construído pela história do homem e dado enquanto categoria, socialmente.

Assim, com DURKHEIM, em seu trabalho acerca das representações coletivas, nos aproximamos da concepção de que as categorias do espírito humano (causalidade, finalidade, juízo, identidade etc.), não estão dadas *a priori* ou impostas pelas condições do real, mas são antes concebidas como produtos elaborados do mundo social. Para ele o conceito de **indivíduo** está relacionado ao sentimento coletivo próprio das sociedades estruturadas por laços de **solidariedade orgânica**, ou seja, àquelas estruturadas na *divisão social do trabalho*.<sup>177</sup>

Enquanto nas sociedades unidas por laços de **solidariedade mecânica**, reguladas pelo direito repressivo, a coesão social é dada por crenças e práticas **comuns a todos**, que absorvem o indivíduo no grupo, a parte no todo; nas sociedades unidas por laços de **solidariedade orgânica**, reguladas pelo direito restitutivo, a coesão longe de unir por semelhanças seus elementos constitutivos, **separa-os**, assinalando seus limites.

Já em MAUSS ao mesmo tempo em que nos convida para a especificidade da posição do “eu” em diferentes culturas e em diferentes momentos da história – da noção do indivíduo confundido com seu clã, mas já destacado dele pela sua **posição cerimonial**, pelo título ou pela nobreza, passando pela **pessoa moral** conferida pelo estoicismo e pela **entidade metafísica** conferida pelo pensamento cristão – também nos chama a atenção para a especificidade da **função simbólica** que revela, em todos os planos de identidade, o mesmo esforço em identificar as coisas entre si, esforço que só se completa tendo, ao mesmo tempo, o sentido das **semelhanças** e das **diferenças**.<sup>178</sup>

Com Louis DUMONT, na trilha aberta por MAUSS e, reivindicando a sua pertinência a este campo, avançamos no sentido da configuração do homem

---

<sup>177</sup>DURKHEIM, Émile. *A divisão do trabalho social*. Lisboa, Portugal : Presença, 1984. v.2

<sup>178</sup>MAUSS, Uma categoria...

moderno.<sup>179</sup> Demonstrando que o individualismo pode surgir com acepções diversas nos diversos recortes diacrônicos que se possa fazer (o **indivíduo fora do mundo** no cristianismo primitivo ou o **renunciante** na Índia), DUMONT começa por distinguir do **indivíduo** como homem particular empírico o indivíduo como portador de **valor**, ser moral independente, autônomo e, na perspectiva do homem moderno, localizado em primeiro lugar. Assim DUMONT destaca que algo do individualismo moderno já está presente entre os primeiros cristãos e mesmo nas sociedades ditas tradicionais, embora não da mesma forma que nos é, hoje, familiar. O indivíduo, na reflexão sobre identidade social deve ser percebido em suas duas dimensões: por oposição simétrica ou distintiva (classificação) ou por ordenação hierárquica, assimétrica (valor).

DA MATTA, ao buscar compreender o dilema brasileiro, parte da mesma perspectiva comparativa e relativizadora de DUMONT pondo-se diante de duas culturas ícones do **ocidental moderno** e do **tradicional**, respectivamente os EEUU e a Índia, observando que o tradicional se equaciona num sistema em que o **todo predomina sobre as partes**, enquanto o moderno produz um sistema em que o **indivíduo é o sistema**, tudo lhe sendo submetido. Observa, ainda, que no caso brasileiro, embora ideologicamente comprometido com o ideal igualitário e libertário da modernidade, o *valor* atribuído ao indivíduo é dado **hierarquicamente** pela rede de **parentesco e de influência**, que o posiciona como *pessoa frente a massa despersonalizada e indistinta de indivíduos iguais e anônimos*.<sup>180</sup>

Se na sociedade brasileira o valor do indivíduo é conferido pelo *status* de **pessoa** e, portanto, pelas suas relações pessoais de influência e parentesco, o que observamos em todos os níveis ou classes sociais por ocasião de um internamento psiquiátrico é uma **desconstrução da pessoa**, produzida em princípio pelas rupturas que este provoca em sua vida relacional.

---

<sup>179</sup>DUMONT, Louis. **O individualismo**: uma perspectiva antropológica da ideologia moderna. Rio de Janeiro : Rocco, 1985.

<sup>180</sup>DA MATTA, op. cit.

*Uma internação é a coisa mais parecida que existe com uma prisão.*

*A gente é amarrado, recebe eletrochoques, não pode sair nem se comunicar com ninguém de fora. Já estive em clínicas que só permitiam um telefonema por semana para a família...*

*Dentro de uma clínica psiquiátrica, mesmo que você não sofra pessoalmente maus tratos ou violências, você é freqüentemente obrigado a ver isso sendo feito com outros pacientes.*

*A internação freqüentemente faz mal aos internos. É estigmatizantes e, normalmente, desmoralizante.<sup>181</sup>*

Já analisamos antes como o processo de rupturas que se segue ao internamento pode afetar a rede relacional do sujeito em vários segmentos de sua vida seja pessoal, de parentesco e afinidade, ou profissional e como esta rede social pode reagir diferentemente à acusação de loucura (rede de malha estreita e rede de malha frouxa que produzem, respectivamente, um movimento de ampliação e de contração, como estratégia para lidar com a crise).

Acrescento agora que quanto mais o valor da pessoa é dado por relações de parentesco e de influência de reconhecimento público, maior a preocupação em manter a situação no anonimato e no âmbito do privado.

A noção de pessoa permite, do ponto de vista classificatório, estabelecer diferenças entre os indivíduos, dotando-os de características singulares que se tornam fundamentais para a constituição de uma personalidade. No período do internamento, estas diferenças são anuladas e qualquer manifestação de sua singularidade é imediatamente percebida como sinal de loucura.

*Nas internações somos tratados de fato como se fôssemos loucos, quando não somos. Não sei exatamente qual a diferença entre um doente mental e um louco. Mas sei que não sou um louco. Quando estou internado, no entanto, tratam-me como se fosse um débil mental. Não me dão a atenção que preciso. Só me dão atenção quando os padrões institucionais dizem que devo seguir certas regras e não as sigo.*

---

<sup>181</sup>BARROS, *Memórias...*, p.74.

*Aí, percebem que existimos quando é hora do almoço e não queremos almoçar, quando é hora do banho e não queremos nos banhar. Quando é hora de dormir e não temos sono.*<sup>182</sup>

A alienação produzida pelo internamento resulta em uma **identidade falsa**, imposta enquanto **não identidade**, acompanhada de forte sentimento de ser transformada numa **não pessoa**.

Negada a singularidade do sujeito, este torna-se parte da massa despersonalidade e indistinta de indivíduos.

*O paciente psiquiátrico não pode ter desejo ou opinião própria. É obrigado a se amalgamar de acordo com os padrões, os horários e as ordens dos médicos e enfermeiros. Internar uma pessoa significa cassar-lhe a cidadania. Transformá-la em uma pessoa de segunda categoria, inferior e sem qualquer possibilidade de livre arbítrio.*<sup>183</sup>

Do ponto de vista de uma ordenação hierárquica, o indivíduo vê-se despojado de **valor** e durante o período de internamento é constantemente submetido a uma visão deficitária de si mesmo.

*Poucas coisas são tão desagradáveis quanto a amarração nas camas que se pratica nas clínicas psiquiátricas. São utilizadas faixas de pano, como as que se usam no uniforme de judô, só que mais largas e mais compridas. Os dois braços são amarrados pelos pulsos, um em cada lado da cama, e os dois pés -unidos ou separados – são amarrados um pouco acima dos tornozelos nos pés da cama... Toda as faixas são amarradas com um tipo especial de nó que quanto mais se força mais apertada e a partir de um certo ponto as dores das amarrações são insuportáveis... A gente faz coco e urina na roupa, amarrado e deitado na cama, sobre colchões de plástico, por que nenhum enfermeiro nos desamarra até que estejamos calmos.*<sup>184</sup>

A noção de pessoa está fortemente amparada, no mundo moderno, em atributos morais e na capacidade de formular juízos e tomar decisões. Ora, ao sujeito

---

<sup>182</sup>BARROS, Memórias..., p.76.

<sup>183</sup>BARROS, Memórias..., p.76.

<sup>184</sup>BARROS, Memórias..., p.73.

internado em uma instituição psiquiátrica, esta autonomia é negada. Não apenas no plano moral mas também no plano físico, os mais simples e cotidianos hábitos de cuidados corporais lhe são retirados.

*Muitos pacientes são submetidos a eletrochoques sem saber, visto que não lhe é contado e as sessões de eletrochoque às vezes são chamadas de sonoterapia. Se um paciente desconfia e pede informações, desconversam.*<sup>185</sup>

O sujeito é submetido a uma série de tratamentos, alguns perigosos e/ou de prováveis conseqüências danosas, sem que lhe seja dada a oportunidade de opinar.

