

ERNESTO VENTURINI

**POR UMA SOCIEDADE
SEM MANICÔMIOS**

contribuições de um psiquiatra democrático

**Thelma Maria Grisi Veloso
Maria do Carmo Eulálio
(Organizadoras)**

 **eduepb**

ERNESTO VENTURINI

**POR UMA SOCIEDADE
SEM MANICÔMIOS**

contribuições de um psiquiatra democrático

Thelma Maria Grisi Veloso
Maria do Carmo Eulálio
(Organizadoras)



Campina Grande-PB | 2022



Universidade Estadual da Paraíba

Prof^a. Célia Regina Diniz | *Reitora*

Prof^a. Ivonildes da Silva Fonseca | *Vice-Reitora*



Editora da Universidade Estadual da Paraíba

Cidoval Morais de Sousa (UEPB) | *Diretor*

Conselho Editorial

Alessandra Ximenes da Silva (UEPB)

Alberto Soares de Melo (UEPB)

Antonio Roberto Faustino da Costa (UEPB)

José Etham de Lucena Barbosa (UEPB)

José Luciano Albino Barbosa (UEPB)

José Tavares de Sousa (UEPB)

Melânia Nóbrega Pereira de Farias (UEPB)

Patrícia Cristina de Aragão (UEPB)

Conselho Científico

Afrânio Silva Jardim (UERJ)

Anne Augusta Alencar Leite (UFPB)

Carlos Henrique Salvino Gadêlha Meneses (UEPB)

Carlos Wagner Dias Ferreira (UFRN)

Celso Fernandes Campilongo (USP/ PUC-SP)

Diego Duquelsky (UBA)

Dimitre Braga Soares de Carvalho (UFRN)

Eduardo Ramalho Rabenhorst (UFPB)

Germano Ramalho (UEPB)

Glauber Salomão Leite (UEPB)

Gonçalo Nicolau Cerqueira Sopas de Mello Bandeira (IPCA/PT)

Gustavo Barbosa Mesquita Batista (UFPB)

Jonas Eduardo Gonzalez Lemos (IFRN)

Jorge Eduardo Douglas Price (UNCOMAHUE/ARG)

Flávio Romero Guimarães (UEPB)

Juliana Magalhães Neuwander (UFRJ)

Maria Creusa de Araújo Borges (UFPB)

Pierre Souto Maior Coutinho Amorim (ASCES)

Raffaele de Giorgi (UNISALENTO/IT)

Rodrigo Costa Ferreira (UEPB)

Rosmar Antonni Rodrigues Cavalcanti de Alencar (UFAL)

Vincenzo Carbone (UNINT/IT)

Vincenzo Milittello (UNIPA/IT)

Expediente EDUEPB

Design Gráfico e Editoração

Erick Ferreira Cabral

Jefferson Ricardo Lima Araujo Nunes

Leonardo Ramos Araujo

Revisão Linguística

Antonio de Brito Freire

Elizete Amaral de Medeiros

Divulgação

Danielle Correia Gomes

Gilberto S. Gomes

Comunicação

Efigênio Moura

Assessoria Técnica

Walter Vasconcelos

Revisão Linguística

Rejane Maria de Araújo Ferreira



Editora indexada no SciELO desde 2012



Associação Brasileira
das Editoras Universitárias
Editora filiada a ABEU

EDITORA DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA

Rua Baraúnas, 351 - Bairro Universitário - Campina Grande-PB - CEP 58429-500

Fone/Fax: (83) 3315-3381 - <http://eduepb.uepb.edu.br> - email: eduepb@uepb.edu.br



Estado da Paraíba

João Azevêdo Lins Filho | *Governador*

Ana Lígja Costa Feliciano | *Vice-governadora*

Nonato Bandeira | *Secretário da Comunicação Institucional*

Claudio Benedito Silva Furtado | *Secretário da Educação e da Ciência e Tecnologia*

Damião Ramos Cavalcanti | *Secretário da Cultura*

EPC - Empresa Paraibana de Comunicação

Naná Garcez | *Diretora Presidente*

William Costa | *Diretor de Mídia Impressa*

Rui Leitão | *Diretora de Rádio e TV*

Alexandre Macedo | *Gerente da Editora A União*



BR 101 - KM 03 - Distrito Industrial - João Pessoa-PB - CEP: 58.082-010

Depósito legal na Câmara Brasileira do Livro - CBL.

V468p Venturini, Ernesto.

Por uma sociedade sem manicômios: contribuições de um psiquiatra democrático.[Recurso eletrônico]/Ernesto Venturini; Thelma Maria Grisi Veloso e Maria do Carmo Eulálio (Organizadoras). – Campina Grande: EDUEPB, 2022.

0000 Kb - 178 p.

ISBN 978-85-7879-683-9 (Impresso)

978-85-7879-682-2 (E-book)

1. Saúde Mental – Brasil. 2. Reforma psiquiátrica – Políticas públicas. 3.Redes de Atenção Psicossocial (RAPS). 4.Contrarreforma psiquiátrica. I.Título. II.Veloso, Thelma Maria Grisi (Orga.). III. Eulálio, Maria do Carmo (Orga.).

21. ed.CDD 362. 20981

Ficha catalográfica elaborada por Heliane Maria Idalino Silva – CRB-15/368

Copyright © EDUEPB

A reprodução não-autorizada desta publicação, por qualquer meio, seja total ou parcial, constitui violação da Lei nº 9.610/98.

Agradecimentos

Pela publicação deste livro, um agradecimento muito especial e caloroso vai para Thelma Maria Grisi Velôso e Maria do Carmo Eulálio, que me ofereceram essa possibilidade e apoiaram-na com determinação e perseverança.

Naturalmente, estou profundamente grato a todas e todos que, em diferentes momentos e em diferentes partes do Brasil, convidaram-me para realizar as conferências e os seminários aqui reunidos, além do público que sempre me acolheu e estimulou.

De um ponto de vista mais abrangente, quero expressar, também, minha admiração a todas as pessoas – trabalhadores, usuários, familiares, administradores, políticos – que, por meio do serviço público de saúde mental, deram, e continuam dando vida, a um extraordinário processo de cuidado e emancipação.

Por fim, um último pensamento carinhoso vai para minha esposa, Maria Stella Brandão Goulart, que enriquece toda a minha vida, inclusive a profissional, com suas reflexões e sugestões.

Ernesto Venturini

SUMÁRIO

Prefácio, 9

Apresentação, 13

PALESTRAS

A cultura *cura* a loucura?, 25

(Re)Territorializar a vida, 39

O que é a Psiquiatria?, 53

O poder utópico da imaginação
contra a burocracia, 75

A profunda democracia dos mundos locais, 81

A prática da cidadania é terapêutica, 85

A saúde mental em tempos de cólera, 97

A cidadania e sua afetação
e implicação na clínica e na política, 113

Normalidade e diversidade entre
psicopatologia e diagnóstico, 121

A contribuição de Franca e Franco Basaglia
para a crítica à patologização da vida, 149

Saudades de Basaglia, 161

Sobre o autor, 173

Sobre as organizadoras, 175

Prefácio

Um olhar plural de um italiano que descobriu o Brasil e que agora volta quando mais precisamos dele!

“... esse século ultrapassará o exame de mil nadas que dilaceram o coração. Então, de todo amor não terminado, seremos pegos em numerosas noites de estrelas. Ressuscita-me, nem que seja só porque te esperava como poeta, repelindo o absurdo cotidiano! Ressuscita-me, nem que seja só por isso! Ressuscita-me, quero viver até o fim o que me cabe...”, lutando contra todas as misérias que esse cotidiano nos oferece! (Vladimir Maiakovski, 1893-1930).

E é com esse pedido de socorro de náufragos que recebemos, em tão boa hora, uma coletânea com textos escritos em diferentes momentos vividos, de Ernesto Venturini, esse italiano revolucionário que, seguindo Franco Basaglia, acompanhou a Reforma Psiquiátrica Brasileira com dedicação e afinco na formação e na supervisão de experiências antimanicomiais em diferentes cidades e estados brasileiros.

Ele sempre nos acolheu com presteza e adequação. Fala português, aprendido em prováveis trabalhos de cooperação internacional em países de língua lusitana. Isso facilitou muito a tarefa de cooperação do Movimento da Reforma Psiquiátrica Italiana,

que ele integrava e integra, e a colaboração da Organização Pan-americana de Saúde, na época, liderada por Itzhak Lévy, para fazer do Brasil um país decente no respeito aos Direitos Humanos de pacientes internados em pocilgas indignas, por terem apresentado, ao longo de suas vidas, algum problema mental ou abuso de álcool e outras drogas.

Não consigo bem recordar quando Ernesto Venturini entrou em meu universo de conhecimento, construindo conosco a nossa Reforma. Se acompanhando, ou participando ativamente como observador internacional, nossas Conferências Nacionais de Saúde Mental, em que, numa composição de todos os grupos de interesse – usuários, familiares, trabalhadores da saúde, gestores, representantes de movimentos sociais, formadores de opinião de universidades, organizações nacionais e internacionais – reuniam-se, em importantes fóruns de discussão, para definir as políticas públicas de Saúde Mental! Saudades dos tempos em que a Democracia e a participação popular tinham o controle social da IRA, AMOR E DINHEIRO para constituir uma política pública também nesse país: IRA, para indignar-se com os descalabros da atenção aos nossos loucos de todo o gênero; AMOR ético, para unir esforços locais e internacionais, daí onde o Ernesto Venturini se aproxima e contribui, e DINHEIRO, usado de modo responsável para sustentar políticas públicas defendidas e decididas pelo povo brasileiro. Ou quando, eu, coordenadora nacional de Saúde Mental em Brasília, fiquei sabendo que um consultor de Saúde Mental italiano, enviado pela OPAS, estava em Maceió, onde não fora bem acolhido e já estava se dispondo a ir embora, já que não estava seguro de que era bem-vindo. Pego um avião e vou encontrá-lo. O encontro e os diálogos foram memoráveis! Fomos recebidos por Berto Gonçalo, que logo nos pôs em contato com as autoridades sanitárias locais, e Ernesto Venturini iniciou um trabalho até hoje lembrado e reconhecido

num dos estados brasileiros de grande concentração de leitos manicomial e pouca rede de serviços comunitários.

Ele voltou muitas vezes. Participou do Movimento da Reforma Psiquiátrica, do Movimento da Luta Antimanicomial, dos Movimentos de Usuários e Familiares e nos ajudou a construí-los. Com o companheiro Paulo Amarante, desenvolveu projetos na Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz que redundaram em seminários e escritos que muito difundiram ideias da Reforma Psiquiátrica no país. Tudo para determinar o que, no Brasil, deveria ser perseguido para alcançarmos equidade, acessibilidade e justiça social para todos, embalados que estávamos na construção do Sistema Único de Saúde, o nosso SUS, e saídos de uma ditadura militar, que hoje assistimos perplexos, num retorno ao primitivo desejado pelos que estão no poder, de novo se aproximar a gestão de um desgoverno genocida, irresponsável com as vidas de brasileiros e brasileiras que se esvaem por força do abandono de compromissos democráticos progressivos a que o país assistiu nos governos democráticos até o golpe de 2015.

E também, enquanto estava na Itália, organizava, na Região da Emilia Romagna, um Curso de Formação de lideranças latinas americanas e de todo o mundo, formando quadros para a Reforma Psiquiátrica em todos os cantos. Na minha vez, Alfredo Schechtman e Gina Ferreira foram companhias brasileiras amigas e instigantes para repensar o que acontecia no nosso país, comparando sempre com inúmeras instituições visitadas na região italiana e outras tantas experiências trocadas com os companheiros que do mundo faziam conosco aquele intensivo curso problematizador, financiado pela região italiana, em Ímola, e coordenado por Ernesto Venturini.

Ele escolheu uma mineira e Minas Gerais para amar o Brasil mais de perto, deixando a bela Toscana e Rimini guardadas, e

continua colaborando com os visionários brasileiros que sonham com liberdade e democracia em tempos tão sombrios, quando, de repente, perdemos a alegria de lutar a boa luta, pois ainda não encontramos a melhor forma de demonstrar nossa insatisfação com as lideranças espúrias que conduzem nossas políticas públicas, entre elas, a de Saúde Mental, nesses anos de chumbo.

A bela apresentação com o percurso de artigos/capítulos traçado por Thelma Maria Grisi Velôso e Maria do Carmo Eulálio, professoras da Universidade Estadual da Paraíba, que, mais uma vez, trazem uma contribuição histórica para a crise ético-política que vivemos, ao publicarem essa coletânea através da Editora EDUEPB, já nos traçam a travessia a percorrer para seguirmos o pensamento de um homem livre e crítico, companheiro que constrói nossa Reforma ao tempo em que acena com a esperança de rumos a velejar nesses mares incertos que nos fazem desesperançar muitas vezes.

Leitura imperdível! Obrigatória em tempos de espera!

A hora vai chegar!

Ana Pitta

Uma otimista crônica!

Diretora Emérita da Associação Brasileira de Saúde Mental

Apresentação

O processo de Reforma Psiquiátrica, no Brasil, materializou-se através da Lei 10.216/2001 e inspirou-se na Psiquiatria Democrática italiana. Apesar dos limites e dos obstáculos enfrentados, teve avanços indiscutíveis que contribuiram para consolidar a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), embora, atualmente, venha sofrendo sérios retrocessos, tendo em vista as recentes medidas governamentais que têm atingido diretamente as políticas públicas e, particularmente, a Política Nacional de Saúde Mental com o avanço da chamada ‘Contrarreforma Psiquiátrica’ (Chagas; Brutti, 2019; Lima, 2019; Nunes *et al*, 2019).¹

1 CHAGAS, G. D.; BRUTTI, T. A. As recentes mudanças na Política Nacional de Saúde Mental frente à Constituição de 1988. *Revista Caribeña de Ciencias Sociales*, outubro, 2019. Disponível em: <https://www.eumed.net/rev/caribe/2019/10/recentes-mudancas-politica.html>. Acesso em: 29 mai. 2020.

LIMA, R. C. O avanço da Contrarreforma Psiquiátrica no Brasil. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 29, n. 1, p.1-5, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/physis/v29n1/pt_0103-7331-physis-29-01-e290101.pdf. Acesso em: 29 mai. 2020.

NUNES, M. O. *et al*. Reforma e contrarreforma psiquiátrica: análise de uma crise sociopolítica e sanitária a nível nacional e regional. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v. 24, n. 12, p. 4489-4498, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232019001204489&script=sci_arttext&tlng=p. Acesso em: 16 abr. 2020.

A presença dos italianos no Brasil assessorando esse movimento foi fundamental, por isso não podemos deixar de mencionar a interlocução estabelecida com Franco Basaglia, quando esteve no Brasil, na década de 1970. Ernesto Venturini, autor das palestras que compõem esta coletânea, dá continuidade a essa interlocução nos brindando com sua presença em várias cidades brasileiras, onde não só proferiu palestras, como também participou de reuniões, assessorando diretamente os profissionais dos serviços substitutivos de saúde mental. Um exemplo disso foi sua vinda a Campina Grande (PB), no período de 13 a 15 de junho de 2012. O evento intitulado ‘Reforma Psiquiátrica em movimento: diálogos com o psiquiatra italiano Ernesto Venturini’ foi organizado pela Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), em parceria com a Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) e com a Coordenação de Saúde Mental do município. Na ocasião, além de proferir duas palestras na UEPB, Venturini visitou vários serviços substitutivos da rede de saúde mental de Campina Grande e se reuniu com os profissionais desses serviços para debater sobre questões do cotidiano do trabalho em saúde mental.

Em 2018, participou de outro evento em Campina Grande, o ‘II Reforma Psiquiátrica em Movimento: diálogos com o psiquiatra italiano Ernesto Venturini’, no dia 08 de maio, na UEPB. Na ocasião, proferiu duas palestras e participou do lançamento dos seguintes livros: ‘Saúde Mental: saberes e fazeres’ (EDUEPB, 2016), coletânea que organizamos e que contou com um capítulo de sua autoria; e do seu livro ‘A linha curva: o espaço e o tempo da desinstitucionalização’ (FIOCRUZ, 2016). Foi nessa oportunidade em que surgiu a ideia de convidá-lo para publicar, pela Editora da UEPB, algumas de suas palestras no Brasil que ainda não haviam sido publicadas, e ele aceitou o convite. Assim, nasceu esta coletânea, que objetiva dar continuidade ao processo de diálogo com Ernesto Venturini e contribuir para incrementar

a discussão e a reflexão sobre a Reforma Psiquiátrica no Brasil, visando fortalecer o movimento antimanicomial.

Em época de grande retrocesso político, esta coletânea é, sobretudo, um instrumento de resistência. Reúne onze palestras que nos foram repassadas em língua portuguesa, proferidas no período de 2010 a 2019, em que Venturini vai apresentando suas reflexões, ora apoiadas em referenciais teóricos, ora em sua prática profissional. Essas palestras se interligam por meio de questões fundamentais que são retomadas e dão sustentação às ideias que o autor pretende defender a partir do ‘saber dialogado com a prática’, o qual foi sendo construído durante sua trajetória profissional e pessoal. Optamos por manter, na medida do possível, o tom coloquial, uma vez que se trata de palestras. Para garantir as referências bibliográficas ou outra informação necessária que facilitasse o entendimento do leitor, utilizamos notas de rodapé.

Na primeira palestra, intitulada ‘A cultura *cura* a loucura?’, proferida, em 2010, numa Conferência de abertura do Seminário Internacional ‘Cartografia cultural: as dobras da loucura’, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/RJ), Venturini nos convida a refletir sobre a diversidade como um critério de ‘identidade’, e não, comumente, como um critério de ‘anormalidade’. E é nesse caminho de exaltação do diverso que o autor explicita que “a complexidade dos caracteres e das formas é o maior valor de uma cultura” e defende que o respeito à diversidade é o que “cria uma cultura”. Ao refletir acerca da questão da loucura, refere-se a pessoas, e não, a diagnósticos. A partir de uma crítica à Psiquiatria asilar, que se propõe a ‘normalizar a diversidade’, estimula-nos a pensar em outras alternativas para cuidar dessas pessoas em sofrimento psíquico que não se reduzam a determinadas “tecnologias” e na possibilidade de uma “cultura profissional”, que incentive a autonomia, a participação

e o protagonismo dessas pessoas. A linguagem da arte destaca-se como a possibilidade de uma prática terapêutica que produza ‘liberdade’.

Na segunda palestra, intitulada ‘(Re)Territorializar a vida’, proferida no 5º Congresso Brasileiro de Saúde Mental (São Paulo, 2016), Venturini, partindo da forma como a doença era tratada na Grécia Antiga, faz um contraponto com a atualidade e ressalta que, no mundo contemporâneo, as pessoas são entregues às instituições. Numa sociedade neoliberal, “os usuários de saúde mental são consumidores de assistencialismo”, afirma. Acrescenta que, no contexto reformista, isso não é diferente e se expressa no território, onde é possível encontrar respostas para minar “a normalidade alienada”, e defende que a Reforma deve oferecer aos usuários possibilidades de protagonismo e de mudança social, que envolvem o território no processo de cuidado e propõe o termo ‘(re)territorializar a vida’. Aprofundando a reflexão sobre a Reforma Psiquiátrica no Brasil, ressalta que, no atual contexto político, a palavra de ordem é ‘resistir’ e que, dentre outros aspectos, os profissionais de Saúde deveriam orientar sua prática para a “formação de redes sociais”. Para ele, “a cidadania é a ferramenta terapêutica”. Conclui nos instigando a refletir sobre a possibilidade de diversificar a norma, desenvolver o capital social de uma comunidade e lutar por uma sociedade sem manicômios.

A terceira palestra – ‘O que é a Psiquiatria?’ – foi proferida durante o 3º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão da Saúde (Natal, 2017). Venturini a inicia remetendo-se ao ‘fim da Psiquiatria asilar’, que teve lugar não só na Itália, como também em vários países do mundo. Com uma abordagem centrada na saúde mental, e não, na doença mental, foi fundado um novo paradigma embasado na ideia de que “a liberdade é terapêutica”. Outros protagonistas ‘entraram em cena’, como os

usuários e os familiares. Nesse processo, a Psiquiatria asilar se modifica, procura atender às demandas atuais de legitimidade e recorre a ‘novos modelos de diagnóstico’. A partir da apresentação dos resultados de vários estudos, a credibilidade científica da Psiquiatria e a capacidade de intervir psicossocialmente na área da saúde mental são questionadas. Estimula-nos a considerar o neoliberalismo como um dos grandes obstáculos que a proposta reformista enfrenta e direciona nosso olhar para ‘a cidade violenta’, que gera insegurança e incerteza e sufoca a cidadania e a solidariedade. Então, pouco a pouco, a Reforma Psiquiátrica brasileira é revisitada e são apontados seus pontos ‘fortes’ e ‘fracos’, assim como os desafios e o papel dos profissionais de saúde. Ele defende a ideia de uma cidade hospitaleira, produtora de saúde, onde a prática da desinstitucionalização esteja presente tanto dentro quanto fora dos serviços de saúde mental. “A cidadania é terapêutica!”, conclui.

A quarta palestra que compõe esta coletânea – ‘O poder utópico da imaginação contra a burocracia’ – também foi proferida durante o 3º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão da Saúde (Natal, 2017). Ao qualificar a Reforma Psiquiátrica como uma revolução, Venturini nos convida a pensar sobre o que significa a utopia e nos conduz, pouco a pouco, para esta questão: ‘Temos que parar de sonhar e ser realistas?’ Porém, segundo ele, ser realista nos conduz a uma nova institucionalização. Quando o processo de reforma psiquiátrica brasileiro se burocratizou, afastou os ‘processos emancipatórios’, afirma ele. Propõe, então, a capacidade imaginativa como uma ferramenta potente e nos auxilia a refletir sobre como devemos fazer para estimulá-la.

A quinta palestra, ‘A profunda democracia dos mundos locais’, foi proferida também durante o 3º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão da Saúde (Natal, 2017).

Nela, Venturini defende que a “utopia possível da Reforma” consiste em estimular a capacidade dos usuários de protagonizarem mudanças numa perspectiva coletiva, considerando suas necessidades e seu sofrimento. Convida-nos a pensar sobre o lugar da marginalidade na sociedade neoliberal e defende novamente a ideia de que é nos “mundos locais do território” que se inventam democraticamente outras formas de existência, embora também haja desigualdades e contradições. Os grandes objetivos da Reforma, segundo ele, deveriam ser de “reconhecer o sentido produzido por cada sujeito” e considerar a capacidade desses sentidos de “operarem trocas afetivas e materiais”. E é nesse processo de reflexão que Venturini defende, mais uma vez, a luta por sociedades mais hospitaleiras e produtoras de saúde e felicidade.

A sexta palestra – ‘A prática da cidadania é terapêutica’ – foi proferida no II Reforma Psiquiátrica em Movimento: diálogos com o psiquiatra italiano Ernesto Venturini (Campina Grande, 2018), em que ele se propõe a falar sobre algumas experiências no campo da saúde mental. A primeira delas é sobre o livro ‘Anatomia de uma epidemia’, de Robert Whitaker. Venturini apresenta esse livro, que se propõe a refletir sobre o aumento do uso de psicofármacos e a possibilidade de outras alternativas terapêuticas e nos instiga a pensar a respeito do uso dos psicotrópicos e dos recursos psicoterápicos nos serviços substitutivos de saúde mental. A segunda experiência ressaltada por ele refere-se aos ‘Ouvidores de Vozes’ e às possibilidades de os sujeitos em sofrimento psíquico serem protagonistas no processo de cuidado e autocuidado. Em seguida, traz algumas reflexões sobre suas experiências em Madagascar, no continente africano, onde desenvolveu um trabalho na rede comunitária. Outra experiência que Venturini traz para reflexão nessa palestra é a do Zimbábue, com ‘Trabalhadores de Saúde não Profissionais’, descrita pelo

psiquiatra Dixon Chibanda. A quinta experiência a que se refere é a do ‘Diálogo Aberto’. Ele enfatiza como se caracteriza essa proposta e sua relevância e conclui a palestra afirmando que, em todas essas experiências, o que há de comum é que elas possibilitam o exercício da cidadania e nos conduz novamente a refletir sobre a prática da cidadania como uma prática terapêutica.

A sétima palestra, nomeada de ‘A saúde mental em tempos de cólera’, foi apresentada também no II Reforma Psiquiátrica em Movimento: diálogos com o psiquiatra italiano Ernesto Venturini, em 2018, e continua bem atual, como se tivesse sido escrita nessa época pandêmica de 2020/2021. O título da palestra parafraseia a famosa obra de Gabriel Garcia Marques, ‘Amor em tempos de cólera’. Venturini esclarece que os tempos de cólera se referem ao que vem sendo exacerbado nos últimos anos com a degradação de direitos e valores de forma “pandêmica”. Para tecer a linha de raciocínio do seu texto, ele recorre a pensamentos de filósofos e escritores clássicos e contemporâneos. Assim, traz as contribuições de Bauman sobre a liquidez do mundo moderno e, aos poucos, nos envereda por um caminho que nos leva a refletir sobre questões sociais, psicológicas e ambientais. Refere-se às ferramentas de controle da sociedade neoliberal e problematiza o papel do mercado, da mídia e do mundo virtual. Traz para a discussão as políticas públicas de saúde mental e a existência dos manicômios. Nesse processo, aprofunda a reflexão sobre o neoliberalismo como produtor do sofrimento psíquico, dando ênfase ao processo de alienação. Por fim, apresenta algumas alternativas para “a cólera dominante” e ressalta a importância da prática libertadora e coletiva com base no diálogo munido de autoconfiança e autocrítica.

A oitava palestra – ‘A cidadania e sua afetação e implicação na clínica e na política’ – foi realizada no 6º Congresso Brasileiro de Saúde Mental, em Brasília, no ano de 2018. Venturini recorda

o objetivo principal da Reforma Psiquiátrica brasileira, que é de construir a cidadania, vale-se da afirmação de Sérgio Arouca de que a “reforma sanitária brasileira é um projeto civilizatório” e ressalta o avanço do Sistema Único de Saúde (SUS) e o cuidado com as pessoas em sofrimento psíquico. Os modelos asilares precários foram substituídos por ações de promoção de saúde mental mais eficazes, humanizadas e mais econômicas. Formula algumas críticas e aponta os desafios que a proposta reformista brasileira enfrenta. Destaca, no entanto, a força da ‘clínica ampliada’, como ‘prática social’ e ‘de liberdade’, que muda a ênfase da doença para o sujeito que sofre, e leva em conta sua existência, o contexto social e sua capacidade de protagonizar mudanças junto com outros atores sociais.

Na nona palestra – ‘Normalidade e diversidade entre psicopatologia e diagnóstico’ – realizada no Curso de Psicologia da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), em 2019, Venturini inicia suas reflexões colocando em discussão as contribuições da Psicopatologia, questiona a neutralidade científica e evoca, mais uma vez, a reflexão acerca do normal, da norma, da saúde e da doença, relacionados aos diversos contextos históricos. É por meio dessa reflexão que ele nos leva ao tema hodierno da medicalização da vida, do poder-saber hegemônico da Medicina, do “controle clínico da população”, através do discurso especializado, e do uso indiscriminado dos psicofármacos. Para falar sobre a medicalização da vida – e por que não dizer da psicologia da vida? – o autor adentra os meandros dos diagnósticos e das classificações psiquiátricas, sempre relacionando à historiografia e ao entendimento do sofrimento psíquico e da construção de um novo estigma. Venturini também não perde de vista os riscos inerentes à relação terapêutica no processo psicoterápico e nos convida, mais uma vez, a valorizar a autocrítica.

Na décima palestra – ‘A contribuição de Franca e Franco Basaglia para a crítica à patologização da vida’ – realizada no 3º Seminário Internacional ‘A Epidemia das Drogas Psiquiátricas’, ENSP/Fiocruz (RJ), 2019, Venturini retoma conceitos complementares, como o de desvio e diversidade, que contribuem para se compreender bem mais a patologização da vida. A partir da retomada conceitual da norma, na perspectiva de um mundo mais globalizado, ele resgata a reflexão dos Basaglias, nas décadas de sessenta e setenta, acerca das instituições violentas – asilos e prisões – e de tolerância – comunidades terapêuticas ou centros comunitários – fundamental para compreender os modelos de delimitação entre o desviante e o normal. Destaca a necessidade de manter uma visão dialética, com o cuidado de não sucumbir à mística instituição tolerante que tenta encobrir as contradições sociais e ideológicas. Com esse resgate, Venturini nos propõe uma reflexão sobre os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), a diversidade, a Medicina, a demência senil e a saúde mental que levem a práticas menos institucionalizantes, mais despatologizantes e a prática da desmedicalização sob a ótica do tratamento em liberdade, com foco no sujeito, em sua reinserção social e no resgate da cidadania.

A décima primeira e última palestra, intitulada ‘Saudades de Basaglia’, Venturini proferiu em um Seminário na Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Belo Horizonte – em 2019, para comemorar os 40 anos da visita de Basaglia ao Brasil. Inicialmente, apresenta algumas informações sobre Franco e Franca Basaglia, narra algumas situações vividas durante a Reforma Psiquiátrica na Itália e ressalta alguns princípios que orientaram essa experiência. Num segundo momento, fala sobre a vinda de Basaglia ao Brasil e ilustra suas colocações com algumas frases que ele proferiu durante as conferências e as palestras que realizou no país. Dentre as colocações realizadas por

Venturini, destaca-se, ainda, o paralelo que ele faz entre o fim da ditadura no Brasil, a retomada da liberdade e a atual situação que o país vive. Ressalta que deveremos ter a mesma esperança de demolir o “estado de barbárie” em que vivemos. A mensagem é imbuída de vontade e de crença na possibilidade de haver mudanças.

Como diz o poeta espanhol Antônio Machado, “Caminhante, não há caminho, o caminho se faz ao caminhar.”

Caminheemos, então, e continuemos o diálogo.

Thelma Maria Grisi Velôso

Maria do Carmo Eulálio

PALESTRAS

A cultura *cura* a loucura?¹

Em um livro do escritor inglês Mark Haddon – ‘O esquisito acontecimento do cachorro morto à meia-noite’² – conta-se uma história muito particular: uma espécie de investigação científica realizada por Christopher Boone, um rapaz que sofre de uma síndrome rara de autismo, devido à qual Christopher odeia ser tocado, não come alimento misturado, encoleriza-se se os móveis da casa são deslocados, fica calado muito tempo e nunca sorri.

Mas ele é o protagonista de uma esquisita investigação sobre a morte de um cachorro, que desmonta os tradicionais pilares do chamado *senso comum* e nos permite refletir sobre a relatividade e, de certo modo, a inexistência da doença dele. Christopher, que é um ás em matemática e em física, reconhece que lhe agrada que as coisas respeitem uma ordem certa, mas observa que o pai também, pela manhã, sempre veste as calças antes de enfiar as ‘peúgas’ e, depois, sobe a escada dois degraus de cada vez, principiando sempre com o pé direito, e que um mar de gente,

-
- 1 Conferência de abertura do Seminário Internacional ‘Cartografia cultural: as dobras da loucura’, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP), Rio de Janeiro, 1º de dezembro de 2010.
 - 2 HADDON, M. *The curious incident of the dog in the night-time*. London: Jonathan Cape, 2003.

sem explicação lógica, se sente feliz quando resplandece o sol e cumpre gestos rotineiros e repetitivos, mas, não por essa razão, são considerados “diversos” ou “anormais”.

Em conclusão, esse brilhante investigador faz-nos notar, durante todo o romance, que os critérios da sociedade para definir uma pessoa “diversa” são arbitrários, relativos, modificáveis, conforme os lugares e as circunstâncias.

A diversidade refere-se, de fato, ao inalienável direito que cada pessoa tem de se realizar e se exprimir em toda a sua original e “originária” plenitude: é a própria diversidade que funda a própria identidade. Mas conseguir a própria identidade é um processo belicoso e conflituoso desde o começo da vida. Os educadores habitualmente se esforçam por forjar os discípulos a uma abstrata ideia de homologação. Quando um jovem, por exemplo, evidencia traços característicos particulares, os educadores – os pais, os professores, os médicos, os trabalhadores do social e da saúde – tendem a arregimentá-lo, a reduzi-lo a um padrão ordinário e genérico.

Como todos nós somos sujeitos únicos e irrepetíveis, ser “diverso” deveria significar estar mais perto da própria origem, da própria inclinação, da própria identidade. Uma sociedade de sujeitos, não originais e homologados, é uma sociedade totalitária, perigosa e destinada à autodestruição.

Mas, por qual motivo existe a propensão generalizada a homologar e padronizar? A explicação é simples: uma sociedade uniforme é mais controlada. Uma sociedade de sujeitos diversos, ao contrário, é dificilmente dirigida, porque é crítica, dinâmica, complexa.

Existe uma enorme diferença entre *ensinar* e *educar*. *Ensinar* significa “colocar entre os sinais”, quer dizer, *forçar*: é o que se faz quando se encaminha um processo de uniformidade. *Educar*, ao invés, deriva do latim “ex ducere” – que significa tirar fora – portanto, *extrair* o que está escondido na profundidade da pessoa, respeitando sua origem e sua diversidade. Esse processo é o chamado “método socrático”, através do qual uma vida, sem o esforço para buscar a própria singularidade, não é digna de ser vivida. Mas, para compreender a complexidade do mundo, não é suficiente utilizar só a lógica e o conhecimento factual. Precisamos de um terceiro elemento que podemos definir como ‘a imaginação narrativa’. É a capacidade de se pôr no lugar de alguém, de ser um leitor inteligente da história dele, de compreender suas emoções e os desejos: é, em essência, a chamada *empatia*.

Ensinar leva à normalidade, educar leva à diversidade. Estou me referindo a uma diversidade interpretada como procura da inclinação íntima – o que James Hillman³ define como o *daimon* da pessoa. Em geral, pode-se dizer que a diversidade constitui uma grande riqueza não só para a pessoa, mas também para a comunidade, porque a complexidade dos caracteres e das formas é o maior valor de uma cultura.

Qual é a relação da sociedade com os diversos? A relação com os diversos move-se em diferentes níveis: se pode estabelecer só em um juízo de valor – o nível axiológico – ou, se

3 James Hillman (1926 – 2011) foi um psicólogo e conferencista americano de fama internacional. Ele estudou e, posteriormente, conduziu estudos no *C.G. Jung Institute*, em Zurique. Foi fundador de um movimento conhecido como ‘Psicologia Arquetípica’ pós-junguiana.

interessar, no ponto de vista do conhecimento – o nível epistemológico – ou, enfim, estimular ações de aproximação com o *outro* – o nível praxe lógico.

Quando o contato se circunscreve no primeiro nível – o axiológico – e surgem sentimentos de insegurança, seja psicológica ou socioeconômica, é fácil aparecer preconceito e marginalização. Se, ao contrário, o sujeito se dá conta do direito à diversidade do outro e procura conhecer seu universo psicológico e cultural (o nível epistemológico), mas, sobretudo, aproxima-se, encontra-o, recebe-o, então procura enriquecer a si mesmo e a sociedade, porque o espaço onde existe uma interação respeitosa entre sujeitos é onde se cria a cultura.