*De uma das vezes que fui submetido a eletrochoque a equipe médica cometeu o erro de aplicar-me o curare em lugar do soporífero. Assim, simples o quanto isto: o médico tinha duas seringas na mão e aplicou a injeção errada. Sofri, então, a paralisação muscular e fiquei sem respirar. Eu não tinha forças para mexer sequer um músculo, e de olhos abertos via os médicos a minha frente sem poder pedir auxílio. Neste instante, conheci o que estou chamando de morte eminente.*<sup>186</sup>

Uma das categorias do sistema de acusações mais persistentes em relação ao doente mental, é a de que ele pode se tornar **perigoso** para si mesmo e para a família. Parece-nos surpreendente o fato de haver um silêncio absoluto acerca de como o ambiente hospitalar psiquiátrico possa ser percebido como **terrivelmente perigoso** pelo próprio interno.

*A única vez em que fui internado, forçosamente pelas circunstâncias, num dos bons hospitais psiquiátricos de São Paulo, lembro-me que havia trinta pacientes internados numa mesma área de oitenta metros quadrados, com apenas um enfermeiro para cuidar de todos...*

*... Neste lugar, para se ter uma idéia, os enfermeiros se trancavam de noite, num cubículo protegido por grades (iguais às de prisão) para se sentirem seguros. Neste lugar passei um medo terrível. Pois é, também para o doente mental é uma situação perigosa ser internado no meio de loucos, num hospital psiquiátrico.*<sup>187</sup>

---

<sup>185</sup>BARROS, Memórias..., p.71.

<sup>186</sup>BARROS, Memórias..., p.72.

<sup>187</sup>BARROS, Memórias..., p.87.

Ao percorrermos a história da loucura pudemos encontrar uma relação constante com a história das instituições, do alienismo à psiquiatria. Das concepções idealizadas por Pinel, de um ambiente acolhedor e terapêutico à emergência e domínio de técnicas físico-morais punitivas, coercitivas e mesmo violentas, nos surpreendemos em encontrar um processo de transformações, nesta **tecnologia da loucura**, incrivelmente lento e profundamente reacionário.

*Evidentemente que a recomendação de não ser violento se refere a não cometer abusos ou bater nos pacientes. É impossível nos ambientes da psiquiatria, no entanto, conter sempre os pacientes violentos sem usar violência. Não sei o que é pior, se a violência dos “grupos de oito” e técnicas similares, que envolvem outros pacientes ou a violência mais seca dos enfermeiros psiquiátricos, quando aplicam fortes gravatas e sozinhos, ou apenas em dois, dominam os pacientes.<sup>188</sup>*

Podemos encontrar, apesar da passagem do tempo e de profundas mudanças políticas, sociais e científicas, o quanto o ambiente psiquiátrico é refratário a mudanças estruturais e funcionais significativas. Apesar de um deslocamento dos métodos físico-coercitivos para técnicas persuasivo-manipulativas assentadas em um conjunto de regras e num sofisticado sistema de controle de comportamento, punição e recompensa, estas não perdem seu caráter violento e impositivo.

*A terapia ocupacional, como a conheci em clínicas psiquiátricas, tem caráter eminentemente lúdico e parece visar exclusivamente o passatempo. ... pode ser resumida entre as broncas distribuídas aos que se impacientam com a atividade e não se enquadram na sessão e os elogios vulgares aos que manipulam adequadamente os materiais ou conseguem finalizar algum trabalho. ... não é rara a sensação, entre os pacientes, de estarem sendo tratados como crianças, nem é raro que o comportamento até mais nitidamente se infantilize, gerando inclusive “problemas disciplinares” equivalentes aos das salas de aula de cursos primários.<sup>189</sup>*

---

<sup>188</sup>BARROS, Memórias..., p.68.

<sup>189</sup>BARROS, O anjo..., p.344.

Todo o sistema de convívio e troca num hospital psiquiátrico se conduz no sentido de exigir, do doente mental, a mesma conduta que se exige no plano social para seus membros, comportamento adaptado e sujeito às normas de boa convivência social, ao mesmo tempo em que, paradoxalmente, lhe nega os atributos indispensáveis a esta conduta, a saber: responsabilidade, autonomia, liberdade ou livre arbítrio.

Em uma grande instituição psiquiátrica de Curitiba, durante uma gestão que procurava reestruturar o sistema a novos modelos de convivência, processo que produz reações em todos os níveis hierárquicos, um jovem psiquiatra exclama: *isto está parecendo uma casa de loucos!* Ao que um de seus colegas de equipe retruca: *Mas isto é uma casa de loucos, doutor!*

#### 5.4 A REINSERÇÃO: UMA TRAJETÓRIA POSSÍVEL

O processo de reintegração se inicia, aparentemente, num momento não tão preciso como aquele da situação desencadeante, mas a partir de um momento decisivo em que o sujeito **se dá conta** de sua situação limite. Com BARROS, esta situação, paradoxalmente, se inaugura a partir de dois sonhos. Digo paradoxalmente porque a situação desencadeante da experiência delirante foi localizada, por todos os nossos informantes, em um acontecimento **factual**, um evento da história de vida do sujeito que tem como efeito ao apoiar-se na produção de símbolos privados retirá-lo da cadeia de reciprocidade; o momento do retorno é marcado por um acontecimento **da vida mental** que, também apoiado em símbolos privados, permitirá sua reinserção na mesma cadeia de reciprocidade. Chamarei a este acontecimento de *elaboração simbólica desencadeante*.

*... surgiu-me pela primeira vez, em pesadelo alucinante, em dezembro de 1986, a imagem nítida da perda da identidade. O sonho não tinha história ou enredo: consistia apenas de uma imagem e uma convicção. A imagem que eu vi de mim em pesadelo foi desalentadora: eu não era eu, não era ninguém; eu era uma porção de bolinhas frágeis, semelhantes a ovos de lagartixa, escondidas numa fenda da terra. A convicção era aterrorizante e se materializava na certeza absoluta de que (eu) as bolinhas tinham de que em minha direção vinha caminhando um tamanduá bandeira (ah, como era enorme aquele bicho!), na faina de se alimentar. E ele estava prestes, a todo o tempo, neste pesadelo do qual eu nunca acordava, a*

*descobrir a fenda onde eu estava – sem nenhuma unidade, fracionado em mil bolinhas, em mil pedacinhos de uma identidade estilhaçada. Sua língua pegajosa iria me descobrir e sugar e assim eu seria destruído a qualquer momento.*<sup>190</sup>

O segundo sonho, ao qual se refere como **emblemático**, também sem enredo nem história, aconteceu cinco meses depois.

*Já não era mais um pesadelo, nem durou a noite toda. Quase ao amanhecer, um dia, em abril de 1987, eu sonhei que era uma bola felpuda, una, já do tamanho de um ovo de galinha, amarelinho quase cor de ouro. As felpas eram como a penugem de um pintinho quando nasce. O único problema desta identidade tão simpática e alentadora era que (eu) a bola se encontrava no interior de uma estrutura de torre, piramidal como a Eiffel e também confeccionada em aço. Como é que eu poderia crescer tendo como limites aquela estrutura tão rígida e inflexível?*<sup>191</sup>

Mas é finalmente através da escrita, *passando minha história a limpo*, que o autor situa a si mesmo como sujeito de suas memórias.

*Digo que talvez não seja tão curioso eu ter me apoiado mais em minha escrita do que na leitura de outros, visto que afinal, depois de tudo e tanto, eu tinha uma história para contar para mim mesmo e com isto a iniciativa voltava a estar comigo – sendo certo que é na postura ativa que se reconstrói, não na passiva.*<sup>192</sup>

Ou então:

Reconhecimento e aceitação da doença são fatores tão substancialmente importantes no tratamento dos distúrbios psiquiátricos e – ao mesmo tempo – tão difíceis de serem alcançados que resultou-me em grande conquista tê-los obtidos pela escrita.<sup>193</sup>

A aceitação e o reconhecimento da doença passam por uma quase integral assunção por parte do sujeito, do sistema acusatório que o localiza como doente mental, e *até mesmo com parte dos preconceitos da mistificação que a envolve*.

---

<sup>190</sup>BARROS, *O anjo...*, p.21.

<sup>191</sup>BARROS, *O anjo...*, p.22.

<sup>192</sup>BARROS, *O anjo...*, p.30.

<sup>193</sup>BARROS, *O anjo...*, p.337.