Se quisermos examinar o reconhecimento da loucura como diversidade, devemos admitir que esse problema é uma questão difícil e ambígua. Quando olhamos para a história, damos conta de que o louco tem constituído um mistério ao qual se atribui tudo o que perturbava o senso comum: o que era vetado ou socialmente perigoso. A imagem da loucura mudava, conforme mudava a razão. O que não mudava era, por sua vez, a relação conflituosa de exclusão/complementaridade entre a não razão e o sistema de valores éticos, afetivos e religiosos, definidos como categoria de normalidade. O louco tem sido uma figura funcional, mesmo que contraditória, na sociedade moderna. Quanto mais uniformemente ordenada parecia a sociedade, tanto mais era exigida a transferência de funções significativas para as figuras marginais, cheias de valores impossíveis, mesmo que necessários.

A ‘História da Loucura’, de Foucault, é um “divisor de águas” para o pensamento filosófico sobre a loucura. Ao fazer

uma história da loucura, Foucault demonstra que há um gesto de exclusão na construção do pensamento moderno.

Meu estudo pretende reconstruir a decisão que, ao mesmo tempo, une e separa razão e loucura, pretende buscar descobrir a troca perpétua, a obscura raiz comum, o encontro originário que confere sentido tanto à unidade quanto à oposição entre o senso e o não senso⁴.

Foucault mostra como evidente a ligação entre o nascimento da “razão” moderna e a exclusão da loucura e revela como a certeza da nossa civilidade tinha a ver com a demarcação da irracionalidade. É uma lógica que se manifesta no internamento, mas que penetra profundamente o social através da capacidade de vigiar e autovigiar.

De fato, eu não acredito que a questão da loucura só pode se extinguir no âmbito de uma diversidade *culturalmente* definida. Ela é muito mais complexa: a loucura constitui uma identidade fenomenológica, autêntica e induzida, concreta e abstrata, ligada tanto à vida do sujeito quanto aos assuntos sociais.

O que convém analisar e compreender, portanto, é o processo por meio do qual o capital consegue transformar a contradição (...) no objeto de sua autorreparação (numa confirmação ulterior), a fim de começar a compreender como se desenvolve, na prática, a transformação do real numa

4 FOUCAULT, M. *História da loucura na época clássica*. São Paulo: Perspectiva, 1978.

*realidade-ideologia que deve produzir a face dupla da realidade, por meio da criação das qualidades mais adequadas a essa perpétua transformação. O homem é obrigado a tornar-se aquilo que não é, até que aquilo que ele é obrigado a tornar-se esteja identificado com sua natureza humana. Vivemos aquilo que nos tornamos como realidade real, e a ciência não faz senão dar justificativas e verificações práticas para a irrealidade real do produto. Nesse contexto, nossa tarefa ainda é a de desvelar, no terreno prático, as fases desse processo, recusando-nos a nos identificar com o que somos obrigados a nos tornar.*⁵

Contudo falar da loucura ou falar do louco são coisas diferentes. Falar da loucura significa, talvez, interrogar-nos sobre a possibilidade de uma verdade em relação ao sentido e ao não sentido, à normalidade e à anormalidade – um discurso que cabe nos processos da história. Falar do louco pertence ao campo de direitos, de sofrimento, de cura; um discurso que se põe na ‘consistência da vida’. Para enfrentar esse assunto, é necessário introduzir outros conceitos: o de desigualdade e o de desvio. A *desigualdade* é um processo social por meio do qual alguns indivíduos, em relação a outros, não têm o mesmo acesso a recompensas. Funda-se em diferenças que podem ser de riqueza, de prestígio ou de poder. O *desvio* é verificado quando os indivíduos se afastam de certo padrão. Ele não é absoluto, é relativo e abrange a ambiguidade das expectativas do comportamento. As regras, algumas vezes, são evidentes, outras vezes, menos. Em todo o caso, o mecanismo decisivo é o paradigma da inclusão

5 BASAGLIA, F. A doença e seu duplo: propostas críticas sobre o problema do desvio. In: BASAGLIA, F. *Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Garamond, 2005, p.186.

ou da exclusão. Ao longo de toda a história, a definição de uma linha limite que separa não tanto os diversos de outros quanto os *normais* dos *anormais*, representou, em muitos casos, o direito à vida ou a condenação à morte.

Se considero minha experiência, observo, precisamente, que não encontrei a loucura ou a diversidade, mas homens e mulheres. Percebi que o sofrimento deles não derivava dos efeitos da diversidade, mas dos efeitos de uma desigualdade social que impossibilitava a diversidade. A aflição e o desespero brotavam o estigma, que envergava as máscaras do medo e da recusa em relação a quem não tinha poder – econômico, cultural, profissional ou social. Por isso sempre julguei prioritário intervir nas desigualdades sociais, para que a pessoa em situação de crise psíquica tomasse consciência dos seus direitos e exercesse seu poder social nas práticas da cidadania. E isso não significou menosprezar o valor de uma intervenção relativa à bioquímica do cérebro ou às dinâmicas da psiquê, mas constatar que o exercício do poder é “terapêutico” e que a resolução do sofrimento resulta, prioritariamente, da resolução da injustiça social.

Paradoxalmente, porém, em muitas situações, é o mesmo instrumento destinado à cura que provoca a maior injustiça para as pessoas: esse instrumento é, em nosso caso, a própria Psiquiatria tradicional do manicômio, que reduz a diversidade à doença e não reconhece os direitos e o valor ético e existencial a diversidade. A linguagem do louco e a estrutura do seu pensamento são diagnosticadas exclusivamente como *patologia*, como alteração da racionalidade, e seu destino é de serem ‘arrancadas’ por terapias químicas e convulsivas. Essa Psiquiatria é a expressão médica de uma forma analógica de pensar, segundo as categorias de inclusão e exclusão. É uma lógica que passou a se

manifestar na internação nos hospitais psiquiátricos, mas que, infelizmente, permanece, ainda hoje, na *Psiquiatria Reformada*, quando a cura se funda só na medicação exclusiva dos sintomas.

O saber dessa Psiquiatria é baseado em “tecnologias” disciplinares, em preservação da ordem e em normalização da diversidade. Mas a cura não pode ser reduzida às tecnologias: ela abrange a vida das pessoas, as palavras, as emoções, os odores, os sabores, os corpos, os sonhos, as necessidades, suas histórias e as das comunidades. A cura, fundada nos parâmetros de uma ciência autêntica, necessita de uma *cultura profissional* baseada no pensamento crítico, na confiança criadora, na vontade de “ultrapassar o limite”. Significa fornecer a todos os cidadãos os instrumentos para enfrentarem sua diversidade, desenvolver conhecimentos e competência, para apoiar concretamente as pessoas, em situações mais ou menos transitórias de crise psíquica, na reintegração social e incentivar o protagonismo delas e dos familiares. Essa *cultura* se constrói para além do âmbito da especialidade médica e psicológica e cresce no pensamento coletivo de uma comunidade.

Quanto mais uma comunidade se sente insegura, mais tem medo de perder a própria identidade e reduz o limite da norma. Quanto mais uma comunidade é livre, mais é flexível e disposta a reconhecer as diversidades. Há sujeitos que, devido às implicações do papel que exercem e ao próprio prestígio social, podem influenciar esse processo de amplificação ou redução do limite: são os políticos, os jornalistas, os religiosos, os cientistas, mas, especialmente, os artistas. De fato, na luta contra o prejuízo, eles desempenham um papel importante: o de conhecer bem os eventos, mas também são fundamentais no envolvimento

emocional e na linguagem simbólica. O homem vive em um universo simbólico, e sua experiência é mergulhada em uma rede de significados. Às vezes, só através da linguagem da arte e do mito é que esses significados podem ser entendidos.

*Mais rápida que a ideia é a arte que agita a mente.*⁶

O poeta indiano, Rabindranath Tagore, afirmava, justamente, o valor do teatro e da literatura, porque eles possibilitam que nos coloquemos no lugar do outro. E quando o outro é quem é discriminado, nós podemos compreender bem mais a discriminação e a desigualdade social. A função da arte – como diz o psicanalista inglês Donald Winnicott – é exatamente a de alimentar e ampliar a empatia do homem. Nise da Silveira costumava sugerir aos próprios discípulos que lessem Machado de Assis, mais do que Freud ou outros psiquiatras. Em sua opinião, a capacidade do escritor de ler o coração do homem é extraordinariamente profunda. E como não lembrar, entre outros, as palavras de Miguel de Cervantes, em Dom Quixote, ou as de Fedor Dostoievski, em O Idiota, ou como esquecer personagens como Andrej Efimyč e Ivan Dimitric na Enfermaria n.º. 6, de Anton Chechov, ou os personagens do teatro de Luigi Pirandello? Incomparáveis mestres de Psicologia!

Pode-se, portanto, afirmar que a cultura cura a loucura?

A ideia de que a arte pode ser útil ao ‘doente mental’ é uma ideia antiga. Verossimilmente deriva da constatação de que os

6 Publio Ovidio Nasone (43 a.C. - 17 ou 18 d.C.), um dos principais expoentes da literatura latina e da poesia elegíaca.

artistas geralmente são originais, transgressivos, e alguns deles – entre os mais famosos, Van Gogh, por exemplo – foram considerados loucos. Assim, foi construído o mito de que o gênio é sempre “um pouco” louco.

Sem dúvida, há exemplos importantes da influência positiva da arte para acalmar o sofrimento psíquico. Me limito a lembrar o influxo da música e do teatro – nesse ponto, menciono o teatro do absurdo de Antonin Artaud – da pintura e das artes plásticas – como nos lembram a extraordinária obra do Arthur Bispo do Rosário e a dos artistas do ‘Museu de Imagens do Inconsciente’, promovido por Nise da Silveira.

Mas existe um perigo: o risco de que o uso dessa “arte” seja uma manipulação do “poder terapêutico”, que expropria os conteúdos criativos do ser humano e aliena suas necessidades de liberdade em uma dimensão puramente estética. Os temas ‘trabalho’ e ‘arte’ se tornaram caricaturas na Psiquiatria do asilo: transformaram-se em *ergoterapia* e em arte-terapia, modalidades de exploração física (no caso da ergoterapia) e intelectual (a arte-terapia), que correspondem à ideia do *entretenimento* na Psiquiatria, do qual falou Benedetto Saraceno: uma conduta paternalista de infantilismo das pessoas para adoçar a coerção de uma cadeia.

Penso que, no inferno do manicômio ou em todos os outros lugares onde existem a repressão e a marginalização, algumas obras dos internados podem ser obras artísticas, mas as intervenções técnicas que as favorecem, sem, no entanto, colocar em causa aquele inferno, não podem ser reconhecidas como terapêuticas. Onde não há liberdade, pode existir a arte, mas nunca pode existir a terapia!

Sem dúvida, a arte e a cultura fazem bem, porque nossa psiquê e nossa mente precisam delas. Por isso é uma obrigação da civilização oferecer arte e cultura para todos. De fato, é uma

ideia preconceituosa pensar que a inclusão social dos usuários de saúde mental deve limitar-se às necessidades materiais (casa, trabalho, salário) e não, às necessidades espirituais e intelectuais. Mas, se posso exprimir uma pequena provocação, acho que somos nós, os terapeutas, que mais precisamos da arte e da cultura. Nossa profissão é assim absorvente, assim difícil, com o risco de um encerramento defensivo na técnica, com o afastamento da afetividade, que necessitamos grandemente de ser nutridos na “alma da arte” mais do que “na mente da técnica”.

A desinstitucionalização, que tive o privilégio de acompanhar em Gorizia, em Trieste e em Imola, sempre pôs em evidência a presença ativa dos artistas. No princípio, eram oficinas terapêuticas de desenho, de pintura, de teatro e de poesia só para usuários. Depois, chegaram a ser lugares de encontro para usuários junto com trabalhadores da instituição. Saíram progressivamente do interior do hospital para fora, agora envolvendo as crianças, as donas de casa, marginais, migrantes ou qualquer cidadão: de espaços libertados no hospital até os teatros da cidade, as escolas, as praças e as oficinas comunitárias. A gente, desejosa dos espetáculos ou de *performances*, aplaudia, se comovia, refletia, queria encontrar os usuários, falar com eles, convidá-los a ir à sua casa.

Quanto ao que acontecia, no fundo, era banal. Os artistas reconheciam o direito à fantasia, encorajavam a capacidade criadora de qualquer um – seja *normal* ou *anormal* – escondida, desconhecida. Ampliando a confiança em si mesmas, as pessoas descobriam e aceitavam a própria diversidade.

A arte – como ensina Maurice Blanchot – é o contrário do poder: é uma alteridade irreduzível ao poder.

A arte é a grande inimiga da obtusidade e da ideologia, embora, na história, *os artistas*, às vezes, tenham se tornado servos, corruptos e submissos ao poder. Mas esse é apenas um exemplo de uma traição que acompanha a história da humanidade.

A arte oferece voz a um mundo que a racionalidade desencantada tenta desenraizar do exercício da cidadania. Propondo uma nítida e incessável recusa de conclusão e de definição dos estados das coisas, a arte produz uma desorientação que permite entender o desconhecido. O Mahatma Gandhi afirma que não devemos ensinar a criança a ler o alfabeto, mas a ler o mundo – *Not the word, but the world* – porque as fontes do saber são três: as mãos, o coração e a mente, e as três são exercitadas juntas. Cada uma sem as outras não tem valor, e a arte pode realmente juntar as três e nos ajudar a ler o mundo.

Lembro, com especial comoção, um evento que acompanhou o fechamento definitivo do Hospital Psiquiátrico de Imola. Chamamos o evento de ‘As experiências da sabedoria: para entrever o essencial’. Convidamos mais de cinquenta artistas, alguns deles, os mais célebres da Itália – representantes de diferentes gerações e de diferentes expressões artísticas – pintores, escultores e artistas do design, da escritura, da fotografia e do cinema – para participar do fechamento do manicômio junto com os últimos internados – os que tinham se tornado “sábios” na escola do sofrimento. Pedimos aos artistas para participarem da vida dos internados, a fim de conhecer os lugares de sua cotidianidade. Como êxito da experiência, os artistas, junto com os

usuários, teriam que produzir obras para uma exposição no dia do fechamento definitivo do hospício. Para os artistas, a experiência significou a saída de um mundo narcisista e autorreferencial. Para os usuários, significou a possibilidade de exprimir o “removido”, que era consequência da luta – como nos ensina o filósofo Espinosa – que a ordem da racionalidade trava contra a *potência dos diversos e dos pobres*.

Aquele evento confirmou que a cura necessita da imaginação e que a imaginação está intimamente ligada à capacidade socrática de exercer um pensamento crítico. A arte, como torna agradável a compreensão e a reflexão, pode ajudar a reconhecer os preconceitos e as dinâmicas repressivas que provocam o sofrimento interior.

A experiência representou o fim da separação com a intensidade emocional que só a arte pode conseguir. De acordo com o título do evento, a gente podia ver a própria alteridade relatando a essência do viver.

No dia da exposição, os artistas e os usuários exibiam orgulhosamente as obras. Os escritores liam os escritos, e os usuários-poetas recitavam seus próprios poemas. A gente prestava atenção e se emocionava. De repente, uma mulher, com cabelos compridos e grandes olhos pretos, pôs-se a tocar um violino, enquanto outros tocavam acordeões e violões. As crianças, as mulheres, os idosos, os artistas e os loucos dançavam. As pessoas eram alegres e riam. Percebia-se, a toda a volta, a intensa energia da liberdade. Naquele instante, era como se todos pudessem literalmente cruzar aquela linha limite entre diversidade e normalidade, quantas vezes quisessem, sem medo e brincando.

O jogo e a festa ensinam, de fato, a viver com outros: em lugar de uma paralisante ansiedade, eles relacionam a experiência de vulnerabilidade com o espanto, a curiosidade, a surpresa. Todos nós precisamos de situações de uma desorientação crítica

que nos façam entender quais conhecimentos são verdadeiramente importantes para nós e para os outros.

Naquele instante, entendi claramente por que era tão importante pensar na loucura. Talvez porque, através da loucura, pensamos sobre nós mesmos e colocamos livremente em jogo nossa normalidade. Naquele instante de emoção e de amor, pensei, mais uma vez, nas palavras de William Shakespeare em ‘Sonho de uma noite de verão’:

Os amantes e os loucos têm um espírito assim vívido, uma fantasia assim maleável que aprendem o que a gélida razão nunca pode compreender.

(Re)Territorializar a vida¹

Premissa

Heródoto, o grande historiador da Grécia Antiga, falando sobre os costumes dos babilônios, disse: “Eles não faziam uso de médicos e traziam a pessoa doente no espaço do mercado (da cidade). Se alguém tivesse sofrido de algo semelhante ou tivesse conhecido qualquer pessoa que sofreu, chegava perto do paciente e lhe dava conselhos sobre sua doença; depois recomendava meios que o libertassem dela” (Histórias, I, 6, 197). Na verdade, os babilônios tinham uma codificação elaborada de leis relacionadas com a arte da Medicina. O interesse por essa citação não é, no entanto, para obter uma informação histórica, mas uma indicação simbólica. A descrição do doente, trazido na praça pública do mercado, onde, através da troca de informações, era convidado a conhecer os remédios para sua doença, não significa apenas um sinal do que deve ter sido a vida dos babilônios, mas, sobretudo, um sinal de como deveriam ser os homens em sua vida, na doença e diante da morte. Como observa Franca

1 5º Congresso Brasileiro de Saúde Mental. Grande debate: ‘Política de saúde mental: desafios atuais da Reforma psiquiátrica’, São Paulo, 27 de maio de 2016.

Ongaro Basaglia², essa história nos diz que, em tempos antigos, a doença era parte da vida, e os remédios, que o homem estava identificando, eram inseridos em uma cultura que nascia na convivência e se manifestava na participação da comunidade. O mistério da vida e da morte estava ancorado na consciência de que a doença era o resultado de problemas sociais e naturais, pela estreita relação do indivíduo com a comunidade.