Comigo aconteceu, como é comum acontecer tanto que nos casos de esquizofrenia como nos de psicose maníaco-depressiva, que a doença psiquiátrica se estabeleceu quando eu já era adulto. E, assim, eu já tinha bem estabelecida o que eu julgava ser minha identidade e tinha uma visão bem consolidada. Enquanto eu não me permiti reconhecer e aceitar minha doença, não fui capaz de re-elaborar minha identidade – o que é fundamental para a sobrevivência afetiva de um doente mental. E só fui capaz de re-pensar minha identidade conjuntamente com a re-construção de minha visão de mundo...<sup>194</sup>

Já observamos que, durante a experiência delirante, o sujeito se torna **um outro** para si mesmo.

*O doente mental não sofre apenas porque não se entende mais, não se identifica com a imagem que tinha de si mesmo e com o mundo que o circunda.*<sup>195</sup>

Esta reconstrução da pessoa, passa por uma retomada direta do contato com sua identidade anterior ao desencadeamento da doença.

*Eu não menosprezo a importância que meus anos de escola tiveram para mim, levando-me a estas leituras de ordem filosófica. No momento que foi necessário, o que eu conhecia de filosofia, ainda que pouco, veio em meu socorro para reorganizar minhas concepções de vida. Minhas emoções precisaram valer-se muito do meu intelecto para se apaziguar.*<sup>196</sup>

São essas experiências passadas, lembranças de uma identidade perdida durante a experiência delirante e as experiências mortificantes a que foi submetido em intermitentes internamentos, que devem ser reintegradas na identidade atual de doente mental.

---

<sup>194</sup>BARROS, O anjo..., p.338.

<sup>195</sup>BARROS, O anjo..., p.342.

<sup>196</sup>BARROS, O anjo..., p.340.

*A grande questão que a psiquiatria não contempla no tratamento, e a psicologia considera inadequadamente, é a questão da identidade. A questão da identidade, para quem se apercebe de que apresenta comportamentos bizarros, não conta com os seus sentidos, não pode ter confiança em seus pensamentos, é uma questão única. É uma questão rara...*<sup>197</sup>

Ao mesmo tempo em que a dimensão da experiência remota deve ser assimilada na identidade atual, simultaneamente, também a experiência delirante, deve ser reintegrada, apesar de seu intenso sentido de alteridade.

*Dentro dos surtos, acredita-se nas alucinações e delírios, mas quando se readquire a crítica, após as crises é acachapante a consciência de que não se goza de 'bom senso'. Há situações em que a crítica permanece presente durante os próprios surtos, o que, se é muito salutar para que não se cometam atos inconseqüentes, é ainda mais terrível para o sentido de identidade.*<sup>198</sup>

Embora extremamente **envolvente** a experiência da loucura é, assim como retornar dela, uma experiência profundamente solitária que se tornou possível em BARROS, através da **escrita** e, fundamentalmente, de suas conseqüências: a de revelação e transformação.

Quando falamos, falamos para alguém: o destinatário, a quem nossa mensagem se dirige mas, ao mesmo tempo, ouvintes de nossa própria mensagem, a recebemos. Somos simultaneamente, autores e destinatários de nossas mensagens e nelas nos reconhecemos como sujeitos falantes. **O discurso oral** sempre se processa entre e para os **seres vivos** e sua significação se dá num **presente de existência real**, referida diretamente ao contexto e apoiada nos efeitos de enunciação que produz. A palavra falada pode ser desmentida ou contestada de imediato pelo destinatário, ou falseada e manipulada pelo emissor. O mesmo não acontece com o **discurso escrito**.

A estrutura do discurso escrito não é a mesma que a de um discurso oral. Aquilo que se escreve surge ao autor, quase que imediatamente como vindo de um **outro**, se apresenta a ele, simultaneamente, como produto e produtor de mensagem.

---

<sup>197</sup>BARROS, O anjo..., p.341.

<sup>198</sup>BARROS, O anjo..., p.341.

Enquanto produto manufaturado separa-se do autor e torna-se o centro de um discurso autônomo não passível de refutação. À ausência física do autor, soma-se a ausência física do destinatário: a quem encontrará o escrito como interlocutor?

Já assinalei anteriormente na história da loucura, um momento particularmente importante em que as neuroses são resgatadas do campo das doenças mentais, particularmente das loucuras, e integradas na subjetividade do homem moderno. Este processo encontrou no discurso da histérica seu campo fértil. Discurso falado, que uma de suas pioneiras, conhecida como Anna O.,<sup>199</sup> cunhou de *talking-cure*, cura pela palavra. Palavra falada que encontra no psicanalista o seu interlocutor.

Ora, é por meio do discurso, novamente, que a loucura encontrará seus novos interlocutores. Discurso escrito.

*Ao tempo em que comecei a receber as cartas de leitores de “Memórias do Delírio”, eu estava em fase de recuperação de grande período de inatividade profissional, começando apenas a me reerguer da catástrofe que para mim foi o meu desquite e completamente privado de qualquer tipo de vida social. A correspondência foi minha companhia. A única companhia significativa durante muitos meses.*<sup>200</sup>

Por meio da escrita, BARROS encontra a si mesmo como a um outro, passível de constituir seu próprio discurso e a partir de sua publicação, na qual oferece seu endereço pessoal, inicia o longo processo de reinserção na cadeia de reciprocidade. Enfim, uma experiência partilhada, e por não tão poucos.

*Memórias do delírio, ao apresentar o relato de uma experiência com drogas, álcool e psicose, em linguagem acessível, mostrou-se de muita utilidade para que leigos compreendessem um pouco do assunto e profissionais o compreendessem*

---

<sup>199</sup>Uma das primeiras pacientes de Freud e Breuer, cuja história foi apresentada em “Estudos sobre a histeria” Freud (1895). Seu verdadeiro nome era Berta Pappenheim. Curada de uma histeria grave e paralizante, tornou-se uma das primeiras assistentes sociais na Europa. (FREUD, op. cit.).

<sup>200</sup>BARROS, *O anjo...*, p.281.

*sob outra ótica. Neste sentido, este livro desempenhou um papel educativo, à medida que se constituiu numa literatura de divulgação sobre o tema.*<sup>201</sup>

Gradativamente e ao preço de romper com o anonimato, o que é vivido como a um sacrifício, elabora-se um discurso contundente e crítico acerca do universo que cerca a loucura.

*Médico é que nem remédio. Pode ser que necessitemos deles mas não é para se gostar demais de nenhum dos dois. Podemos até ser grandes amigos de nossos médicos, como pessoas, mas devemos manter a crítica sobre suas condutas enquanto profissionais. Mas a gente se distrai, venera os médicos quando eles nos aliviam dos sintomas e acaba aceitando suas doutrinas de menosprezo aos efeitos colaterais e suas condutas excessivamente medicamentosas. ...*

*Consideram os efeitos colaterais como males necessários. Mas não é assim. As dosagens excessivas e o uso permanente de drogas que poderiam ser usadas intermitentemente contribuem muito para o agravamento dos efeitos colaterais.*<sup>202</sup>

Ou ainda,

*... é a queixa, quase uma acusação, sobre a distância que os médicos fazem questão de manter os familiares. É uma coisa grotesca esta conduta deles.*

*... os médicos acham-se os 'donos' do doente; se incluírem a família no tratamento vão ouvir questionamentos e objeções que não querem ouvir, porque acham que podem fazer com o doente o que sozinhos resolverem.*<sup>203</sup>

E ainda mais,

*Já que, na prática, médicos apenas prescrevem medicações e são os familiares, quem na realidade conduzem o tratamento, seria de todo benéfico que os médicos e terapeutas passassem a dar mais assistência a família.*<sup>204</sup>

A partir de uma mais ou menos plena identificação com o doente mental, o sujeito inicia, após uma **elaboração simbólica desencadeante**, o processo de retorno ou reinserção no meio social.

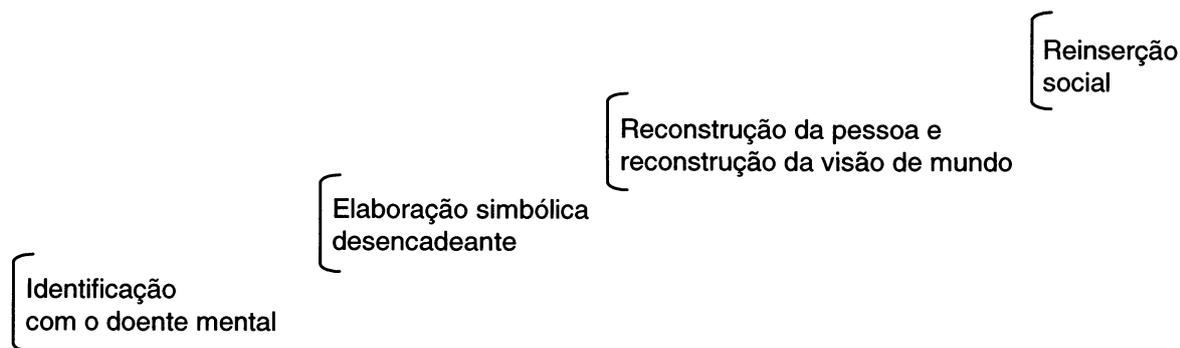
---

<sup>201</sup>BARROS, O anjo..., p.353.