Uma sociedade produtora de marginalização

O que acontece na sociedade contemporânea? A pessoa que sofre é confiada a instituições de serviço (hospital geral, hospício, hospital psiquiátrico). De fato, com a dissolução das comunidades tradicionais, baseada em fortes laços familiares e comunitários, nasce a “sociedade de serviços”, que resolve os deficits de humanidade através de serviços de cuidados e assistência. Exigem-se competência e profissionalismo, mas não se pode reivindicar a *pietas* (a piedade), que é típica da relação de parentesco ou da amizade. No caso das pessoas em crise psíquica, essa delegação de serviços resulta, frequentemente, em uma operação de exclusão, realizada através da Psiquiatria. A Psiquiatria institucional se caracteriza como um lugar de pouso da miséria social, como o “beco sem saída” das falhas e ineficiências da organização de saúde e da assistência social. O hospital psiquiátrico é um dos lugares onde é operado o controle da improdutividade, da cronicidade, da anormalidade, da mesma forma que as instituições prisionais e correcionais; é o lugar onde é administrada a miséria social (adoraria dizer “foi administrada”, mas, infelizmente, devo dizer “é administrada”,

2 BASAGLIA, O. F. *Salute/malattia*. Le parole della medicina. Torino: Einaudi, 1982.

porque os hospitais psiquiátricos, no Brasil, ainda existem). E mesmo nos novos serviços da Reforma, a *produção de resíduos* e sua reciclagem continuam a operar. A lógica dominante do neoliberalismo redimensiona o valor dos conflitos sociais, esgotando-os de sua natureza coletiva e reduzindo-os à lógica de uma competição individual. A saúde torna-se, cada vez mais, uma mercadoria a ser comprada e vendida. Os *usuários* de serviços de saúde mental são *consumidores* de assistencialismo e justificam a reprodução de instituições específicas. Por conseguinte, é pura ilusão crer que, na nova rede de saúde mental pós-Reforma, os profissionais sejam automaticamente “libertados” da gestão da miséria social e podem fazer uma “boa” clínica, se eles não se *envolvem concretamente* nos mecanismos sociais que geram exclusão.

Essa sociedade deixa para trás os que estão à margem (os “doentes mentais”, os usuários da Psiquiatria, os que não têm garantias no mundo do trabalho, os desempregados, os migrantes, os viciados em drogas, os pobres e os sem-teto). Essa marginalidade pode ser confiada às intervenções institucionais “fortes” (a prisão, o manicômio, as chamadas “comunidades terapêuticas”) ou pode ser fragmentada e escondida no mercado das drogas, tanto legal (psicofármacos), como ilegal (narcóticos), na criminalização e na repressão desenfreada dos conflitos sociais. Mas a marginalidade representa o “underground” da história. E assim, para derrubar as falsas opiniões do senso comum e permitir a circulação de novas formas de pensamento, nós devemos começar desse nível, que representa “o não resolvido” da sociedade. Como a marginalidade se expressa no território, só as respostas concretas no território às necessidades das pessoas em crise psíquica podem-se tornar “catalisadores críticos”, capazes de “minar” uma normalidade alienada.

Nesse desafio, está enraizada nossa utopia de uma sociedade sem manicômios e sem manicomialismo.

(Re)Territorializar a vida

A prática da Reforma é baseada, muitas vezes, apenas na administração de drogas, de um kit de psicoterapia (centrada, principalmente, na relação individual), na efetivação da hospitalização e de uma organização biomédica de controle dos sintomas. Ao invés disso, a Reforma deveria oferecer *possibilidades de recursos* para o envolvimento ativo da pessoa em seus cuidados. Um serviço de saúde mental deveria evitar a imposição de uma normalização que acompanha a crise psíquica da pessoa. Isso tornaria a comunidade mais consciente de suas responsabilidades no ‘adoecimento’ e do seu efetivo poder terapêutico. A pessoa em crise psíquica, visibilizada no território com o fim das instituições manicomial, pode tornar-se o ponto de referência de uma nova “construção coletiva” da normalidade. No território, de fato, os problemas da marginalidade nunca escorregam em abstrações, e as palavras ganham a vivacidade da vida. Por essa razão, a saúde mental territorial deveria ser impulsionada para experimentar novas formas de conceber a clínica. O valor da Reforma não reside somente em sua eficiência, mas também na capacidade de produzir laços para “(re)territorializar” a vida. Com essa palavra, defino o processo que permite que os cidadãos sejam capazes de retomar, em suas mãos, a vida dentro da paisagem humana, social e cultural em que vivem e evitar que a vida se torne mais virtual e consumista.

“(Re)Territorializar a vida” é imaginar e construir lugares, é reconectar a vida ao território ao qual ela pertence. Estamos, hoje, sob uma pressão crescente para pensar de forma global.

Mas pensar globalmente significa pensar em termos abstratos, em referência ao nosso poder atual de afetar as contradições planetárias. É, certamente, muito mais produtivo pensar, acima de tudo, sobre o mundo em que vivemos, inclusive porque os efeitos da globalização já estão em nossa vida diária. Nos mundos locais, as questões se constituem como redes sociais e são tecidas em relações facilmente identificáveis. No mundo globalizado, as redes podem ser ficções preconcebidas, que acabam por criar respostas unilaterais, verticais, separadas e não transparentes.

A (re)territorialização é uma ligação de pessoas que compartilham a mesma realidade e em que o indivíduo encontra seu lugar na interdependência dos laços sociais. O pensamento liberal exalta a liberdade em uma dimensão individualista, pois considera as ligações como um limite do ego: *Eu tenho que pensar na minha família, nos meus interesses; não posso me preocupar com os problemas dos marginais. Há instituições que deveriam cuidar deles.* Em vez disso, as ligações, conscientes e responsáveis, resolvem os conflitos sociais, conferem poder para a liberdade de cada indivíduo. Minha liberdade não termina onde começa a do outro, pelo contrário: a minha liberdade começa com a libertação do outro, através dele, sem nunca o substituir!

Resistir e mudar

Agora vamos falar sobre o *nosso território*, onde atuamos, dia após dia, para aplicar a lei de Reforma: a lei 10.216³. Falamos, particularmente, sobre os desafios atuais da Reforma Psiquiátrica.

3 A Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, regulamentou, no Brasil, um novo modelo de assistência em Saúde Mental, parte integrante do Sistema Único de Saúde – SUS.

Estamos todos conscientes do momento de grande dificuldade econômica, institucional, política e moral que estamos vivendo. A palavra de ordem dos defensores da democracia é, hoje em dia, justamente “resistir”. Essa é a palavra que usamos para defender os resultados alcançados até agora na área da saúde mental.

Eu quero fazer, a esse respeito, duas reflexões.

O primeiro ponto diz respeito à estratégia da resistência. Estou convencido de que uma atitude de simples defesa oferece um amplo espaço para o adversário: acho, em essência, que a melhor defesa é sempre o ataque. Claro que devemos ser conscientes das nossas próprias limitações, mas devemos estar sempre orientados para nossa meta. Nossa estratégia deveria entrar em contato com certos tipos específicos de questões: as que excedem o que o poder nos concede. Para enfrentar um poder que ataque, de fato, deveríamos responder a partir do lugar onde não estamos em condições de fraqueza. Alguns índios, devido às forças esmagadoras de penetração econômica em seus territórios, dizem às autoridades estaduais e aos empresários: “Nós estamos, praticamente, mortos; portanto, não temos nada a negociar com vocês”. Essa é uma posição que provoca desorientação e medo no poder, porque significa, em contrapartida, não ter nada a perder. “Se você me ataca economicamente – dizem os índios – eu vou negociar apenas em outro plano: o da vida. Meu foco na vida vai exceder qualquer uma de suas ofertas”. É uma maneira de dizer que o outro nunca vai me possuir e que eu anulo as regras de negociação a meu favor.

Outro exemplo é a afirmação do direito ao “supérfluo” por usuários psiquiátricos. A desinstitucionalização não só trata de recuperar o direito a saúde, moradia, trabalho, subsídio que o sistema de cuidados de saúde “concede”, mas também solicita o direito ao “supérfluo”: atividades recreativas, criativas,

atividades culturais e – por que não? – direito a afetividade, a relações sexuais.

Causou sensação, por exemplo, a aquisição compartilhada de um hotel, em Santo Domingo, por usuários de serviços de saúde mental de Trieste, juntamente com uma associação de “viciados em drogas” de Génova. Foi uma maneira de oferecer férias-VIP⁴, desafiando o senso comum, que não considera esses usuários merecedores de direitos, devidos apenas aos *produtores saudáveis*.

A segunda reflexão é sobre o conteúdo dessa resistência. Devemos continuar a nos referir à situação atual, ou melhor, devemos tirar proveito da situação atual para exigir mais desenvolvimento, ao invés de nos defendermos.

Sendo orgulhosos de nossas realizações, vamos, também, corajosamente enfrentar nossos erros e imaginar um futuro diferente do que tínhamos construído e que pensávamos inatingível. É hora de uma autocrítica construtiva. Para a Reforma da saúde mental, dá-se aquilo que acontece em qualquer processo de transformação radical: depois de uma fase inicial, há sempre uma fase conservadora de encerramento e de entrenchamento, às vezes, apenas para defender os resultados tão arduamente alcançados. As instâncias que liberam se burocratizam, as novas regras se tornam novas normas e volta-se para uma reinstitucionalização. Exalta-se a quantidade de resultados, em vez de aceitar o risco de trabalhar para melhorar sua qualidade. Nasce divisões internas e, quando o inimigo não parece mais ameaçador, há um forte risco de burocratizar e de ideologizar. Essas condutas são comuns, são características intrínsecas do comportamento humano, como nos ensina a história. Parece-me

4 Na realidade, durante seis meses, o hotel era colocado em funcionamento para hóspedes externos a fim de equilibrar as despesas.

que não há sempre uma vontade corajosa de ouvir as opiniões de outros, especialmente se esses outros pensam diferente de nós. É sempre mais fácil (ou menos problemático) considerar os outros como inimigos, em vez de ceder em nossas certezas.

Para usar palavras que estão na moda, deveríamos não tanto *dar poder* (empoderar), como *perder o nosso poder* (o privilégio dos psicoterapeutas, de funcionários). Deveríamos, em nossas relações com os outros (os colegas, os usuários, os familiares, os cidadãos), nos comportar de acordo com o princípio do “diálogo aberto”: reconhecer todos como portadores de uma verdade, em um processo em que a verdade não é um absoluto, mas é simplesmente o resultado da maior mediação alcançada em relação a todos e em defesa dos valores da democracia e da vida.

A mudança real é baseada na disponibilidade de chegar ainda mais longe e em lugares diferentes do que prevíamos em nossos cálculos e certezas: estar abertos à heterogeneidade, porque, nas diferenças, nascem a criatividade e a mudança. Temos de *(con)vencer*, em vez de vencer; deixar-nos ser convencidos, obviamente sem ceder em nossos valores. Nós nos comprometemos e nos esforçamos para aprender línguas estrangeiras ou técnicas, mas não tentamos aprender suficientemente a linguagem da tolerância e do respeito.

Os desafios da Reforma

A crise que nos acompanha, talvez, decorra da perda, ou, pelo menos, da diminuição do comprometimento e da crença na realização do princípio que inspirou a Reforma da saúde mental: a luta contra o manicômio. Há a ilusão de que seja um problema do passado e que os manicômios continuam apenas como resíduos destinados a um fim inevitável. Mas não é assim:

os manicômios foram “modernizados”, aparentemente parecem menos violentos, no entanto continuam a sua ação destrutiva sobre as pessoas – os hospitalizados e os terapeutas – ambos presos no inferno do asilo. A presença de hospitais psiquiátricos enfraquece, dia a dia, a credibilidade da Reforma e seu princípio: ser capaz de propor para todas as pessoas, sem exceção, um tratamento em liberdade. A luta contra o manicômio deve ser retomada com renovada força e vigor: expressa o respeito aos direitos fundamentais das pessoas, possibilita a recuperação de recursos e é o passo necessário para construir os conhecimentos e as organizações da inclusão.

Acontece que os trabalhadores da saúde, na luta contra o manicômio, mas também na construção de novos serviços, se reconhecem despreparados para enfrentar os desafios das contradições da prática e se voltam para os modelos terapêuticos, mais ou menos dignos, mas insuficientes para enfrentar a complexidade de um serviço territorial de tratamento em liberdade. Sem dúvida, cada modelo de terapia clínica pode ser importante. Que sejam bem-vindos o *empowerment*, o *recovery* e o *open dialogue*, mas com a condição de que não sejam instrumentos técnicos de mercado e de colonização científica. Esses métodos devem ser verificados, adaptados a um sistema público de saúde, universal e solidário.

O que faltou na aplicação da Reforma – ou foi insuficiente – foi o preparo ou a atualização dos profissionais da Reforma. Os gestores de saúde talvez tenham dado muita importância à força do novo modelo organizacional ou às motivações ideológicas das instituições, sem explicar que a nova prática se constrói coletiva e corajosamente, no dia a dia, no confronto com a realidade.

A comunidade basicamente delega aos especialistas a gestão da diversidade: eis o mandato institucional de desaparecimento do louco, do diferente, do anormal, como expressão de

contradição social. A sociedade pode se sentir mais ou menos tranquilizada, sabendo que as novas instalações da Reforma mantêm a tarefa de criar um cordão sanitário invisível, mas seguro, entre ela e os loucos. Mas o envolvimento ativo da comunidade pressupõe manter a contradição no seio da comunidade, envolve a necessidade de se confrontar com a loucura no território, com suas perguntas ardentes que desafiam os equilíbrios, os privilégios, as estruturas alienantes da normalidade. Requer uma confrontação direta menos docilizada e fácil com a loucura. São os cidadãos, que, em primeiro lugar, têm que responder às perguntas daqueles outros cidadãos que vivem em sofrimento psíquico. Naturalmente os cidadãos serão apoiados por profissionais, mas a responsabilidade de viver as contradições da cidadania não pode ser delegada a terceiros. Ter solidariedade significa reconhecer as mesmas necessidades entre os saudáveis e os chamados loucos. Ter solidariedade significa, acima de tudo, mudar realmente as condições de desigualdade. Os CAPS⁵, portanto, não deveriam ser percebidos como lugares de resolução dos problemas, mas *como lugares de crise*, que atribuem continuamente à comunidade sua responsabilidade de superar a crise social que acompanha a (se não leva à) crise psíquica da pessoa. É claro que os trabalhadores da Saúde irão dar suas contribuições qualificadas e fornecer seus conhecimentos, mas sem ser considerados como *solucionadores* dos problemas. Os solucionadores são os próprios usuários e a comunidade que está envolvida ao redor deles. Os profissionais dos CAPS, em essência, acabam se tornando “mediadores culturais e sociais”, agentes estimuladores de mudanças. Sua atenção não só é dirigida para

5 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS): dispositivo de atenção à saúde mental, criado pela Reforma Psiquiátrica brasileira – um serviço de saúde comunitário que oferece assistência especializada em regime de atenção diária.

o que acontece dentro da estrutura do CAPS, como também, sobretudo, para o que acontece fora, ao redor de suas fronteiras. O foco dos profissionais deveria ser direcionado para a formação das redes sociais. Sua tarefa seria de facilitar o ponto de encontro entre a razão e a desrazão.

Nessa perspectiva, o direito à cidadania é a ferramenta terapêutica, e a cidadania é o verdadeiro ‘tempero’ da terapia.

Normalizar a diversidade ou diversificar a norma?

O sofrimento psíquico sempre contém um germe de dissidência e expressa o desacordo com o pensamento dos que lhe são próximos. Por isso é importante tomar esse sofrimento como expressão de dissidência e tentar dar-lhe uma resposta específica. Primeiro, os profissionais da saúde mental deveriam sempre reconhecer o sentido produzido por cada sujeito: cada pessoa produz sentido e tem o direito de ser reconhecida, de ter dignidade e de ser respeitada. O segundo passo é permitir que esse sentido possa se expressar, conectar com outras pessoas, operar trocas afetivas e materiais, interagir. Nas adaptações mútuas entre o sujeito e o ambiente, as pessoas se tornam mais competentes, e os ambientes, mais tolerantes. É necessário, então, possibilitar uma troca ousada de pensamentos entre sujeitos, para salientar problemas, questões e estratégias e provar a coragem de se colocar no jogo. A cura acontece quando, em vez de *normalizar a diversidade, diversifica-se a norma*, assumindo a responsabilidade de dar uma resposta à complexidade das diversidades. Curar, no território, significa trabalhar para que os “espaços”, que são expressão de anonimato, tornem-se “lugares”, representações de subjetividade e de valores. De “não

lugares” a “lugares”, onde se valoriza a diversidade e negam-se as desigualdades. Essa deveria ser a “invenção democrática” da Reforma, que interrompe a continuidade do poder institucional, forçando-o a uma inovação radical.

Agir dessa maneira significa desenvolver o capital social de uma comunidade. A observação, oferecida pela experiência de sair do sofrimento psíquico com a ajuda da comunidade, pode fornecer energia para aprender a viver em espírito solidário e não competitivo. Os serviços de saúde e de assistência social, com base na participação, formam cidadãos enquanto cuidam deles. Eles “curam” as pessoas e fazem com que se tornem mais conscientes do bem comum e mais motivadas a cuidar desse patrimônio coletivo.

A prática de cuidados afeta todos nós, não tanto como profissionais de saúde, mas como seres humanos. Todos nós somos responsáveis por tomar conta do outro e *melhorar o mundo*, com contribuições grandes ou pequenas. Nosso cuidar se torna o equivalente moral de uma reforma política que humaniza as instituições e os programas. Caso contrário, esses programas se tornarão ideologias.

A vida é uma questão de valores e de como aplicá-los na prática no dia a dia. Deveríamos sempre “*Pensar grande*”, embora com humildade e coragem.

O hábito de uma luta e a atenção solidária e diária ao sofrimento dos outros são necessários para implementar a cidadania. Geralmente e infelizmente, as pessoas vivem em uma sociedade centrada na indiferença e pouco cuidadosa em relação à dor e à solidão; uma sociedade que procura cinicamente incutir um sentimento de impotência. Mas nós queremos lutar pelo que

consideramos justo; lutar com a vontade de não ceder, com a capacidade de ser tenaz nas decisões, mesmo com as derrotas. Às vezes, estamos deprimidos e nos sentimos inúteis. Isso acontece porque esquecemos que existimos como entidades dotadas de potência. Pelo próprio fato de existir, nós somos energia, somos oportunidades, ocorrência de efeitos: somos, até o último momento de nossas vidas, uma entidade que tem o privilégio de poder se transformar.

Deveríamos, então, cultivar um sentido de orgulhosa dignidade: ter um forte senso da beleza interior – a nossa, a dos outros. Infelizmente estamos condicionados a ver, quase sempre, o mau, o feio em torno de nós. Estamos em um tempo em que o sono da responsabilidade e o da razão produzem monstros e em que, mais do que recursos financeiros, estamos consumindo nosso capital social e humano.

Mas, apesar de tudo isso, podemos, com determinação e coragem, vencer o desânimo que os inimigos da Reforma querem nos impor. Vamos reagir realçando, apreciando, saboreando a alegria da beleza dos sentimentos, a alegria da beleza das pequenas coisas que tornam valiosas, dia após dia, nossa vida, a beleza e a alegria da nossa luta por uma sociedade sem manicômios.

*É melhor ser alegre que ser triste / Alegria é a melhor coisa
que existe
É assim como a luz no coração /
Mas prá fazer um samba com beleza / É preciso um bocado
de tristeza
É preciso um bocado de tristeza / Senão, não se faz um
samba não*

(Vinicius de Moraes, Baden Powell, Samba da Bênção)

O que é a Psiquiatria?¹

Refletindo sobre o título desse encontro, eu me pergunto a mesma coisa que Franco Basaglia se perguntou em 1967. Naquele ano, ele publicou um livro que, precisamente, teve este título – ‘O que é a Psiquiatria?’ – Basaglia não se perguntava sobre a doença mental: a crítica dele era, de fato, dirigida à disciplina psiquiátrica.

Quando o mundo institucional deixar de ser confinado dentro dos limites de uma realidade artificial, ele vai se encontrar cara a cara com o mundo exterior, que, por sua vez, terá que aprender a aceitar suas contradições, já que não há um lugar para relegá-las.²

A mudança que se estava operando naqueles anos era muito mais do que uma simples modernização da profissão psiquiátrica: a mudança significava um deslocamento histórico no modo de pensar e de lidar com pessoas com crise psíquica.

-
- 1 3º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão da Saúde. Mesa Redonda: Análise histórica da conjuntura atual e das perspectivas da saúde mental no Brasil. Natal, 01 de maio de 2017.
 - 2 BASAGLIA, F. (a cura di). *Che cos'è la Psichiatria?*. Milano: Baldini & Castoldi, 1997. p. 11.

Em última análise, significava o fim da Psiquiatria. Pretendo me referir, nesse caso, à consumação de uma disciplina que teve, por pouco menos de duzentos anos, o monopólio na gestão da crise psíquica, reduzindo-a a uma doença, de acordo com os critérios da ciência positivista. Como eu já disse em outro contexto, o fechamento definitivo do hospital psiquiátrico de Trieste, em 1977, precedido do reconhecimento do *direito da fala* dos loucos, realizado em Gorizia, em 1965, foi o ato que marcou a *morte* da Psiquiatria. Naquele momento, caiu o edifício – institucional e ideológico – no qual se haviam construído um conhecimento e uma prática que queriam controlar a loucura por meio da separação e da objetivação dos ‘pacientes’. Deve ser claro, no entanto, que essa mudança foi o resultado de um processo muito mais amplo do que a prática radical, que teve lugar em Gorizia e Trieste, e envolveu diferentes atores e diferentes contextos na Itália e no mundo.

As consequências dessa ruptura epistemológica se tornaram mais claras nos anos seguintes. De um lado, a declaração de que “a liberdade é terapêutica” fundou um novo paradigma e iniciou um novo processo, que podemos expressar no conceito geral de *saúde mental*, em oposição à antiga abordagem centrada na *doença mental*. Seus atores não seriam mais unicamente os profissionais da área médica, mas deveriam incluir, mais ativamente, os profissionais da *área psi*, das ciências humanas e das áreas política e social. Mas o papel dos protagonistas, no processo de saúde, deveria ser reconhecido, sobretudo, o dos portadores de sofrimento psíquico e de seus familiares. Essa revolução científica e cultural começou a partir do reconhecimento dos direitos inalienáveis da pessoa e, inevitavelmente, se orientou em projetos de

Reforma (da saúde e da saúde mental). A presença de hospitais psiquiátricos foi considerada contrastante com esses princípios, e toda a lógica de marginalização e segregação foi avaliada como desatualizada.

Mas aconteceu que, mais ou menos na mesma época, as antigas instituições científicas da Psiquiatria tradicional se modernizaram, criticaram a violência do manicômio e abandonaram a rigidez da leitura biológica da doença mental. Foi uma tentativa atrasada de recuperar a credibilidade. Reafirmaram, porém, a necessidade de objetivar os doentes, por meio de uma modernização dos critérios de diagnóstico, e não desistiram de afirmar a supremacia do conhecimento médico nas decisões acerca dos cuidados. A existência dos hospitais psiquiátricos não foi negada, ao contrário, foi reafirmada como um recurso necessário, embora excepcional. O *background* desse processo poderia ser reconhecido, mais apropriadamente, no surgimento de uma *neurociência clínica* no lugar da disciplina psiquiátrica tradicional. Sua prática poderia ser resumida no conceito geral de um “novo tratamento da doença psiquiátrica”.

O primeiro modelo – a *saúde mental* – embora seja cientificamente e ideologicamente forte, hoje só é praticado em alguns países e está constantemente ameaçado. O segundo modelo – o *tratamento da doença psiquiátrica* – parece onipotente e onipresente. No entanto, ele é apenas um *simulacro*: uma construção que está vazia em sua credibilidade científica, embora ainda capaz de causar dor e dependência.

Para tornar mais explícita essa diferença, esclareço que estou me referindo a duas visões ideológicas, diferentes e alternativas, do Estado, da sociedade e, conseqüentemente, da saúde. No primeiro caso, estou me referindo a um direito universal à saúde, que seja igualitário e com livre acesso a todos. No segundo caso, ao contrário, falo da concepção de uma sociedade

onde a prioridade é a liberdade individualista, e a desigualdade é tomada como uma consequência inevitável da dinâmica social.

A crise da disciplina psiquiátrica

Continuando esta breve análise histórica e a fim de compreender a atual conjuntura, falarei, ainda mais, de como a Psiquiatria tradicional procurou se reciclar e renascer.

Não há como negar que, a partir do final da década de setenta, a disciplina psiquiátrica tentou operar o seu resgate, baseando-se em dois processos fundamentais: o reducionismo e a expansão de sua intervenção. O reducionismo é detectável com a adoção de novos modelos de diagnóstico com o DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) desenvolvido pela Associação Americana de Psiquiatria (APA). Os novos diagnósticos são *categoricos*, ao contrário dos antigos diagnósticos *clínicos*, e pareceram mais confiáveis. A proclamada natureza atórica deles facilitou consideravelmente sua propagação, porque o DSM aceitava ambos os critérios, até então, em conflito uns com os outros – o biológico e o social. Alegou-se, assim, um modelo biopsicossocial, linear, individualista, a-histórico, *reducionista*. Mas, paradoxalmente, as doenças aumentaram, porque esse modelo, devido ao seu aparente minimalismo e empirismo, se apropriou do sofrimento psicológico e social, classificando, fragmentando e administrando *respostas pré-formuladas* para cada questão social e existencial, permeando e colonizando, em essência, todos os problemas da vida.

A expansão da intervenção foi expressa com a suposta legitimidade dos psicofármacos. De acordo com as instituições

psiquiátricas, os psicofármacos seriam a resposta insubstituível, eficaz e substancialmente inofensiva para cada caso de sofrimento psíquico. A comercialização da indústria da droga mudou a imagem da droga psiquiátrica: de instrumento limitado para o controle de sintomas de uma minoria marginal dos gravemente doentes e incuráveis, voltou para um caminho em que prometia *melhorar a qualidade de vida de todos* e solucionar qualquer sofrimento psicológico. Os psiquiatras recuperaram confiança em suas capacidades terapêuticas reduzindo seus sentimentos de inferioridade em comparação com outras especialidades médicas mais tecnológicas. A propagação em massa de práticas psiquiátricas foi evidenciada com o aumento exponencial das prescrições de medicamentos psicotrópicos em todos os países. O acréscimo afetou, irresponsavelmente, grupos populacionais, como as crianças e os adolescentes que, antes, não estavam envolvidos nessas ações.

A ampliação do uso de drogas psicotrópicas operou uma espécie de desestigmatização dos transtornos psíquicos graves, e a Psiquiatria assumiu, na opinião pública, um perfil mais técnico e menos custodial. Com um olhar mais atento, esses dois processos mostram, no entanto, que essa Psiquiatria já não é baseada em uma credibilidade científica, mas em critérios de marketing e de sucesso. O resgate da Psiquiatria é, então, aparente e ilusório.

O fracasso da Psiquiatria

Em um artigo que apareceu em 2010, no *World Psychiatry*, com o título ‘*Os psiquiatras são uma espécie em extinção?*’³, o psiquiatra austríaco Heinz Katschnig enumera uma série de desafios internos e externos para a disciplina psiquiátrica, que, em sua opinião, seriamente põem em causa o estatuto científico da Psiquiatria.

O psiquiatra Angelo Barbato⁴ também examina, de acordo com o paradigma da medicina baseada em evidências, essas falhas, analisando criticamente os pilares da Psiquiatria: o tema do diagnóstico, a eficácia na prática de terapias com drogas e as intervenções psicossociais.

1. A primeira crítica de Barbato é ao diagnóstico, como ele está configurado no DSM. Estudos realizados em várias partes do mundo têm mostrado que, muitas vezes, a divisão de transtornos psíquicos em categorias diagnósticas distintas é artificial e não reflete a distribuição, na população, dos sintomas de sofrimento psíquico. Se, por exemplo, nos referimos a uma dimensão contínua, ao longo do tempo, encontramos, frequentemente, na vida de uma pessoa, uma grande sobreposição entre diferentes categorias diagnósticas. Tornou-se comum falar de duplo, triplo diagnóstico. Um sujeito que abusa de drogas pode, por exemplo, ser diagnosticado também

3 KATSCHNIG, H. Are psychiatrists an endangered species? Observations on internal and external challenges to the profession. *World Psychiatry*, v. 9, n.1, p. 21-28, 2010.

4 BARBATO, A. Si accettano scommesse sulla sopravvivenza della psichiatria nel prossimo futuro. In: RAVAZZINI, M.; SARACENO, B. (a cura di). *Governare confusioni urbane*. Il Saggiatore: Milano, 2010. p. 157-170.

como *borderline* e deprimido; um que sofre de Alzheimer pode ter distúrbios psicóticos e depressão; um esquizofrênico pode também ser obsessivo. Com o tempo, o diagnóstico muda, nem sempre se confirma. Em suma, os critérios objetivos do diagnóstico aparecem de forma muito aleatória.

Vários estudos destacaram que os fenômenos psicopatológicos, considerados pelo DSM como indicadores de um diagnóstico sério, como alucinações e transtornos do pensamento, podem estar presentes em subgrupos não desprezíveis da população em geral (os índios, por exemplo) sem, necessariamente, estar associados a sofrimento subjetivo ou prejuízo no funcionamento social. A definição clínica, então, não é suficiente para explicar a doença.

2. A segunda crítica diz respeito à eficácia das terapias medicamentosas. Quanto às drogas antipsicóticas, não há diferenças importantes na eficácia entre as antigas e as novas moléculas. No que diz respeito aos efeitos colaterais, as novas drogas, sem dúvida, induzem, em menor escala, a sintomas neurológicos perturbadores e muito desagradáveis (os efeitos extrapiramidais) para os que as consomem, mas são responsáveis por outros sintomas endocrinológicos e cardiovasculares, nem sempre imediatamente aparentes em curto prazo. A eficácia global de drogas antipsicóticas é evidente nos sintomas positivos da psicose, pelo menos em curto prazo, mas não sobre os sintomas negativos e, por conseguinte, têm um efeito relativamente limitado sobre o curso longitudinal da doença. Para alguns grupos populacionais afetados em maior medida pelo aumento do número de prescrições, como crianças e adolescentes,

têm sido levantadas dúvidas substanciais sobre a utilidade de seu uso em relação ao risco. A análise de uma série de investigações realizadas por empresas farmacêuticas, mas não publicadas⁵, mostrou que, em muitos estudos, os dados sobre a eficácia de novos medicamentos foram significativamente negativos ou nulos. Todo o campo da pesquisa e da prática psicofarmacológica é, de fato, severamente prejudicado por conflitos de interesse entre a Psiquiatria acadêmica e a indústria. Nos últimos anos, a Psicofarmacologia não tem produzido nada de realmente significativo na perspectiva científica. As *inovações* foram realizadas mais pelas necessidades do mercado – para vender novas e mais caras drogas – do que por uma verdadeira eficácia das fórmulas químicas.

3. A situação é ainda mais grave nas intervenções psicossociais para várias doenças, como a intervenção familiar na psicose ou as psicoterapias breves nas depressões, como é recomendado por unanimidade de estudos científicos. Essas intervenções nas estruturas interpessoais são oferecidas a um número muito limitado de usuários. É altamente duvidoso que os psiquiatras sejam capazes de colocá-las em prática, visto que sua formação, nos últimos anos, geralmente não dá ferramentas na vasta área da reabilitação psicossocial e da Psicoterapia. Geralmente, essas áreas são deixadas para outros profissionais – psicólogos, terapeutas ocupacionais, enfermeiros. Os psiquiatras consideram essas práticas menos significativas – talvez menos rentáveis – do que a clínica farmacológica.

5 Entre as pesquisas encomendadas por empresas farmacêuticas, estão publicadas, geralmente, as que são favoráveis ao seu medicamento, e excluídas, as que deram resultados negativos.

Em resumo, podemos falar de uma disciplina que limita seu âmbito à clínica e subordina-se à Neurologia e à Genética. Mas essa *neurociência clínica* mostra que não é capaz de explicar e enfrentar fenômenos complexos que têm raízes na micro e na macro dimensão societária.

A saúde mental

Para confirmar que o modelo de saúde mental é, atualmente, hegemônico no campo científico, seria suficiente me referir a alguns princípios estabelecidos, nos últimos anos, pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

Mencionarei apenas algumas de suas indicações:

- A necessidade de incluir a saúde mental na Assistência Primária, a partir da década de 90;
- O valor da contribuição de não profissionais e de leigos e a necessidade de desenvolver uma saúde mental comunitária (em um documento de 2010);
- A reafirmação da centralidade dos serviços territoriais da saúde mental, a importância de proteger e promover os direitos dos ‘pacientes’ psiquiátricos e o valor do papel desempenhado pela comunidade no processo do cuidado (Global Mental Health Action Plan, 2013-2020).

Parece inequívoca a escolha da Organização Mundial de Saúde por uma saúde mental comunitária, e seria de se esperar uma realização completa dos seus princípios e objetivos nos

contextos em que se desenvolvem processos de Reforma. Mas o cumprimento das metas ou sua defesa ainda se deparam com grandes dificuldades e obstáculos.

O neoliberalismo

Para entender a dificuldade de implementar o processo de Reforma, é necessário dirigir o olhar para o contexto sócio-político em que os processos de Reforma estão se desenvolvendo.

Estamos em um mundo com profundas transformações sociais, que afetam a vida em muitos aspectos. Houve mudança nas relações de trabalho, crise dos partidos políticos, desgaste da democracia, que já não inspira confiança e produz crises de representação, mas, acima de tudo, vemos o avanço de um pensamento neoliberal, individualista por natureza. Esse pensamento não é particularmente sensível às questões sociais de igualdade e do direito, para além de qualquer declaração retórica. A lógica dominante do neoliberalismo quer redimensionar o valor dos conflitos sociais, esgotando-os de sua natureza coletiva e reduzindo-os à lógica da competição individual. A crise econômica parece justificar a necessidade de colocar a igualdade social em segundo plano devido à necessidade de selecionar e de excluir. Assim, a saúde, cada vez mais, é uma mercadoria a ser comprada e vendida. O neoliberalismo, ampliando as desigualdades sociais, leva à deterioração do estado de saúde dos chamados “não garantidos”, aumenta a alienação e a marginalização e desgasta o pacto social.

Na Europa, aumentaram os sem-teto, os desempregados, os pobres. Na Ásia, na África, mas também nos países ocidentais, os ‘doentes mentais’ continuam a ser marginalizados e discriminados.

A cidade violenta

A representação simbólica dessa situação é a cidade violenta, a metrópole que, como um polvo, espalha-se por todo o planeta e corrói os lugares onde o sujeito habitualmente era reconhecido e ouvido. Como diz Benedetto Saraceno, em seu artigo ‘Paradigma do sofrimento urbano’⁶, a cidade violenta é o lugar onde as grandes trajetórias de significado e os valores da cidadania dão lugar à insegurança e à incerteza. E assim se fecham as relações entre as pessoas e se enfraquecem os laços de solidariedade. A cidade violenta causa sofrimento coletivo e doenças que afetam grupos vulneráveis e negam aos indivíduos sua dimensão coletiva do sofrimento.

Existe uma espécie de DSM aplicável para a cidade, um sistema que classifica os bairros “doentes”, define o destino de seus habitantes e engaiola e controla o “cluster” da população.