<sup>202</sup>BARROS, O anjo..., p.289.

<sup>203</sup>BARROS, O anjo..., p.292.

<sup>204</sup>BARROS, O anjo..., p.293.



A reconstrução da pessoa e da visão de mundo, diferentemente da conversão religiosa, que institui *em qualquer biografia um divisor de águas*,<sup>205</sup> assinalando uma ruptura, não somente religiosa mas biográfica, é alcançada pela *reintegração* da identidade anterior à doença e da própria experiência delirante, na identidade atual. Trata-se de se tornar **apenas um homem**, uma pessoa como as outras. Neste exato sentido, a noção de doença parece ser fundamental.

O conceito de doença, postulada como **essência natural**, uma entidade específica indicada por sintomas que a manifestam e atribuída a um dano biológico que afeta ao organismo, retirando-o do estado de saúde, permite ao sujeito simultaneamente reconhecê-la em si e diferenciar-se dela. “*Não somos responsáveis por nossos sintomas, mas somos responsáveis por nossas reações a eles.*” (Uma das declarações dos PAs – Psicóticos Anônimos, já referido antes no texto).

Finalmente, em seu processo de reinscrição social, a emergência da pessoa, num longo, sistemático e constante esforço de reatar os laços rompidos: assumir compromissos sociais e profissionais, recuperar relações de afinidade e construir-se enquanto cidadão.

Entre os anos de 1992 até 1999, BARROS tem produzido, apesar de seus delírios e crises, e, para além deles, um extenso material já publicado, em que se

---

<sup>205</sup>A observação é feita no Cap. IV “O maior escritor mediúnico do século”. In: **Entre dois mundos: o espiritualismo da França e no Brasil**. Tese de doutorado apresentada ao Departamento de Antropologia da Universidade de São Paulo por Sandra Jacqueline Stoll. Neste ‘itinerário’ de retorno, modelar na vida dos santos, dá-se um rompimento entre a vida profana, anterior e a vida iniciática.

apresenta, não como um técnico ou especialista na área em que situa seus textos, mas como um cidadão capaz não apenas de opinião mas de saber.<sup>206</sup> Interessante observar que em seu 3.º livro, “*O anjo carteiro: a correspondência da psicose*”, o **escrito** se mantém como veículo de comunicação e de troca de experiências, escrito de vários personagens que identificados entre si por semelhanças e diferenças compõem o autor.

Se considerarmos nesta trajetória a expressão de um fenômeno social que procurará resolver tensões sociais, em seu aspecto processual, podemos pensá-lo, como Van Gennep, a partir de sua clássica concepção trifásica de **separação, liminariedade, reintegração**; ou mesmo como TURNER (1974), para quem o ritual é o locus privilegiado para observar estes fenômenos de tensão, descontinuidade, ruptura, isolamento e reintegração, dinâmica de relacionamento contínuo entre a estrutura e a antiestrutura.

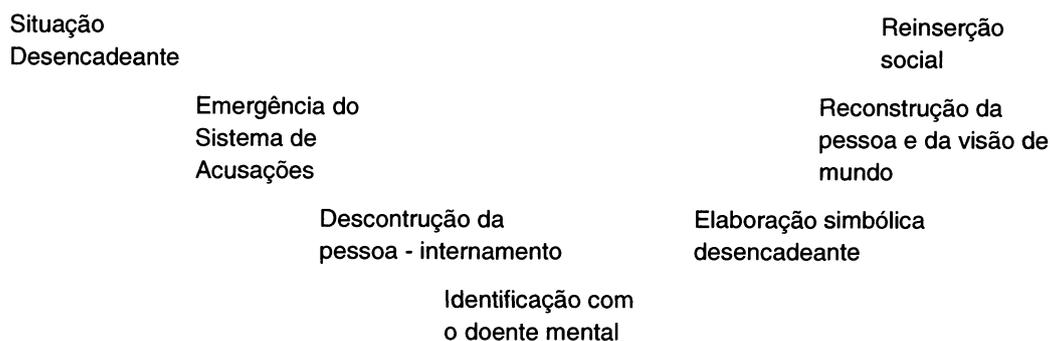
Sistema de acusações	Internamento Ruptura	Reintegração
----------------------	-------------------------	--------------

Chamarei a estes rituais, que envolvem a loucura no mundo moderno de **rituais de exclusão**, por sua natureza acusatória, individualizante e segregacionista. Desta forma, nestes rituais não apoiados na convenção ou na tradição, mas em seus próprios efeitos de exclusão, encontramos na trajetória inaugurada por BARROS, e na implantação dos PAs, a emergência de novas formações discursivas que permitirão o retorno daquilo que foi excluído.<sup>207</sup>

---

<sup>206</sup>Barros mantém uma coluna no Jornal do Brasil na qual opina, enquanto cidadão, sobre temas variados no campo da educação e da saúde, em particular sobre temas diretamente ligados à saúde mental. (Ver a listagem de seus textos publicados no final deste trabalho).

<sup>207</sup>À expressão “rituais de passagem”, cunhada por Van Gennep e desenvolvida por Gluckman, seguem-se outras como: Rituais de aflição e rituais de crises de vida descritos por Turner (1974).



A análise **do sistema de acusações de loucura** nos revelou um núcleo semântico constituído por um vasto campo de significações que compõe um eixo orientado em torno de categorias de **desordem-desrazão, irresponsabilidade-demonstração pública e escandalosa da perturbação, animalidade-infantilidade**, que surge na percepção popular como um **comportamento de poluição**. Que este sistema seja uma abstração de categorias retiradas e produzidas por vários discursos, seja o dos saberes médico-psicológicos, o do campo religioso ou o de uma conduta empírica popular, este eixo não se constitui por acréscimos ou simples deslocamentos, mas por configurações dominantes, questões político-ideológicas, momentos históricos, avanços e retrocessos no conhecimento científico que refletem a própria dinâmica da vida social.

Entendo que a questão da loucura e seu longo, persistente e complexo sistema de segregação se sustenta em uma significação que se mantém constante nas sociedades modernas, apoiadas na construção do mito do individual e nas fronteiras fortemente estabelecidas entre o público e o privado: a loucura é temida porque **ameaça a própria natureza do social**. Uma experiência percebida como refratária à partilha e à reciprocidade, que incide no indivíduo e produz significações individuais incompartilháveis, cria comportamentos ritualísticos individuais e ameaça negar o social.

Portanto, embora a sociedade produza, ao isolar a experiência de loucura no 'acusado de loucura', a ilusão de um **simbolismo autônomo** ou a forte impressão de

um **ritual individual**, estamos diante de um fenômeno social que denominarei como **rituais de exclusão**.

## 5.5 CONSTRUINDO UMA NOVA SUBJETIVIDADE

Paradoxalmente, é no discurso da pessoa, encontrado nos textos autobiográficos em geral, e na trajetória de L.F. BARROS em particular, que esta subjetividade excluída, a da experiência delirante, poderá ser reconstruída como subjetividade partilhada e encontrará ecos na subjetividade de outros, e não de poucos.

No que diz respeito aos textos autobiográficos das pessoas acusadas de loucura, estes se caracterizam por romperem com o anonimato produzido pela segregação e por seus efeitos estigmatizantes e reestabelecerem, ao se dirigirem a seus contemporâneos, a comunicação rompida, mediante uma interlocução ativa e reabilitadora mas, antes de mais nada, profundamente crítica e reivindicatória.

Em seu texto “*La Escritura Reestructura la Consciencia*”, ONG demonstra que a escritura não é apenas um prolongamento ou uma eventualidade da palavra falada, mas que possui e produz uma estrutura lógica própria. Destaca que, em uma cultura oral primária, que não conhece a escrita, as palavras não têm uma presença visual ainda que acompanhada de imagens visuais dos objetos que representam. As palavras são **sons** e se referem a fatos, acontecimentos em sua plena natureza de fenômeno **dinâmico**. A oralidade se sustenta em uma **psicodinâmica** própria que não dispõe de texto e cujo pensamento se sustenta numa comunicação que exige a presença de um interlocutor.<sup>208</sup>

Ora, a escritura, enquanto sistema codificado de sinais visíveis, tem transformado a **consciência dos povos letrados**,<sup>209</sup> pois implica novas formas de

---

<sup>208</sup>ONG, Walter Jr. **Oralidad y escritura – tecnologías de la palabra**. México : Fondo de Cultura Económica, 1987.