Então, surgem algumas questões: nessa cidade violenta, pode-se desenvolver o modelo de saúde mental que foi abstratamente pensado pela Reforma? Podem esses CAPS responder à complexidade dessas questões? Eles são lugares de marginalização, enquistados em um ambiente hostil, ou são postos

6 RAVAZZINI, M.; SARACENO, B. (a cura di). *Governare confusioni urbane*. Il Saggiatore: Milano, 2010.

avançados que podem produzir mudança? São lugares de “normalização” ou são pontos de pesquisa e invenção para produzir “uma crise saudável” e justas dúvidas? Podem ser já obsoletos, porque foram pensados antes da revolução da globalização, de acordo com uma tipologia social profundamente diferente de hoje? E, novamente, o mesmo modelo pode corresponder às diferenças geográficas, sociais, culturais, assim profundas, de um país, como o Brasil? O funcionamento de um CAPS, em Porto Velho, pode ser semelhante ao de São Paulo? O de Paraty é homólogo ao de Volta Redonda? O funcionamento na favela é igual ao de um bairro residencial?

A prática da saúde mental no Brasil

Vamos ver, então, o que aconteceu com a prática da saúde mental no Brasil.

Começo analisando os pontos fortes da Reforma Psiquiátrica.

- O país iniciou o caminho da Reforma a partir de uma situação muito difícil: a maioria dos hospitais psiquiátricos era de propriedade privada, como legado da ditadura militar. Por essa razão, a resistência à mudança tem sido muito forte. Contudo os reformadores demonstraram coragem e determinação.
- O fechamento do hospital psiquiátrico tentou se implementar em um país onde a assistência do Estado (*Welfare State*) sempre foi muito fraca e onde a pobreza e a desigualdade sempre foram altas. Essas condições tornaram particularmente difícil o caminho da integração

das pessoas que tiveram alta do hospital psiquiátrico e que viveram à margem da sociedade. Mas, mesmo nessas situações difíceis, muito foi feito.

- A Lei não chegou de cima para baixo. Foi o resultado de uma grande mobilização em favor da democracia do país. Ainda hoje, impressiona a grande mobilização que ocorre nas questões da saúde mental: basta lembrar, como exemplo, as Conferências de Saúde Mental e o 18 de maio, o dia da Luta Antimanicomial. E o Brasil é o único país no mundo que celebra esse aniversário!
- A nova organização de saúde mental vê a prevalência de figuras profissionais não estritamente sanitárias. Prevalcem, mesmo em cargos de gestão, psicólogos e terapeutas ocupacionais, em vez de apenas psiquiatras e enfermeiros.
- O número de mulheres que trabalham na saúde mental é notável, se não majoritário, em relação ao de homens. A prevalência desse gênero leva a uma profunda mudança em comparação com o olhar da Psiquiatria tradicional, que era tipicamente masculino. O novo olhar tentou, pelo menos, equilibrar uma única e exclusiva orientação.
- A criatividade, a alegria e o amor pela vida que são percebidos nas festas, nos momentos coletivos, nos CAPS, nos Centros de Convivência e nas cooperativas, são, sem dúvida, uma extraordinária forma de “saúde mental” daqueles lugares.

Vamos ver, agora, alguns pontos fracos da Reforma. É claro que minhas reflexões estão condicionadas às limitações e impressões do olhar de um estrangeiro, que não tem o conhecimento geral do problema. No entanto, acho importante contribuir com dicas e conselhos com toda a humildade.

- O impulso para fechar os hospitais psiquiátricos diminuiu juntamente com o arrefecimento das motivações ideológicas. Além disso, surgiram novos asilos privados, as chamadas comunidades terapêuticas, sustentadas por vastos e poderosos grupos de poder e que utilizaram fundos públicos, com a aprovação dos gestores de saúde, removendo as necessidades de implantar a Reforma.
- O número de CAPS III continuou muito baixo e não existe atendimento generalizado nas 24 horas. Em essência, a saúde mental comunitária não está conseguindo ser uma alternativa de hospitalização, para as situações mais problemáticas que, inevitavelmente, acabam em hospitais psiquiátricos residuais.
- Devido ao fato de os Hospitais Gerais resistirem a aceitar pessoas em crise psíquica ou implementar enfermarias psiquiátricas, o Ministério da Saúde agiu com pouca determinação e terminou evitando que os efeitos benéficos de uma prática não tradicional de aconselhamento psiquiátrico fossem desencadeados no Hospital Geral.
- A formação acadêmica dos psiquiatras ainda não lhes dá as habilidades necessárias para planejar, gerenciar e avaliar os serviços de base comunitária, que, conforme os processos da Reforma, são o contexto em que são fornecidos 90% dos cuidados de saúde mental. Os textos de treinamento universitário ainda se referem a uma psicopatologia fortemente influenciada pela cultura médica de países como os Estados Unidos, que estão longe de qualquer ideia de saúde mental universalista e igualitária. A residência universitária de novos psiquiatras continua, na maior parte, a ser dentro dos antigos

manicômios, reforçando o estigma negativo em relação ao sofrimento mental.

- A prática de intervenção, em muitos CAPS, ainda é baseada na Psiquiatria Clínica tradicional, mais do que numa “clínica comunitária”.
- Até mesmo algumas novas indicações de cuidado, como a capacitação dos usuários (o chamado empoderamento), foram aplicadas em áreas insignificantes, como meras concessões manipulativas.
- Em alguns casos, o planejamento dos novos serviços pareceu responder mais aos critérios de quantidade do que de qualidade.
- Continuaram os abusos contra os direitos humanos: os internados nos manicômios, nas enfermarias dos hospitais gerais e nas chamadas comunidades terapêuticas continuaram a ser isolados, amarrados.
- A prática da chamada “necessidade médica” permaneceu incontestada e, muitas vezes, abusada pelo Poder Judiciário, que só leva em conta os problemas de segurança e é institucionalmente incapaz de compreender os ‘problemas da saúde mental’.
- Os cuidados das pessoas são ainda muito programados de acordo com uma lógica *top-down*. Os programas terapêuticos não envolvem suficientemente, em sua elaboração, as partes interessadas – as pessoas em crise psíquica. A implicação das culturas locais é, quase sempre, ausente, ou simplesmente endereçada a uma normalização na sociedade dos ex-internados em hospitais psiquiátricos. Não há uma ação de reabilitação da comunidade para lidar com as causas estruturais que geram a angústia e o sofrimento mental.

- Olhando para as atividades de reabilitação de alguns dos Centros de Convivência ou CAPS, tem-se a impressão de estar diante de uma posição de defesa e de autorreferência. Os trabalhadores estão satisfeitos – e com razão – com os resultados que têm conseguido, mas não parecem motivados para receber comentários críticos.

É natural fazer, ainda mais, algumas perguntas:

Que valor é comumente dado, dentro dos serviços de saúde mental, para inserir os usuários no mundo do trabalho? O protagonismo dos usuários é considerado estrategicamente essencial na luta contra o estigma e a integração social? Apesar de considerar o peso de uma tradição que sempre separou a assistência às pessoas com problemas psicológicos das com problemas físicos, como justificar, hoje, a existência de uma organização de saúde mental desvinculada dos cuidados primários? Que resultados foram alcançados com a colaboração entre a Saúde da Família e a Saúde Mental? As equipes de matriciamento estão trabalhando bem? Era necessário criar uma estrutura específica para estimular uma função que deveria ser natural entre os serviços? Não foi criada uma nova forma de burocracia? Quais as ferramentas que os Centros de Saúde Mental e os Centros de Saúde usam para conhecer os recursos, as oportunidades e os problemas dos territórios aos quais estão se referindo?

Os desafios da Reforma

Um dos principais problemas a serem enfrentados é como se opor à lógica liberal. Essa lógica não é só *externa*, reconhecível nas escolhas políticas, nas ações manipuladoras do mercado e nos efeitos sociais da desigualdade; a lógica, também, é, inconscientemente, incorporada dentro de nós, mesmo que nos consideremos opositores a ela. Nossos comportamentos diários são profundamente influenciados pela lógica do mercado, que, através dos meios de comunicação, nos leva a pensar, às vezes, como quer o poder dominante. O neoliberalismo se estabelece como uma espécie de nova antropologia que forja os sujeitos, imprimindo sua trama psíquica dentro de uma matriz competitiva e hiperegoica, com tudo o que segue: depressão, ansiedade, erosão progressiva dos laços de solidariedade, cinismo e novas segregações⁷. E, assim, os mesmos trabalhadores da saúde são direcionados para se tornarem “realistas”, sem acreditar mais no poder de uma possível mudança, desistindo da esperança e do desejo de lutar diante de um sistema considerado demasiado forte.

Aconteceu que alguns perderam a crença no princípio, que inspirou a Reforma da saúde mental: a luta contra qualquer pensamento de marginalização. Começou a ser aceita a ilusão de que os manicômios podem permanecer apenas como resíduos destinados a um fim inevitável. Mas não é assim: os manicômios “modernizados”, aparentemente menos violentos, continuam sua ação destrutiva sobre os internados e os terapeutas, ambos presos à ideologia do asilo. A presença dos hospitais psiquiátricos como resíduos reciclados enfraquece a credibilidade da

7 CHICCHI, F.; SIMONE, A. *La società della prestazione*. Roma: Ediesse, 2017.

Reforma de ser capaz de tratar, em liberdade, todas as pessoas sem nenhuma exceção.

Além disso, as pessoas que trabalham na construção de novos serviços se reconhecem despreparadas para lidar com as contradições da prática. Consequentemente, elas se voltam para modelos terapêuticos tradicionais, mais ou menos aceitáveis, mas totalmente insuficientes para enfrentar a complexidade de um serviço de tratamento em liberdade aberto para o território.

A sociedade ainda tende, basicamente, a delegar aos especialistas a gestão da diversidade. A saúde mental, ao contrário, impõe o envolvimento ativo da comunidade para manter a contradição em seu seio e permitir um enfrentamento dialético da comunidade com a loucura, com suas perguntas ardentes que desafiam os equilíbrios, os privilégios e as estruturas da normalidade, e requer uma narrativa menos adocicada da marginalização. São os cidadãos que, em primeiro lugar, devem responder às perguntas dos outros cidadãos que vivem em condições difíceis. Naturalmente, eles serão apoiados por técnicos, mas a responsabilidade de incluí-los na cidadania não pode ser delegada a terceiros. Ser solidário significa reconhecer as mesmas necessidades entre todos os cidadãos: os chamados “saudáveis” e os “loucos”. Solidariedade significa, acima de tudo, mudar realmente as condições de desigualdade que sempre causam sofrimento. Basicamente, em vez de falar de “solidariedade”, deveríamos simplesmente falar de “justiça”.

Os serviços da Reforma (da saúde mental, mas também da saúde) não deveriam ser percebidos como lugares de resolução total dos problemas, mas como *lugares de crise*; lugares que, quando resolvem um problema do sofrimento, deixam claro para a comunidade outros ainda não resolvidos e que estão encobertos por esse sofrimento. Os profissionais da saúde deveriam ser, em essência, mediadores sociais, agentes promotores

de mudanças. A atenção, por exemplo, de um trabalhador em um CAPS não deveria ser medida pelo que acontece dentro das estruturas, mas estar vinculada ao que acontece fora, ao redor de “suas fronteiras”. O foco dos profissionais da saúde mental deveria dirigir-se ao desenvolvimento de redes sociais de apoio.

A cidade hospitaleira

A cidade – continuo a usar essa metáfora – que não escuta as necessidades gerais das pessoas produz desigualdades. E a Psiquiatria – mesmo que se defina como “saúde mental” – quando não escuta, consagra a desigualdade. Para produzir saúde mental, precisamos de uma troca ousada de pensamentos entre os sujeitos que, autenticamente, representem a coragem de salientar problemas, questões e estratégias que tenham a audácia de se colocar no jogo. A cidade, que nega a subjetividade, ignora o sentido produzido por aqueles que são portadores do estigma de excluídos. Assim, o primeiro objetivo de um CAPS é de reconhecer o sentido produzido por cada sujeito (usuário, familiar, trabalhador): cada um deles é um produtor de sentido, e essa produção deve ser reconhecida e concebida com dignidade e respeito. O segundo passo é dar certeza de que esse sentido se pode expressar, conectar com outras pessoas, operar trocas afetivas e materiais e aprender a interagir. Quando as pessoas se tornam mais competentes, os ambientes são mais tolerantes.

Trata-se de repensar o cuidado de si e do outro e o vínculo social, como *condutas de resistência* “com vistas à cura”. Todas as práticas de reconstrução das relações sociais, de ajuda mútua, de recuperação de um mínimo de solidariedade representam uma medida ainda não institucionalizada que resiste ao estilo de

performance do neoliberalismo e é um bom ponto de partida para estabelecer limites para a arrogância do mercado⁸.

Incluir os excluídos não é aprender as regras do jogo dessa sociedade, é mudá-las. Nós não trabalhamos para uma cidade sem diferentes, mas para uma cidade diferente, porque os “espaços” e a expressão de “anonimato” tornam-se “lugares”, representações de subjetividade e valores: de “não lugares” aos “lugares” onde prevalecem as diversidades e se negam as desigualdades. As cidades violentas, que produzem morte e que negam os direitos, são onipresentes, mas são presentes também as «histórias» de pequenas cidades habitáveis, hospitaleiras: lugares de afirmação de direitos e de produção de saúde.

Cuidar

Na verdade, a utopia de se ter uma sociedade saudável é possível e fundamenta-se na “simples” capacidade de relacionar os princípios da Reforma com os problemas da vida cotidiana. Não podemos declarar princípios para os quais todos nós inclinamos obsequiosos nossas cabeças e, em seguida, deixá-los ruir no realismo gritante da cidade inabitável e violenta, na asfixia de nossas instituições que mercantilizam o conhecimento e a saúde. Hoje precisamos reabrir uma *inventividade social* para que a prática da desinstitucionalização possa continuar sendo implementada dentro e fora do hospital psiquiátrico. A prática de cuidados afeta a todos nós, não tanto como profissionais de Saúde, mas como seres humanos: é nossa a responsabilidade de

8 *Ibid.*

intervir, para tomar conta do outro, para fazer algo no mundo. Nosso cuidado é o equivalente moral da Reforma política e constitui a base para *humanizar* as políticas. A vida é uma questão de valores e de como aplicá-los na prática, no dia a dia. Deveríamos sempre “pensar grande”, embora com humildade e coragem. Só assim, poderemos enfrentar o desafio que o mundo da marginalidade e as histórias dos ‘pacientes’ que chegam até nós nos apresentam, porque a saúde e a libertação deles também são, inevitavelmente, nossa saúde e nossa liberdade.

Conclusão

Voltando à pergunta inicial: o que é a Psiquiatria?, podemos responder que existem várias maneiras de entender a Psiquiatria. Mas, usando o método do conhecimento, que restringe o campo e o esquematiza, identificamos dois modelos predominantes: a saúde mental e a gestão da doença. Esses dois modelos não são complementares, embora contraditoriamente, às vezes, possam coexistir na vida cotidiana. Ao contrário, são antagonistas. Deveríamos ver claramente essa contradição e fazer escolhas sem qualquer mediação ou diluição.

O caminho do modelo de saúde mental, que reconhecemos como tradução, no cotidiano, do nosso desejo de uma utopia dirigida para emancipação e igualdade, começou com a famosa declaração de Basaglia: “A liberdade é terapêutica”. Hoje, temos a dizer, mas também a praticar, outra declaração: “A cidadania é terapêutica!”

O poder utópico da imaginação contra a burocracia¹

A Reforma na saúde mental e na saúde, em geral – estou me referindo ao SUS – não é uma aspiração utópica, mas, com todos os seus limites, é uma realidade maravilhosa. Quero dizer que a chamada Reforma constitui uma verdadeira revolução. Pensamos, por um momento, nos revolucionários dos séculos passados: para eles, imaginar um sistema de saúde universalista, igualitário e integrado era, sem dúvida, um objetivo revolucionário, uma utopia. Mas essa situação parece uma revolução, também hoje, para a maioria dos países. Deveríamos, no entanto, ser mais conscientes do grande privilégio que estamos vivendo no Brasil e que não podemos perder.

Dirijo, agora, minha atenção para a palavra utopia, uma palavra intrigante, fundamentalmente ambígua, que esconde vários significados e pode levar a diferentes escolhas e caminhos, até mesmo, opostos uns aos outros. Expressa a mesma complexidade e ambiguidade da palavra ‘louco’. Às vezes, nós gostamos de nos chamar um “pouco de loucos”, o que significa

1 3º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão da Saúde. Primeira Intervenção na Mesa Redonda: Reforma psiquiátrica e a utopia possível. Natal, 02 de maio de 2017. Revisão crítica da Prof.^a Dr.^a. Stella Goulart.

originalidade, liberdade de convenções. Mas essa mesma palavra, falada de determinada maneira e em outras circunstâncias, nos fere, porque expressa estigma, discriminação.

Voltando à “utopia”, há, de fato, um significado positivo, “romântico”. Ser utópico é rejeitar o presente com suas injustiças e sua alienação. A vida cotidiana do nosso presente parece um obstáculo para quem aspira a outro mundo mais justo. Reconhecemos, no caminho da história, aqueles que podem ser considerados os heróis da utopia: Gandhi, Mandela e Basaglia. Falar, por exemplo, do fechamento dos manicômios e afirmar que “temos provado que o impossível é possível”, significa experimentar o encanto de uma utopia que se tornou concreta (talvez esquecendo quanto suor e sangue significou alcançar esse objetivo).

Também há um significado negativo da utopia. Quem crê na utopia é, geralmente, considerado um pobre tolo, com a cabeça nas nuvens, que sonha como uma criança, que se recusa a se confrontar com o princípio da realidade, com as frustrações que a realidade causa. A utopia representa a impaciência revolucionária, a infantilidade eterna de anarquia. Contra essa ingenuidade há um remédio: “Parar de sonhar e ser realista”. Ser realista significa, essencialmente, aceitar o presente como ele é, com as desigualdades, as injustiças. Nos é dito: “Você não pode ser um eterno ‘Dom Quixote’” (a propósito: que coisa maravilhosa o romance ‘Dom Quixote’, talvez uma das maiores obras da humanidade!). Porém esse apelo para ser realista não encontra grandes obstáculos de nossa parte: alivia-nos da culpa de certa inconsistência de nossos comportamentos e incentiva nossa preguiça. Por que lutar e batalhar hoje, se eu puder deixar para amanhã? Talvez se comprometer, nesse momento, possa piorar a situação (aumentar a repressão). Na Itália, geralmente,

justifica-se dizendo: “Tenho família”. Literalmente: “Eu estaria disposto a arriscar por mim, mas não posso envolver minha família”.