<sup>209</sup>Ver em LACAN, J. A instância da letra no inconsciente ou a razão depois de Freud in **Escritos**. (op. cit.).

representações da realidade. O livro, a imprensa e o computador, na atualidade, se apresentam como uma forma de **tecnologizar** a palavra. Enquanto um produto manufaturado, o escrito se apresenta com um discurso autônomo, inumano e irrefutável e insere a memória do autor, na memória coletiva, produzindo uma reestruturação da consciência que se torna analítica e reflexiva: “... *la inteligencia resulta inexorablement reflexiva., de manera que incluso los instrumentos externos que utiliza para llevar a cabo sus operaciones, llegan a ‘interiorizarse’, o sea a formar parte de su propio proceso reflexivo*”.<sup>210</sup>

Ao se apresentar como objeto externo ao autor, afeta a sua consciência e, como tecnologia artificial **interiorizada** pode enriquecer a psique, desenvolver o espírito e intensificar a vida interior. “... *la escritura posibilita una introspección cada vez más articulada, lo cual abre a psique como nunca antes, no solo frente al mundo objetivo externo (bastante distinto de ella misma), sino también ante el yo interior*”.<sup>211</sup>

Encontramos na trajetória de BARROS um movimento de reconstrução da pessoa e da visão de mundo, que se realiza na elaboração de suas **memórias** e se apóia em seus **escritos**.

Por sua natureza autobiográfica, seus escritos exigem “*la invención máxima de la persona que habla y de aquella a la qual se dirige*”,<sup>212</sup> o que permite a **reestruturação da consciência** do sujeito em outros níveis.

Demonstrou-se ao longo deste trabalho, que este processo de **reestruturação da consciência** do sujeito se deu por meio de fragmentos de discursos que põem em ação vários elementos da subjetividade dos outros (a memória das pessoas próximas do sujeito) e que se integram na reconstrução da história do sujeito compondo a sua narrativas, neste duplo movimento de **instaurar e desvelar** o mundo em que vive.

---

<sup>210</sup>ONG, op. cit., p.83.

<sup>211</sup>ONG, op. cit., p.106.

<sup>212</sup>ONG, op. cit., p.103.

A palavra falada nos põe em contato imediato e direto com aquele que nos ouve (não se fala sozinho), ao mesmo tempo em que permite situar-nos no lugar de ouvinte, a partir do próprio lugar de interlocutor. Nesta relação oral eu-outro quando o sujeito fala; fala na linguagem comum, pondo o **outro** em relação a sua própria imagem, ao mesmo tempo em que se identifica com ele. Ora, na experiência delirante o sujeito é acusado de não falar de forma compreensível, de falar sozinho. Já na narrativa escrita, o sujeito compõe um personagem diante do qual se coloca como a um **outro**, se reestabelecendo no escrito, o que podemos chamar de formações imaginárias, base do processo de comunicação **eu-outro**, rompida.

Ao apresentar a linguagem na sua dupla condição de **instauradora e desveladora** do mundo, Eni ORLANDI destaca, além de sua função de suporte do pensamento e da comunicação, sua função de trabalho, dada pelas condições de sua produção.<sup>213</sup>

Todo falante e todo ouvinte ocupa um lugar na sociedade e isso faz parte da significação. Os mecanismos de qualquer formação social tem regras de projeção que estabelecem a relação entre as situações concretas e as representações dessas situações no interior do discurso: são as formações imaginárias.<sup>214</sup>

Estou a afirmar que pela reestruturação da consciência que a escritura permite, o sujeito se reintroduz no mundo da troca e da reciprocidade se encontrando como sujeito de sua experiência.

*Por supuesto, una vez que la sensibilidad, producida caligraficamente, para a precisión y la exatitud analítica es interiorizada, puede retroalimentarse a su vez en el habla, y eso lo que sucede.*<sup>215</sup>

---

<sup>213</sup>ORLANDI, Eni. **Linguagem e método**. IEL - Unicamp (texto fornecido pelo autor). Apresenta a AD, análise do discurso como um método que procura tratar dos processos de constituição do fenômeno lingüístico, em sua dimensão social e histórica e analisa as formações discursivas como componentes das formações ideológicas.

<sup>214</sup>ORLANDI, op. cit.

<sup>215</sup>ONG, op. cit., p.105.

Acredito que o escrito se apresenta ao sujeito como um **terceiro**, no sentido atribuído por PIERCE ao estado da terceridade,<sup>216</sup> possuindo uma eficácia de natureza simbólica na reelaboração de seu discurso.

Ao tratar das curas xamanísticas, em que representações psicológicas são invocadas para combater perturbações fisiológicas determinadas, LÈVI-STRAUSS (1975) afirma a sua eficácia no processo simbólico que permite exprimir estados **não formulados ou informuláveis** de outra forma, em uma linguagem possível. Estabelece nesse texto relações de semelhança e inversão entre a prática xamanística e a prática psicanalítica que se pode resumir:

XAMANISMO	PSICANÁLISE
Perturbação orgânica	Perturbação psíquica
Xamã – orador (fala)	Psicanalista – auditor (escuta)
O xamã é protagonista real do conflito (transferência)	O psicanalista é objeto das projeções do sujeito (transferência)
Ad-reação	Ab-reação
Construção de um mito social	Construção de um mito individual

Embora com procedimentos invertidos, trata-se em ambos os casos da **eficácia simbólica** da ação, precisamente de sua ‘propriedade indutora’, ou seja, do fato do sujeito experimentar as diferentes situações imediatamente como **mito vivido**.

Trata-se, no caso da cura xamanística, da construção de um **mito social** que reintroduz o sujeito na ordem coletiva, diferentemente da cura psicanalítica que permite por meio da história lembrada a construção de um **mito individual**.

Ora, na trajetória de L.F. BARROS reconhecemos, na construção de sua narrativa a partir da memória do delírio, um processo simbólico que, em que pese suas diferenças, o sujeito se reintroduz numa ordem coletiva da qual fora excluído.

Observe-se que após integrar em sua história individual a experiência do delírio, dotando-o de significação em “*Memórias do delírio*” o sujeito inicia um

---

<sup>216</sup>PIERCE, C.S., op. cit.

contato, com outras pessoas para as quais sua subjetividade faz eco, ou seja, publica o “*O anjo carteiro – a correspondência da psicose*” em que, novamente por meio de seus escritos se introduz no universo da experiência partilhada, e não por tão poucos.

Supondo a atribuição orgânica da natureza da perturbação psicótica que é dada em nossa cultura o processo simbólico vivido por L.F. BARROS por meio de seus escritos se identifica ao processo simbólico vivido pelo doente tribal, por intermédio do xamã.

... E O SOL  
E A LUA  
PERMANECEM PONTUAIS ...

(Lindolfo)

## CONCLUSÃO

Esta pesquisa se originou de um interesse pessoal, como trabalhadora da área de Saúde Mental, na questão das psicoses, em particular na experiência do sujeito em estado delirante; de uma formação científica sustentada em bases psicanalíticas (de FREUD a LACAN), na semiologia e na semiótica (de SAUSSURE a JAKOBSON e de Charles S. PIERCE, respectivamente) e na antropologia social (de MAUSS a LÈVI-STRAUSS); e particularmente de uma intrigante constatação empírica, ou seja, a ausência de uma formação grupal constituída por pessoas consideradas como “loucos”. De fato, ao longo dos séculos XVII, XVIII, XIX e XX, em que se constrói a noção de “loucura” do ponto de vista médico-científico e nos quais ela adquire gradativamente uma visibilidade social e institucional, não encontramos movimentos sociais expressivos que se apresentem constituídos pelos “loucos” ou mesmo por seus familiares, no sentido de apresentarem quaisquer reivindicação básica, seja de seus direitos como cidadãos, seja como possuidores de uma identidade grupal.

Foi então com surpresa que me deparei ao longo deste trabalho com a emergência de novos fenômenos que atraíram minha atenção, por revelarem novas forças sociais em ação: o surgimento de núcleos de auto-ajuda constituídos por portadores de transtornos mentais e a expressiva produção de livros de natureza autobiográfica publicada por estes mesmos sujeitos.

Esses fenômenos me permitiram, em primeiro lugar, determinar nos PAs, um *locus* para delimitar a pesquisa, por encontrar neste espaço dois elementos fundamentais: serem espaços criados e conduzidos pelas pessoas “acusadas de loucura” e por comporem um campo não constituído pela corporação de trabalhadores em Saúde Mental ou por instituições municipais, estaduais, federais ou particulares. Estes grupos se apresentam, então, como elemento fundamental de um **processo reintegrador autogestionado**. Em segundo lugar, abordar o relato autobiográfico de um destes

sujeitos como um percurso **paradigmático** de uma possível reinserção social destas pessoas me permitiu o tratamento de um material discursivo até hoje praticamente desprezado pelos estudiosos do tema, ou seja, a experiência dos estados delirantes.

A partir do material etnográfico obtido no relato oral dos participantes dos PAs, acerca de sua história pessoal e da análise dos textos de natureza autobiográfica, em particular o de L.F. BARROS, destaquei duas modalidades no processo de reinserção social destes sujeitos: a grupal (dos PAs) e a pessoal (construída por uma trajetória paradigmática).

Como vimos observando ao longo deste trabalho, os intensos efeitos de exclusão produzidos pelos mecanismos de segregação social e a sistemática retirada de sentido do discurso delirante têm destituído aqueles, acusados de loucura, da posição de sujeito de sua fala, tanto em sua asseção passiva como ativa: de sujeito como objeto daquilo que fala e de sujeito enquanto produtor de uma mensagem para um outro.

O que se observa, em ambos os fenômenos atuais, é a emergência de novas formações discursivas articuladas sobre novas formações ideológicas, que apontam para a historicidade do fenômeno em si.<sup>217</sup>

A formação discursiva é um conjunto de regras anônimas, históricas, determinadas no tempo e no espaço, que definem em uma época e para uma área social, econômica, geográfica ou lingüística dada, as condições de exercício da função enunciativa.<sup>218</sup>

Ao construirmos a experiência delirante como um dos enunciados que compõe a formação discursiva gerada em torno da loucura, estabelecemos também em suas condições de produção, suas relações com a ideologia. Observamos uma série de deslocamentos que tornaram possível a emergência dos PAs.

O discurso psiquiátrico que, na atualidade reafirma cada vez com maior convicção as perturbações mentais como **doenças**, encontra-se hoje, esvaziado de seu

---

<sup>217</sup>FOUCAULT, M. **Arqueologia do saber**.

<sup>218</sup>FOUCAULT, op. cit.

sentido moral e estigmatizante. O diagnóstico psiquiátrico não se apresenta na função de **imputação de culpa**, significando antes, ao **portador de transtorno mental**, que ele tem uma doença que como outra qualquer necessita de tratamento.

A produção de medicamentos cada vez mais eficazes, com menores efeitos colaterais e incapacitantes e ação impregnatória mais controlada, encontra nos portadores de um transtorno mental um grupo expressivo de consumidores. Esta ideologia de mercado se exprime claramente no fato de serem os grandes laboratórios de psicofármacos os patrocinadores de grupos de auto-ajuda nas várias partes do mundo em que estes grupos se organizam.

Mas não se pode deixar de lembrar que transformações sociais profundas reorganizam este campo em torno de um longo processo de desarticulação dos mecanismos institucionais de segregação e exclusão. Em torno do imperativo ético de promover a humanização da assistência à Saúde Mental e o reconhecimento dos direitos de **cidadania** das pessoas acometidas de transtornos mentais, reorganizam-se novas estruturas de atendimento que limitam o internamento compulsório, reduzem os períodos de internamento hospitalar e criam formas alternativas de atendimento que não produzem rupturas tão definitivas na vida relacional destas pessoas.

Ao mesmo tempo, o fenômeno da globalização que caracteriza o nosso tempo produz a emergência de uma nova episteme, cujo centro é a noção de **diferença**. A multiplicidade de meios de expressão e comunicação, mediados por símbolos emergentes e não apoiados em símbolos tradicionais, implica imediatamente a produção e a rápida absorção de novas **subjetividades**. Situações como sorrir, chorar ou sentir raiva, diante do texto de um computador, até mesmo apaixonar-se por alguém, seriam impensáveis para os homens de outros tempos.

Tão complexas as transformações realizadas neste campo discursivo que sua análise extrapola os objetivos deste trabalho, em que elas apenas podem ser indicadas.

É no percurso de BARROS que podemos encontrar este novo modelo intermediado por uma **trajetória paradigmática**, nela pudemos reintroduzir a noção de **sujeito**, sublinhando sua ideologia e subjetividade e a de **situação**, sublinhando o

contexto histórico e social de sua produção. Sua trajetória nos permitiu analisar alguns processos característicos desta formação discursiva, que devem dar conta da articulação entre o processo de produção e as condições em que é produzido.

O conceito de discurso desposui o sujeito de seu papel central para integrá-lo no funcionamento dos enunciados, dos textos, cujas condições de possibilidade são sistematicamente articuladas sobre formações ideológicas. Não se pode apreender, no discurso, um sujeito-em-si, mas sim um sujeito constituído socialmente pois não são só as intenções que contam já que as convenções constituem parte fundamental do dizer.<sup>219</sup>

Procurei demonstrar ao longo deste trabalho que é a partir de uma acontecimento subjetivo, ao qual chamei de elaboração simbólica desencadeante, que o sujeito identificado ao doente mental inicia um processo de reconstrução de sua personalidade. Este processo se deu por meio de seus escritos em que, apoiado na memória do outro e em sua própria memória, o sujeito reconstrói a sua história enquanto narrador.

Não me parece, em absoluto, fruto de pura casualidade que este movimento se apoie em seus escritos. Embora o ato de escrever sua história não seja generalizável, pois nem todos se tornarão escritores, sua eficácia se apóia em uma série de condições que inserem o sujeito na ordem da cultura. A escritura, principalmente o escrito de natureza autobiográfica estabelece um jogo de relações que, ao mesmo tempo, revela e recusa a incompletude do sujeito, sempre atravessado por vários discursos.

A primeira e imediata destas condições é a de estabelecer uma relação direta entre o público e o privado. Já nos referimos a esta singularidade da experiência delirante, a de ser incompartilhável e de produzir intensos fenômenos de exclusão.

Ora, por meio do escrito, esta experiência sai do silêncio: “ao contar sua história (contida) ela vira estória (literatura) e passa para a História (contada). É um processo de legitimação”.<sup>220</sup> O sujeito se estabelece como autor.

---

<sup>219</sup>ORLANDI, Eni. **A incompletude do sujeito**. (texto fornecido pelo autor).

<sup>220</sup>ORLANDI, op. cit.

Uma segunda condição é a de que, ao permitir o distanciamento do sujeito em relação ao escrito, apresentado como produto com certa autonomia, permite a recomposição da identidade e a análise do cotidiano: “a suspensão dos acontecimentos para observação, pela escrita, permite a auto-referência sem as intervenções que se dariam na situação ordinária de vida”.<sup>221</sup>

A terceira condição é a de sair do anonimato, o que no caso dos sujeitos acusados de loucura, é sentido como um sacrifício. Mas dada a dimensão pública do escrito, dirigido para todos, observamos que neste caso específico se produz um efeito fundamental: uma subjetividade singular e vivida na intimidade do eu, produz identificações na subjetividade de todos, ou pelo menos de alguns.

Finalmente, o distanciamento que a escritura exige, ao afastá-la do contexto existencial, produz um pensamento mais preciso e analítico que reestrutura a consciência em novos patamares de sensibilidade, possibilitando uma introspecção cada vez mais articulada. Sua eficácia reside em tornar possível a expressão de um estado não formulado em estados formuláveis e possíveis de comporem a subjetividade dos outros.

A psicanálise resgata, no início do século XX, as neuroses do campo das doenças mentais, ao anunciar em sua psicopatologia: “Todos sonham”. Talvez neste século se anuncie: “Todos deliram”.

Apresentamos nas duas modalidades presentes no processo de reintegração social, a grupal realizada por intermédio dos PAs e a pessoal, que chamamos de paradigmática, a possibilidade de se conduzir a reabilitação em dois sentidos: um sentido que poderíamos nomear como de reabilitação social, que assimila o sujeito do ponto de vista ocupacional ou mesmo de consumidor, e um segundo sentido que chamaremos de reabilitação jurídica, em que o sujeito se reconstrói ou se constrói como um sujeito de direito, direito pleno à cidadania e a seu exercício.