Bem, parece-me que, às vezes, nós nos tornamos demasiadamente *realistas*, achando que as soluções radicais exigem tempos longos, que os hospitais psiquiátricos podem continuar a existir, que já se fez muito e que, em um mundo cada vez mais difícil, deve-se contentar simplesmente com o que foi alcançado. Tornar-se realistas, submersos nas regras que a burocracia das instituições inventa ostensivamente para facilitar o funcionamento dos serviços, na realidade, serve para nos tornarmos mais controláveis. Pois bem, “ser realista” significa precipitar-se em uma nova institucionalização.

Até mesmo os gestores se tornam “realistas” e aceitam reduzir o financiamento ou, em alguns casos, como objetivo prioritário da primeira fase de aplicação da Reforma, seguem a regra mais difundida de programar a abertura de Centros de Atenção Psicossocial do tipo I ou II, menos desafiadores do que os abertos pelas necessárias 24 horas.

Acreditou-se na importância de enraizar em todo o país, tanto quanto possível, as estruturas da Reforma para evitar um retorno ao passado. Não mais dar atenção aos projetos-piloto, como foi em Santos, e lidar, só a seguir, com o problema da qualidade das intervenções e do treinamento dos trabalhadores dessas instalações. Como os famosos programas de desenvolvimento econômico de cinco anos, feitos em alguns países no passado, o desenvolvimento da Reforma parece realizar-se com as imagens de gráficos. Mas, quanto mais nos afastamos do cheiro dos manicômios ainda abertos, das frustrações da vida diária, da fadiga da transformação e da prática do trabalho, mais vigorosamente retornamos à institucionalização.

A tensão utópica endereçada ao futuro arrisca o ocultamento do presente.

Não se vê mais, por exemplo, a dificuldade dos trabalhadores que, tendo experimentado a mansidão dos “crônicos” internados no manicômio, acreditavam que a gestão da loucura no território fosse extremamente fácil. Não se percebe, por completo, o drama dos familiares dos ‘pacientes’ que usam drogas, acreditando ter tempo para construir respostas orgânicas. Não se enfrenta decisivamente o difícil confronto com o poder médico que rejeita a presença de pessoas em crise psíquica em hospitais gerais.

O fracasso da utopia, que arrisca tornar-se ideologia por falta de dialética, baseia-se na ilusão do tempo. O que realmente importa não é o que vai acontecer amanhã, mas o que importa é o presente, o aqui e o agora.

Durante os anos da luta antimanicomial e no início da promulgação da lei da Reforma, como em todos os momentos insurrecionais da história, o aparelho burocrático das instituições se neutralizou: foram abertos horizontes de possibilidades. Houve uma explosão de criatividade social, artística e intelectual. Todas as pessoas tentaram ver o mundo a partir de pontos de vista incomuns. Elas pensavam que os processos subsequentes teriam acompanhado essa perspectiva. O problema é que, se não for constante a capacidade revolucionária, ou melhor, imaginativa, a burocracia das instituições acaba (re)produzindo alienação. Cedo ou tarde, ressurgem quadros institucionalizados e inerentemente burocráticos que afastam os processos emancipatórios.

Para combater esses processos, as pessoas que agem na Reforma precisariam ter uma capacidade imaginativa constante: uma imaginação que seja o resultado de um pensamento crítico. *A imaginação ao poder* foi o slogan do revolucionário maio de 1968 francês. Mas a imposição de uma visão utópica, que não nasce de baixo, das necessidades e do envolvimento das pessoas

sempre resulta, na história, em efeitos desastrosos. Melhor seria dizer: *Todo o poder à imaginação*. Para Albert Einstein, “a imaginação é mais importante que o conhecimento. O conhecimento é limitado, a imaginação, ao invés, abrange o mundo.” A imaginação permite nos colocar sempre em novas situações. É a única maneira de garantir que as nossas decisões não sejam afetadas pela inércia do hábito, dos costumes, das leis e dos preconceitos.

Essas reflexões me levam a dizer que deveria ser alimentada, entre trabalhadores de saúde mental, uma capacidade imaginativa, não só para iniciar a utopia da Reforma, como também para continuar a trazê-la à vida. Os utopistas reais – Basaglia estava entre eles – são aqueles que, em todas as situações, mesmo as mais difíceis e aparentemente sem solução, veem as oportunidades, porque não são dominados por aquele sentimento de “ser realista” que lhe foi proposto como o único possível.

A liberdade parece existir só no momento da revolução ou em tempos de mudança radical. Mas é verdade também que esses momentos não são tão raros e que a mudança revolucionária pode ir em frente sempre e em toda parte. O que é importante é agir em um coletivo e livres da mistificação da realidade que nos é imposta.

O que fazer, praticamente, para estimular a imaginação? Abrir a mente e o sentimento crítico e incentivar o intercâmbio de experiências entre trabalhadores de serviços, por meio de reuniões e de viagens. Recomendar sempre a contribuição de uma supervisão. Abrir-se, corajosamente, para avaliações externas e, acima de tudo, introduzir em novos serviços figuras não profissionais, para evitar uma espécie de paternalismo entre os trabalhadores e os ‘pacientes’. Incentivar, a esse respeito, a formação de associações de familiares e usuários.

Diz a Nise da Silveira: “Vou lhes fazer um pedido: vivam a imaginação, pois ela é a nossa realidade mais profunda”.

A profunda democracia dos mundos locais¹

Às vezes, vejo os trabalhadores da saúde mental *fechados* dentro das novas estruturas da Reforma, gratificados por seu trabalho, sem dúvida, muito eficaz, mas não suficientemente motivados para se projetar fora de suas fronteiras para a comunidade externa.

“A utopia possível da Reforma”, para me manter na sugestão desta Mesa, significa, em minha opinião, considerar o sofrimento das pessoas em crise psíquica e suas necessidades e trazê-las de volta, em outra condição de autoestima e de poder social, para a situação existencial e social que lhe causou sofrimento.

Significa, em essência, dar visibilidade ao caminho da marginalidade que acomete as pessoas com sofrimento psíquico, de modo que a luta para reverter esse caminho possa se tornar um objetivo que ultrapasse a história específica do sujeito para se tornar um objetivo político coletivo: uma grande possibilidade de transformação social e uma descoberta inesperada da riqueza social das vidas que estão escondidas aos olhos dos outros.

1 3º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão da Saúde. Segunda Intervenção na Mesa Redonda: Reforma psiquiátrica e a utopia possível. Natal, 02 de maio de 2017. Revisão crítica da Prof.^a Dr.^a Stella Goulart.

A marginalidade não é, de fato, uma questão ideológica ou periférica dos grandes problemas políticos e sociais da humanidade: é uma questão estrutural em torno da qual é necessário começar a planejar, sonhar, lutar por um mundo diferente. Há, de fato, “uma pedra de tropeço” (“uma pedra no caminho”) no pensamento da globalização neoliberal, dominado pela ideia de “liberdade” de mercado e sua autorregulação. O “tropeço” é composto pelos valores que tiveram (e ainda têm) um grande consenso social – igualdade, por exemplo – e que contradizem os resultados da ideologia neoliberal, com base na concorrência, em que emergem os limites e as contradições do poder. A marginalidade representa o lugar onde, apesar do grande sofrimento das vítimas, se derrubam as opiniões do senso comum e circulam novas formas de pensar.

Nessa área, está enraizada nossa utopia de uma sociedade sem manicômios e sem manicomialidade. O nó da marginalidade da pessoa em crise psíquica não pode ser enfrentado e resolvido dentro das clínicas, nem mesmo nas instituições reformadas da saúde (CAPS, Centros de Convivência): essa marginalidade deve ser excedida no território onde as pessoas vivem, lutam, sofrem e alegram-se. É no território onde os excluídos podem se tornar cientes dos processos de exclusão e superar a lógica de internalização e de culpa.

Nos mundos locais do território, podemos encontrar uma subjetividade libertadora, mesmo quando menos esperamos. Há estudos que mostram que, nas favelas das grandes cidades, nos campos de refugiados, nos acampamentos ciganos, há, às vezes, processos de construção de habilidades, de negociação e de treinamento por parte de grupos organizados para criar estratégias de aceitação uns dos outros. Alguns têm se referido a esse processo como uma forma de “democracia profunda”². As práticas

2 APPADURAI, A. *Modernità in polvere: dimensioni culturali della globalizzazione*. Roma: Meltemi Editore, 2001. p.246.

da vida cotidiana fluem, nesses casos, em uma “invenção democrática”, que interrompe a lógica intrusiva do poder institucional e força-o a inovar radicalmente. Nos mundos locais, as respostas às necessidades se constituem, mais facilmente, como redes sociais porque as questões surgem, de fato, dentro de uma rede de relações facilmente identificáveis, enquanto no mundo globalizado, superficial, incoerente, dominado por lógicas neoliberais, em que estamos constantemente imersos, as redes podem ser ficções, preconcebidas, criando respostas unilaterais, verticais, separadas, não transparentes. Os trabalhadores da saúde mental deveriam ser capazes não só de ler as razões das dificuldades individuais e neutralizar o estigma, como também de reconhecer os processos de solidariedade e de produção de liberdade e autonomia que estão presentes em mundos locais, às vezes, escondidos. Depois de terem reconhecido isso, poderiam formar laços profundos entre esses processos e aqueles de integração social dos ‘pacientes’. A democracia profunda dos mundos locais, em vez de normalizar a diversidade, pode diversificar a norma, considerando a complexidade das necessidades.

É claro, no entanto, que nem mesmo os mundos locais são lugares libertos, pois neles há contradições e desigualdades. Os territórios podem ser um emaranhado burocrático de estupidez e absurdo. Ao abordar essa contradição, emerge concretamente o desafio da utopia da Reforma. A conquista da saúde do outro e da nossa própria saúde torna-se uma troca ousada de pensamentos entre sujeitos que, autenticamente, representam, de diferentes maneiras, a coragem de salientar problemas, questões e estratégias e de se colocar no jogo. A sociedade neoliberal, do valor do mercado, nega as subjetividades antagonistas e, conseqüentemente, o sentido aos excluídos.

Assim, o primeiro objetivo da Reforma é de reconhecer o sentido produzido por cada sujeito. Cada um é produtor de sentido. Essa produção deve ser reconhecida e colorida de dignidade

e respeito. O segundo objetivo é de ter certeza de que esse sentido pode-se expressar, conectar com outras pessoas, operar trocas afetivas e materiais, aprender a interagir. São adaptações mútuas entre o sujeito e o ambiente: as pessoas tornam-se mais competentes, e os ambientes são mais tolerantes. Incluir os excluídos não significa ajudar a aprender as regras do jogo, mas mudá-las! Por isso, nós não trabalhamos para uma sociedade sem diferentes, mas para uma sociedade diferente.

As experiências de lugares de morte e que negam os direitos infelizmente são muitos comuns, mas até nelas estão presentes aqueles que acreditam na utopia e que lutam para que as sociedades sejam habitáveis, hospitaleiras, lugares de afirmação de direitos, lugares produtores de saúde e de felicidade.

A prática da cidadania é terapêutica¹

Às vezes, acontece que, instado a falar sobre minha experiência na criação de serviços psiquiátricos alternativos, negando o manicômio antes que a lei interviesse para fazê-lo, tenho a tendência a reconstruir os eventos como extremos, já que a narração dos documentos não parece suficiente para comunicar a atmosfera, as esperanças e a mitologia daqueles momentos. Em geral, evito me colocar em um pedestal para escapar de qualquer romantismo e narcisismo dessa fase heroica da Reforma italiana. Diz Bertold Brecht: “Abençoado o país que não precisa de santos, mártires, heróis”. É verdade! Mas o problema é que, em uma sociedade desigual, injusta, fundada na lógica do mercado e do neoliberalismo, o homem normal, o homem comum, para afirmar a *normalidade* em sua vida cotidiana, em sua profissão, deve realizar contínuos atos heroicos (pequenos ou grandes que sejam!). Atenção! Eu não afirmo que é necessário posar como heróis, digo que é necessário realizar atos, que possam perturbar

1 Palestra proferida no evento ‘II Reforma Psiquiátrica em Movimento: diálogos com o psiquiatra italiano Ernesto Venturini’. Lançamento da coletânea ‘Saúde mental: saberes e fazeres’, organizada por Thelma Maria Grisi Veloso e Maria do Carmo Eulálio, publicada pela EDUEPB, 2016. Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) - Campina Grande, 08 de maio de 2018.

a tranquilidade burguesa do ignavo, do politicamente não envolvido. O cotidiano dessa sociedade corrompe nossas consciências e quer nos convencer de que o mundo pertence aos poderosos e que nós, na prática, devemos seguir o “saudável realismo” da normalidade, o que significa certa vida cinza, feita de pouca coragem e de distância emocional da crise do ‘paciente’.

Mas eu acho que, para trabalhar na saúde mental, não se pode ser um burocrata (Basaglia costumava dizer um “contador”)! Marx e Engels nos dizem que “Não é a consciência que determina a vida, mas a vida que determina a consciência”.²

É o nosso compromisso real com o social, nossa militância, a simplicidade do nosso padrão de vida e nossa prática profissional que dão credibilidade aos belos discursos que fazemos sobre justiça e terapia. Digo, contudo, que o verdadeiro heroísmo consiste simplesmente em cumprir nosso dever de forma coerente. Nada mais! Mas há uma discrepância grande entre as palavras e a prática.

Por essas razões, adorei a proposta e a realização desse livro, que quer falar sobre *saberes e fazeres*³. Acontece que, muitas vezes, flutuamos em um universo de abstrações, onde as reflexões acabam sendo óbvias banalidades. Falamos de grandes temas ideológicos – como a Reforma, a luta antimanicomial – e estamos envolvidos em discussões apaixonadas sobre as diferentes direções psicoterapêuticas, mas pouco falamos sobre a prática nos serviços da Reforma. O que acontece nas relações dentro dos CAPS e das residências durante a crise dos ‘pacientes’? Não precisamos de uma teoria nem de manuais, mas de falar muito sobre as dificuldades, sobre os nossos próprios fracassos: precisamos

2 MARX, K.; ENGELS, F. *A ideologia alemã*. São Paulo: Boitempo, 2007. p. 94.

3 Refere-se à coletânea ‘Saúde mental: saberes e fazeres’, que estava sendo lançada no evento.

de humildade, de ouvir aqueles que vivem nossa experiência. É necessário, essencialmente, criar uma nova cultura científica e terapêutica da Reforma que não pode se referir às antigas disciplinas. Talvez seja mais apropriado falar sobre experiências – as nossas e as dos outros. As experiências nos possibilitam sair dos clichês convencionais e podem mostrar o poder da práxis, de acordo com o pensamento de Antonio Gramsci, que nos diz que é a ação concreta do homem, que, atuando por suas necessidades históricas, opera e transforma a realidade.

Por isso, vou falar sobre algumas experiências no campo da saúde mental que me parecem particularmente importantes.

Anatomia de uma Epidemia

A primeira reflexão é despertada pela leitura do livro ‘*Anatomia de uma Epidemia*’, do escritor e jornalista dos Estados Unidos (EUA), Robert Whitaker⁴. O livro mostra quão ilusório pode ser e, muitas vezes, negativo acreditar que a técnica, os psicofármacos, mas também as psicoterapias, o conhecimento da ciência sejam as principais maneiras de resolver os ‘problemas mentais’. Pelo contrário, essas ferramentas podem agravar os próprios desconfortos.

O autor investiga os efeitos da abordagem medicalizante dos transtornos mentais, do uso crescente de “pílulas mágicas”, que agravam ou, simplesmente, criam falsos quadros patológicos.⁵

4 WHITAKER, R. *Anatomia de uma epidemia: pílulas mágicas, drogas psiquiátricas e o aumento assombroso da doença mental*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017.

5 Whitaker foi impulsionado pela leitura de uma matéria que denunciava maus-tratos em pesquisas com ‘pacientes’ psiquiátricos. Entre eles, experiências financiadas pelo Instituto Nacional de Saúde Mental dos EUA, como o uso de medicamentos para exacerbar sintomas em esquizofrênicos

Robert Whitaker parte da constatação de que, a partir dos anos 1990, houve um aumento expressivo de doenças mentais nos EUA, quando os meios científicos e os órgãos governamentais da área da Saúde festejavam o surgimento de drogas psiquiátricas supostamente mais eficientes (e também mais caras). Ele decidiu fazer uma reportagem sobre o tema, referindo-se a duas pesquisas com que havia se deparado em sua investigação. A primeira era da Faculdade de Medicina de Harvard, que, em 1994, anunciara que “os resultados observados nos pacientes de esquizofrenia nos Estados Unidos haviam piorado durante as duas décadas anteriores e não estavam melhores do que tinham sido cem anos antes”. A segunda era da Organização Mundial da Saúde, que constataria que os resultados sobre a esquizofrenia eram melhores em países pobres do que em países desenvolvidos. Whitaker ouviu que os maus resultados nos EUA tinham origem em “políticas públicas e valores culturais” e que, nos países pobres, os ‘pacientes’ tinham mais apoio das famílias.