---

<sup>221</sup>ORLANDI, op. cit.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALBUQUERQUE, J.A. Guilhon. **Metáforas da desordem – o contexto social da doença mental**. Rio de Janeiro : Paz e Terra, 1978.
- ALTHUSSER, Louis. **O futuro dura muito tempo**. São Paulo : Companhia das Letras, 1992.
- AUSTIN, John L. **How to do things with words**. Oxford : Clarendon, 1962.
- BARNES, Mary & BERKE, Joseph. **Viagem através da loucura**. 4.ed. Rio de Janeiro : Livraria Francisco Alves, 1989.
- BARROS, L.F. **Memórias do delírio – confissões de um esquizofrênico**. 1.ed. Rio de Janeiro : Imago, 1992.
- BARROS, L.F. **O anjo carteiro – a correspondência da psicose**. 1.ed. Rio de Janeiro : Imago, 1996.
- BARROS, L.F. **Vinte e seis pérolas e outras fantasias**. Rio de Janeiro : Imago, 1994.
- BASÁGLIA, Franco. **A psiquiatria alternativa – contra o pessimismo da razão o otimismo da prática**. São Paulo : Brasil Debates, 1978.
- BASÁGLIA, Franco. **La salud de los trabajadores – aporte para una política de la salud**. Editorial Nueva Imagem, 1974.
- BASTIDE, Roger. **Sociologia** (Org. Maria Izaura Pereira de Queiroz). São Paulo : Ática, 1983.
- BATISTA, Dayse (Trad.). **Manual diagnóstico e estatística de transtornos mentais**. 4.ed. Artes Médicas, 1995.
- BENEDICT, Ruth. **Padrões de cultura**. Lisboa, Portugal : Livros do Brasil (1928), jan. 2000.
- BENET, Antonio. Suplência e toxicomania. In: **O brilho da (in)felicidade**. Rio de Janeiro : Kaimeros, 1997.
- BOSSEUR, Chantal. **Introdução à antipsiquiatria**. Rio de Janeiro : Zahar Editores, 1974 [1976].
- BOTT, Elizabeth. **Family and social network**. Londres : Tavistock, 1968.
- BROWN, Radclif. **The andaman islanders**. Illinois : The Free Press of Glencoe, 1964.
- CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. Trad. Maria Tereza Redie de Carvalho Barrocas e Luis Otávio Ferreira Barreto Leite. 3.ed. Rio de Janeiro : Forense Universitária, 1990.
- CASTEL, R. **A ordem psiquiátrica – a idade de ouro do alienismo**. 1.ed. Rio de Janeiro : Graal, 1978.
- CASTEL, R. **O psicanalismo**. Rio de Janeiro : Graal, 1978.

- COOPER, David. **A morte da família**. Trad. Jurandir Craveiro. 3.ed. São Paulo : Martins Fontes, 1994.
- COOPER, David. **Psiquiatria e antipsiquiatria**. São Paulo : Perspectiva, 1977. (Coleção Debates).
- DA MATTA, Roberto. **Carnaval, malandros e heróis**. Rio de Janeiro : Guanabara, 1990.
- DEFFIEUX, Jean Pierre. Uso da metonímia em um caso de psicose. In: **Psicanálise e saúde mental**, n.13. Belo Horizonte : Curinga – Escola Brasileira de Psicanálise.
- DOUGLAS, Mary. **Pureza e perigo**. São Paulo : Perspectiva, 1966.
- DSM - IV - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. Trad. Dayse Batista. 4.ed. Porto Alegre : Artes Médicas, 1995.
- DUARTE, Luis Fernando. **Da vida nervosa nas classes trabalhadoras urbanas**. Rio de Janeiro : Zahar/CNPq, 1986.
- DUMONT, Louis. **O individualismo: uma perspectiva antropológica da ideologia moderna**. Rio de Janeiro : Rocco, 1985.
- DURKHEIM, Émile. **A divisão do trabalho social**. Lisboa, Portugal : Ed. Presença, 1984. v.2.
- DURKHEIM, Émile. **As regras do método sociológico**. 13.ed. São Paulo : Biblioteca Universitária, 1987.
- DURKHEIM, Émile. **Sociologia e filosofia**. 2.ed. Rio de Janeiro : Forense Universitária, 1970.
- ESTERSON, Aaron. **Les fevilles nouvelles, dialectique de la folie**. Payot, 1972.
- EY, Henry; BERNARD, P. & BRISSET, C. **Manual de psiquiatria**. 5.ed. Masson Atheneu, revisada e atualizada.
- FIRTH, Raymond. Verbal and bodily of greeting and parting. In: LA FONTAINE, J. **Interpretation of ritual**. London : Tavistock Publication, 1972.
- FORD, Daryll. Death and succession – an analisys of yarö mortuary cerimonial. In: **Essays on ritual of social relations**. BY C.D. FORDE, M. FORTES, M. GLUCKMAN, V.W. TURNER. Oxford Road : Manchester University Press, 1962.
- FOUCAULT, Michael. **A história da loucura**. 3.ed. São Paulo : Perspectiva, 1972 [1978].
- FOUCAULT, Michael. **Arqueologia do saber**. Rio de Janeiro : Forense Universitária, 1987.
- FOUCAULT, Michael. **Doença mental e psicologia**. 3.ed. Rio de Janeiro : Tempo Brasileiro, 1968 [1975].
- FOUCAULT, Michael. **Eu, Pierre Rivière, que degolei minha mãe, minha irmã e meu irmão**. Rio de Janeiro : Graal, 1977.
- FOUCAULT, Michael. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro : Forense Universitária, 1987.
- FOUCAULT, Michael. **Vigiar e punir – história da violência nas prisões**. Vozes, 1975 [1977].

- FREUD, S. El porvenir de una ilusion. In: **Obras Completas**, Madrid, España : Biblioteca Nueva, 1927.
- FREUD, S. Estudios sobre la histeria. In: **Obras Completas**, Madrid, España : Biblioteca Nueva, 1895.
- FREUD, S. Interpretation de los sueños. In: **Obras Completas**, Madrid, España : Biblioteca Nueva, 1900.
- FREUD, S. Moisés y la religión monoteista. In: **Obras Completas**, Madrid, España : Biblioteca Nueva, 1938.
- FREUD, S. Psicologia de las massas. In: **Obras Completas**, Madrid, España : Biblioteca Nueva, 1921.
- FREUD, S. Totem e tabu. (1913). In: **Obras Completas**, Madrid, España : Biblioteca Nueva, 1972.
- FREUD, S. & BULLITT, W. **Thomas Woodrow Wilson – um estudo psicológico**. 1.ed. Rio de Janeiro : Graal, 1984.
- GANS, Herbert. **The urban villagers**. Free Press, 1962.
- GEERTZ, Clifford. **Interpretação das culturas**. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan S.A., 1989.
- GLUCKMANN, Max. Les rites de passage. In: **Essays on ritual of social relations**. By C.D. Forde, M. Fortes, M. Gluckman, V.W., Turner, Oxford Road : Manchester University Press.
- GLUCKMANN, Max. Rituals of rebellion in South – East Africa. In: **Great Britain by Butler**. Printed & Tanner Ltda, Frome and London.
- GOFFMAN, Erwing. **Estima**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4.ed. Rio de Janeiro : Guanabara, 1988.
- GOFFMAN, Erwing. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo : Perspectiva, 1990.
- GRIMSON, W.R. (Comp.). **Nuevas perspectivas en salud mental. Instituciones y problemas**. Buenos Aires, Argentina : Ediciones Nueva Visión, 1973.
- GUEDES, Sonia L. Umbanda e loucura. In: VELHO, G. (Org.). **Desvio e divergência**: uma crítica da patologia social. 6.ed. Rio de Janeiro : Zahar, 1974.
- JAKOBSON, Roman. Linguagem e poética. In: **Linguística e comunicação**. Rio de Janeiro : Cultrix, 1999.
- JAMISON, Kay Redfield. **Uma mente inquieta**. São Paulo : Martins Fontes, 1996.
- LACAN, Jaques. A angústia. In: **O seminário**, livro 10 ( ). Rio de Janeiro : Zahar, 1999.
- LACAN, Jaques. A instância da letra no inconsciente ou a razão depois de Freud. In: **Escritos...**
- LACAN, Jaques. As psicoses. In: **O seminário**, livro 3 (1955-56). Rio de Janeiro : Zahar, 1985.

- LACAN, Jaques. De uma questão preliminar para todo tratamento possível da psicose (1957-58). In: **Escritos...**
- LACAN, Jaques. **Escritos**. Rio de Janeiro : Zahar, 1998.
- LACAN, Jaques. Função e campo da palavra e da linguagem em psicanálise. In: **Escritos...**
- LAING, Robert. **A política da experiência**. Petrópolis : Vozes, 1974.
- LAING, Robert. **O eu dividido**: estudo existencial da sanidade e da loucura. 6.ed. Petrópolis : Vozes, 1960 [1991].
- LAING, Robert. & COOPER, David. **Razão e violência**: uma década de pensamento sartreano. Buenos Aires : Paidós, 1969.
- LAPLANTINE, Francois. **Antropologia da doença**. 1.ed. São Paulo : Martins Fontes, 1986 [1991].
- LAPLANTINE, Francois. **Aprender etnopsiquiatria**. 1.ed. São Paulo : Brasiliense, 1988 [1994].
- LASCH, Christopher. **Refúgio num mundo sem coração. A família: santuário ou instituição sitiada?** Rio de Janeiro : Paz e Terra, 1991.
- LEACH, Edmund. **Cultura e comunicação**: perspectivas do homem. Rio de Janeiro : Edições 70 Brasil Ltda., 1976.
- LÈPINE, Claude. A doença mental entre os iorubas da Nigéria. In: D'INCAO (Org.). **Doença mental e sociedade: uma discussão interdisciplinar**. Rio de Janeiro : Graal, 1992.
- LÈVI-STRAUSS, Claude. **Antropologia estrutural**. Rio de Janeiro : Tempo Brasileiro, 1975.
- LÈVI-STRAUSS, Claude. Introdução à obra de Marcel Mauss. In: **Estruturalismo, antologia de textos teóricos**. São Paulo : Martins Fontes, 1967.
- LÈVI-STRAUSS, Claude. **O pensamento selvagem**. Campinas : Papyrus, 1989.
- LÈVI-STRAUSS, Claude. **O totemismo hoje**: perspectivas do homem. Lisboa, Portugal : Edições 70, 1986.
- MALINOWSKI, B. **A vida sexual dos selvagens**. Rio de Janeiro : Francisco Alves, 1927.
- MALINOWSKI, B. **Argonautas do pacífico ocidental**. Ed. Victor Civita, Abril Cultural, 1978. (Coleção Os Pensadores).
- MASSON, Jeffreu Moussaieff. **Correspondência completa de Sigmund Freud para Wilhelm Fliess**. (1887-1904). Rio de Janeiro : Imago, 1986.
- MAUSS, Marcel. Mentalidade arcaica e categorias do pensamento. In: **Ensaio de sociologia**. São Paulo : Perspectiva, 1981.
- MAUSS, Marcel. Uma categoria do espírito humano: a noção do eu. In: **Sociologia e antropologia**. São Paulo : EPU da Universidade de São Paulo, 1974.
- MEAD, Margareth. **Crescendo em Nova Guiné**. 1928.
- MEAD, Margareth. **Sexo e temperamento**. São Paulo : Perspectiva, 1969.

- MERTON, Robert King. **Sociologia, teoria e estrutura.** Mestre Jou, 1970.
- MOFFAT, Alfredo. **Psicoterapia do oprimido – ideologia e técnica da psiquiatria popular.** São Paulo : Cortez, 1980.
- MUELLER, Fernand - Lucien. **História da psicologia.** São Paulo : Atualidades Pedagógicas Ed. Nacional, 1978.
- NIJINSKY, Vaslav. **O diário de Nijinsky.** Rio de Janeiro : Rocco, 1936 [1985].
- ONG, Walter Jr. **Da oralidade a escritura.** México : Fondo de Cultura Econômica, 1987.
- PAES BARRETO, Francisco. **Reforma psiquiátrica e movimento lacaniano.** Belo Horizonte : Itatiaia, 1999.
- PAES DE SOUZA, M. **Sistema de documentação e quantificação em psicopatologia.** 1985.
- PERELBERG, Rosine J. **As fronteiras do silêncio.** Rio de Janeiro : Achiamé, 1980.
- PERELBERG, Rosine J. Família e doença mental em Londres: dois estudos de caso. In: FIGUEIRA, S. & VELHO, G. (Orgs.). **Família, psicologia e sociedade.** Rio de Janeiro : Campus, 1981.
- PESSOTTI, Isaias. **O século dos manicômios.** São Paulo : Editora 34 S/C Ltda., 1996.
- PIERCE, Charles Sanders. **Semiótica.** Campinas, São Paulo : Papyrus, 1989.
- PORTER, Roy. **Uma história social da loucura.** 2.ed. Rio de Janeiro : Zahar, 1991.
- RADCLIFFE-BROWN, A.R. Cerimonial customs. In: **The andaman islanders.** Cambridge : Cambridge University Press, 1922.
- ROBINSON, Paul A. **A esquerda freudiana.** Rio de Janeiro : Civilização Brasileira S.A., 1969 [1971].
- SAUSSURE, Ferdinand. **Curso de lingüística geral.** 16.ed. São Paulo : Cultrix, 1991.
- SÈCHEHAYE. **Diário de uma esquizofrênica.** (A completar).
- SHEREBER, Daniel P. **Memórias de um doente dos nervos.** 1.ed. Rio de Janeiro : Graal, 1984.
- SPRENGE, J. & KRÂMÉR, H. **O malho das bruxas.** Trad. Inglesa com introdução, bibliografia e notas de MONTAGNE SUMMERS, Londres : Prushkin Press, 1948.
- STOLL, Sandra T. **Entre dois mundos: o espiritualismo da França e no Brasil.** Tese de Doutorado apresentada ao Departamento de Antropologia da Universidade de São Paulo, 1990.
- SZASS, Tomas. **A fabricação da loucura – um estudo comparativo entre a inquisição e o movimento de saúde mental.** 3.ed. Rio de Janeiro : Guanabara, 1971 [1984].
- TAMBIAH, Stanley Jeyaraja. Ritual as thought and action. In: **Culture, thought, and social action: an antropological perspective.** Cambridge, Massachusetts and London, England : Harvard University Press, 1985.

- TURNER, Victor. **La selva de los simbolos**. Espanha : Siglo Veintiuno de España Editores S.A., 1988.
- TURNER, Victor. **O processo ritual – estrutura e antiestrutura**. Petrópolis : Vozes, 1988.
- VELHO, G. & VIVEIROS DE CASTRO, E. **O conceito de cultura nas sociedades complexas**: uma perspectiva antropológica. Artefato, 1978.
- VELHO, Gilberto. Acusações: projeto familiar e comportamento desviante. In: **Boletim do Museu Nacional**, n.28. Nova Série Antropologia, 1978.
- VELHO, Gilberto. **Dois categorias de acusação na cultura brasileira contemporânea**. Rio de Janeiro : Campos, 1978.
- VELHO, Gilberto. O estudo do comportamento desviante: a contribuição da antropologia social. In:\_\_\_\_\_ (Org.). **Desvio e divergência**: uma crítica da patologia social. 6.ed. Rio de Janeiro : Zahar, 1989.
- WILBUR, George B. & WARNER, Muensterberger (Org.). **Psychoanalysis and culture**: essays in honor of Geza Roheim. New York, 1951.
- WILSON, Mônica. The wedding cakes: a study of ritual chage. In: LA FONTAINE, J. **Interpretation of ritual**. London : Tavistock Publication, 1972.
- ZALUAR, Alba G. (Org.). O método comparativo. 2.<sup>a</sup> parte de **Desvendando máscaras sociais**. Rio de Janeiro : Francisco Alves, 1990.

## **MATERIAL CONSULTADO DE L. F. BARROS**

### **Livros**

- Memórias do Delírio - Confissões de um esquizofrênico. Rio de Janeiro : Imago, 1992.
- Vinte e seis pérolas e outras fantasias. Rio de Janeiro : Imago, 1994.
- Anjo carteiro: a correspondência da psicose. Rio de Janeiro : Imago, 1996.

### **Revista**

- “Saudável loucura”. Publicação semanal da Revista Veja, 1996.

### **Artigos no Jornal do Brasil**

- Loucos de todo o gênero. 23/11/97
- O rei está nú. 27.12.97

O legado da luz. 31.01.98

Uso e abuso do usuário. 01.03.98

Diógenes, Estigma e Gueto. 23.03.98

Silêncio auto-infligido. 24.05.98

Drogas e educação moral. 19.07.98

Terapia e terapias. 09.08.98

Jung, o curador ferido. 06.09.98

A saúde mental e a cereja. 24.10.98

Cortina de fumaça. 21.11.98

Maníacos e psicopatas. 16.01.99

Mídia e psicopatia.

De médico e louco. 08.05.99

**Convivendo com a esquizofrenia.** Publicação Internacional da Eli Lilly and Company, v.3, n.2. Editor David Leeper.

## **BOLETIM**

Boletim Informativo do Projeto Fênix, Associação Pró-Saúde Mental. Coord. L.F. Barros. São Paulo, ano I, jan./mar.1998.

## **Texto fornecido pelo autor**

PAES BARRETO, Francisco. **A reforma psiquiátrica e a história da clínica**, 1999.

PEIRANO, Mariza. **As árvores ndembu**: uma reanálise. Versão traduzida e revisada do "Special paper" apresentado ao Departamento de Antropologia da Universidade de Harvor em 1977, escrito sob orientação do Prof. Stanley J. Tambiah.

ORLANDI, Eni. **Linguagem e método**. IEL, UNICAMP.

ORLANDI, Eni. **A incompletude do sujeito**. IEL, UNICAMP.