Insatisfeito com a explicação, o autor reviu o material de pesquisa e ficou sabendo que, nos países pobres, apenas 16% dos ‘pacientes’ eram tratados com antipsicóticos. Seguindo em frente na investigação, esbarrou em descobertas da OMS, “que parecia haver encontrado uma associação entre os resultados positivos (no tratamento de esquizofrênicos) e a não utilização contínua desses medicamentos”. A partir daí, dedicou-se à “busca intelectual”, que originou esse livro, em que se “fala de uma epidemia

ou, ao contrário, privá-los de antipsicóticos. Sempre havia riscos para os ‘pacientes-cobaias’, inclusive, houve até mortes durante os testes. Ao iniciar uma série de reportagens sobre esses experimentos, o autor confessa que estava convencido de que estavam sendo desenvolvidas novas drogas psiquiátricas que ajudavam a “equilibrar” a química cerebral e que seria antiético retirar a medicação dos ‘pacientes’ experimentalmente. Seria como retirar a insulina de diabéticos, para ver com que rapidez eles adoeceriam – pensava.

de doenças mentais incapacitantes induzidas pelos fármacos”. O livro analisa e questiona o resultado de pesquisas que sustentam a aprovação, a comercialização e a prescrição dos medicamentos em escala alarmante, não só nos EUA, mas também no Brasil e em diversos outros países. Traz depoimentos de vários ‘pacientes’ submetidos a tratamentos medicamentosos de longo prazo, para mostrar as consequências no funcionamento do cérebro e questionar a eficácia das drogas psiquiátricas. O autor detalha o conluio entre empresas farmacêuticas, instituições da Academia e formadores de opinião para garantir a disseminação dos psicofármacos, mas também aponta alternativas terapêuticas, nas quais os medicamentos não são o centro do tratamento, e sim, um recurso de que se pode lançar mão de forma consciente e cuidadosa.

Por isso, pergunto-me: Existe um uso desproporcional e prolongado de drogas psicotrópicas nos serviços da Reforma no Brasil? Qual o conhecimento e o controle que os usuários exercem sobre as terapias farmacológicas e psicoterapêuticas?

Ouvir vozes

A segunda reflexão começa com um evento que ocorreu há muitos anos na Holanda. Uma senhora, que estava muito deprimida e ouvia vozes que a exortavam a cometer suicídio, falou no rádio sobre seu problema. Durante a transmissão, chegaram centenas de chamadas telefônicas de pessoas que admitiram também ouvir vozes. Assim, nasceu a ideia de reunir todas essas pessoas, para compreender como viveram essa situação e como era possível enfrentá-la. Algumas delas expressaram sofrimento sem solução, enquanto outras declararam ter encontrado um caminho suficientemente eficaz para viver com as vozes: havia

aqueles que as neutralizavam fazendo uma atividade física, os que procuravam amigos, ou que, em meio a vozes hostis e vozes amigáveis, começaram a dialogar com as vozes amigáveis. Todas essas pessoas foram convidadas a participar de um estudo para investigar o que poderia ser o melhor tratamento. Em alguns casos, foi destacado um fato importante: o tratamento espontâneo, que tinha sido estabelecido pelas próprias pessoas, provou ser melhor do que tomar medicação se houvesse necessidade de drogas. Quando o médico dizia ao ‘paciente’ que ele deveria esquecer seus métodos empíricos e ingênuos e dar crédito total às drogas e à psicoterapia, os resultados eram piores do que quando ele avaliava as tentativas da pessoa de resolver seu problema e a convidava para continuar, talvez se envolvendo em uma participação em grupos de autoajuda. Essa experiência abriu a vertente extraordinária de *Recovery* (recuperação). Nesse caso, a pessoa em crise psíquica torna-se protagonista de sua saúde, em um processo de reapropriação do sentido de sua existência; reivindica seu direito de escolher, em comparação com as alternativas impostas pelos profissionais da Saúde; encontra confiança e solidariedade para lidar com seus pares e considera as recaídas na crise não como um fracasso e a confirmação da irrecuperabilidade da ‘doença’, mas como os estágios de um processo de melhoria, em que as recaídas, paradoxalmente, podem ser oportunidades positivas em relação ao passado.

O tema ‘recuperação’ está fortemente ligado ao tema ‘resiliência’, que é a capacidade humana de passar por experiências adversas sucessivas sem prejuízos para o seu desenvolvimento. O modelo fundamental para o desenvolvimento da resiliência é o do desafio, no qual tanto o reconhecimento do problema quanto o das soluções estão presentes. Nessas condições, é essencial que a pessoa encontre sua construção do sentido com a introdução das ideias do futuro e do empoderamento. Quando o usuário

experimenta o exercício do poder (sobretudo em uma prática coletiva), ganha momentos de restauração, de trégua e, basicamente, de autoestima.

Me pergunto: Existe realmente um empoderamento dos usuários nos serviços da Reforma ou é uma mistificação? A opinião, a leitura do sintoma e a experiência da pessoa em crise psíquica são tão dignas quanto a leitura feita pelo terapeuta?

Madagascar

A terceira reflexão é sobre minhas experiências de trabalho na África, em Madagascar, particularmente, onde trabalhei recentemente em um projeto para reforçar as redes comunitárias de saúde mental. Em um país com cerca de 11 milhões de habitantes, com 14 psiquiatras e poucos psicólogos, quase todos localizados na capital, fomos forçados a recorrer aos recursos do território (inteiramente rural nesse caso). Treinamos médicos de cuidados primários, enfermeiros e agentes da comunidade para darem respostas de emergência em saúde mental. Mas fomos além das forças institucionais de saúde ao envolver famílias, professores do ensino primário e do secundário, líderes comunitários, religiosos e médicos tradicionais (os curandeiros). Estávamos todos sentados ao redor de uma mesa, sem prioridades ou regras. Todos podiam expressar livremente seu ponto de vista sobre a ‘doença’ de uma pessoa. Criava-se uma linguagem comum e, sobretudo, uma consciência do valor e da importância das redes sociais comunitárias. Todos poderiam ser os protagonistas de um processo de saúde. Foram criados grupos de autoajuda para usuários. Os ex-usuários ficaram disponíveis para a assistência hospitalar de 24 horas nos momentos de

crise de outros ‘pacientes’. Os membros da família mantiveram sua presença mesmo durante internações, para evitar qualquer tipo de contenção para o ‘paciente’. As práticas dos médicos tradicionais, que tentamos colocar na rede comunitária, não eram impedidas. Simplesmente procuramos torná-los conscientes de seus limites em certas circunstâncias.

A experiência de um trabalho na rede comunitária nos diz que, quando são dados às pessoas os instrumentos do conhecimento, e quando a participação é encorajada, surgem novos protagonistas fora das instituições designadas: eles representam recursos poderosos da saúde comunitária (Assim, Paulo Freire pode ser feliz!).

A mesma função dos voluntários não profissionais na saúde mental foi particularmente valiosa para o processo de desinstitucionalização e superação do manicômio de Imola, onde trabalhei depois de experiências anteriores em Gorizia e Trieste com Franco Basaglia. Os não profissionais voluntários não foram apenas um recurso material, porque também contribuíram qualitativamente e extraordinariamente e tiveram um olhar *ingênuo*, mas poderoso, porque não estiveram ligados pela lógica institucional. Contar com a presença de voluntários foi uma prática de saúde mental para aqueles que a receberam e para os que a fizeram, além de ter sido uma prática de democracia.

Grandmothers

O uso de voluntários e de *trabalhadores não profissionais* aparece, com toda a sua eficácia, em uma experiência de saúde mental no Zimbábue e que é descrita pelo psiquiatra Dixon Chibanda. Esse psiquiatra nos lembra que a depressão e a ansiedade são os

distúrbios mentais mais comuns em nível mundial e as principais causas de doenças na África subsaariana. Poucas pessoas com transtornos mentais comuns em ambientes de baixa renda têm acesso a tratamentos eficazes. Quando não tratados, os transtornos mentais comuns podem prejudicar o funcionamento social da pessoa e o autocuidado, reduzir a produtividade e aumentar os custos com cuidados de saúde.

A terapia de “resolução de problemas” é uma terapia psicológica breve, que mostrou sua eficácia para muitas condições comuns de saúde mental observadas na atenção primária. Como nos conta Dixon Chibanda, uma intervenção de terapia de resolução de problemas, localmente denominada de *Banco de Amizade*, foi implementada em um estudo-piloto no Zimbábue com *Trabalhadores de Saúde não Profissionais* (LHWs), com resultados promissores. Os LHWs eram quase todos mulheres mais velhas, que foram chamadas de ‘Avós sábias (as Grandmothers)’⁶. As mulheres acolheram pessoas com crises depressivas, ouviram-nas em uma conversa intensamente empática, aconselharam e ficaram disponíveis por seis meses para novos encontros. Essa intervenção provou ser uma opção atraente, em um contexto de baixo recurso, porque, ao contrário das outras terapias, não requereu treinamento extensivo ou habilidades complexas⁷. A força dessa experiência foi o suporte voluntário de pares e o uso de ferramentas com validade cultural local.

6 Os LHWs, treinados e supervisionados, forneceram seis sessões de terapia individual a todos os ‘pacientes’ com transtornos mentais comuns e encaminharam os que não melhoravam ou que tinham ideias suicidas para seus supervisores imediatos para ajustar o tratamento. Os participantes também foram convidados para um programa opcional de apoio de seis sessões a grupos liderados por pares.

7 Cumpre destacar que as reuniões de apoio continuaram depois do encerramento do estudo-piloto e, posteriormente, foram integradas nas atividades clínicas.

Os resultados, avaliados com o critério científico de *Evidence Based*, podem ser resumidos unicamente em uma frase: as avós sábias cuidam melhor do que os médicos!

Pensando na prática da Reforma no Brasil, eu me pergunto: Quantas experiências na saúde mental estão envolvidas na construção ou no fortalecimento das redes de apoio comunitário?

Diálogo aberto

Encerro esta visão geral das experiências falando brevemente sobre uma interessante alternativa terapêutica.

Quero falar sobre o ‘Diálogo aberto’, uma experiência que vem da Finlândia ou, mais exatamente, da fria Lapônia, localizada no Círculo Polar Ártico. Uma experiência que é intensamente quente em sua mensagem!

Os resultados dessa terapia, em comparação com os outros tratamentos, apresentam poucas recaídas nas crises psíquicas e uma forte redução no uso de drogas psicotrópicas. O veículo básico da terapia do Open Dialogue é a versão radicalmente alterada da reunião de tratamento, que, normalmente, ocorre dentro de 24 horas da chamada inicial para o serviço de crise. Essa reunião de tratamento reúne todos os que estão ligados à crise, incluindo a pessoa no centro da questão, sua rede familiar e social, todos os auxiliares profissionais e qualquer outra pessoa envolvida. Nessa reunião, que normalmente não ocorre no hospital, mas nas casas das pessoas, não se fala de doença mental nem se designa ou estigmatiza a pessoa em crise como doente. As pessoas ficam juntas para resolver um problema – uma dificuldade que uma mãe tem de se relacionar com seu filho que não

quer tomar remédios, por exemplo, ou o que dizer a uma pessoa que afirma ouvir vozes. Ao longo desse processo, não há reuniões de pessoal separadas para falar sobre o “caso”: as discussões e as decisões ocorrem nessas reuniões de tratamento com todos os presentes.

O princípio fundamental do diálogo aberto consiste em ter disponibilidade para abraçar a incerteza, encorajar uma conversa aberta, evitar conclusões prematuras e planos de tratamento e procurar novas soluções. O diálogo cria uma sensação de “estar com” ao invés de “falar de”. Os trabalhadores da Saúde deixam o seu olhar clínico e ouvem o que as pessoas dizem – ao invés de pensar no que as palavras significam. O processo de liderança visto na “recuperação” agora se estende a todos os *stakeholders*: todas as pessoas envolvidas no problema.

Não pode haver recuperação sem autodeterminação; não pode haver condições prévias para recuperar um sujeito, irrepetível em sua singularidade, nem recuperação sem diálogo entre as diversidades.

Abordagem de capacidade

Em todas essas experiências, há um elemento comum. Na Psiquiatria tradicional, o olhar dos profissionais para as pessoas portadoras de sofrimento psíquico é, muitas vezes, desconfiado. Só existe confiança na experiência dos profissionais e em suas ferramentas tecnológicas, especialmente os medicamentos. Já a prática das experiências que mencionei fala da extrema eficácia do “elemento humano”, que pode ser facilmente encontrado em não profissionais e nos voluntários, e consiste na capacidade de ouvir, de ver de forma positiva e de dar confiança. O

reconhecimento do direito à diversidade e o exercício prático dos direitos humanos afetam, em um sentido extremamente positivo, a saúde mental de pessoas com dificuldades psicológicas.

Chamo esse processo de “abordagem de capacitação”. A primeira prioridade de qualquer processo é libertar as pessoas de “insuficiência substancial”. Incentivar os líderes políticos e os ativistas da comunidade a olharem para além das suas preocupações habituais sobre a privação material e para a implementação prática de direitos contra a privação social e política, bem como contra a opressão, o preconceito e a discriminação. Basaglia falou em colocar a doença mental entre parênteses e ressaltou a necessidade de abordar a pessoa e seus problemas reais, em vez de ser impedida de fazê-lo por causa de um diagnóstico psiquiátrico abrangente. É essencial expandir o objetivo preliminar da afirmação da liberdade, porque a natureza dos seres humanos nos mostra que é mais importante o que as pessoas podem fazer do que o que elas têm. Embora pareça aparentemente razoável, se não nobre, que um grupo de pessoas (os terapeutas) tente remover os obstáculos psicológicos e práticos em que outro grupo se encontra, não há uma forma para os membros desse segundo grupo serem realmente livres, se não são eles próprios que assumem as rédeas e o controle da situação que lhes diz respeito.

Eu continuo convencido de que, se a restauração dos direitos das pessoas em recuperação e a assunção das responsabilidades desse papel não são uma prioridade nos esforços da terapia, qualquer projeto de saúde (e de saúde mental) inevitavelmente não alcançará seus objetivos.

Anos atrás, nos muros do manicômio, em Trieste, escrevemos o que nos parecia ser a premissa para cada cuidado com a pessoa: “A liberdade é terapêutica!” Esse lema continua dramaticamente atual e pode ser expandido hoje, no Brasil, dizendo: “A cidadania, a prática da cidadania, é terapêutica!”

A saúde mental em tempos de cólera¹

Examinarei alguns dos processos que limitam nossa capacidade de reagir às dificuldades sociais e políticas atuais. Os efeitos desses processos afetam a saúde mental do indivíduo e das coletividades. *‘Em tempos de cólera’*, expressão que utilizo no título, é uma metáfora emprestada do famoso livro de Gabriel García Márquez (*‘Amor em tempos de cólera’*). Quanto à palavra *‘cólera’*, refiro-me à violenta degradação de direitos e valores, que se agudizou no mundo nesses últimos anos. A deterioração é tão intensa e generalizada que representa o conceito de uma epidemia: um evento dramático que afeta, a sério, uma sociedade inteira².

-
- 1 Palestra proferida no evento ‘II Reforma Psiquiátrica em Movimento: diálogos com o psiquiatra italiano Ernesto Venturini’. Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) - Campina Grande, 08 de maio de 2018.
 - 2 A metáfora da cólera encontrou uma realização dramática na pandemia do novo coronavírus. Nesse caso, só aparentemente se pode considerar que, em sua gênese, havia só um problema do conflito entre o homem e a natureza. Na realidade, o que também surgiu na pandemia foram o despreparo e a incapacidade dos sistemas de saúde e dos governos mundiais de preverem e resolverem o problema. Essa situação tem a ver com as escolhas neoliberais em saúde e políticas sociais que, cada vez mais, minam os valores e os direitos da humanidade. [Esta nota foi adicionada dois anos depois das declarações contidas neste texto].

Vou começar citando o texto oficial que, no recente carnaval do Rio de Janeiro, introduzia a apresentação da escola de samba ‘Paraíso do Tuiuti’: *A manipulação do pensamento, articulada pelas potências empresariais e políticas, para enfraquecer a consciência do poder que a massa trabalhadora e menos favorecida tem, faz com que até muitos pobres sejam “patos” orgulhosos da classe dominante, marchando em direção à manutenção do velho ciclo de exploradores e explorados.*

A referência a essa citação se esclarecerá durante meu discurso.

Experimentamos, nos últimos anos, muitas mudanças inesperadas e turbulentas. Falou-se de uma sociedade narcisista, de uma sociedade de risco, de desconforto. Os passos foram tão rápidos que até a famosa metáfora de liquidez de Zygmunt Bauman foi velozmente desatualizada. Bauman, em relação à noção otimista de um mundo aberto aos bens da pós-modernidade, tinha interpretado a contemporaneidade de forma problemática. O mundo, caracterizado pelos processos de privatização e desregulamentação, tornara-se *líquido*, isto é, arriscado e inseguro, mas, também, adaptável aos seus recipientes, assim como podem ser os líquidos. Porém, assim que a globalização registrou as primeiras falhas, reapareceram as rigidezes e as fortes oposições. Reapareceram, além das metáforas, inúmeras barreiras reais. Foram construídos cercas e muros contra migrantes em 23 países da Europa, e Donald Trump projetou um muro entre os Estados Unidos e o México de 3.200 quilômetros. A liquidez foi substituída pela solidez das fronteiras e exclusões.

Devido a inúmeros conflitos, guerras, repressões e desastres naturais, é reforçada, constantemente, uma impressão geral de exposição a um desastre definitivo. Nesse contexto, faltam as referências às instituições nacionais e internacionais confiáveis, capazes de responder a esses problemas dramáticos. O cólera

está se espalhando no mundo, sem que esteja claro quem é capaz de detê-lo!

Estamos, de fato, em um estado de suspensão social e existencial, em que a antiga ordem não funciona mais, enquanto o novo ainda não começa. Sem dúvida, o que é mais grave é que as conquistas sociais parecem ter sido escondidas em algum lugar virtual e, com elas, o reconhecimento dos direitos de indivíduos e coletividades conquistados tão laboriosamente.

O que impressiona, na dialética das opiniões, é o abandono do respeito por outra convicção, a arrogância em subverter as regras democráticas, o uso do poder legal e político para desconsiderar a vontade popular, a campanha de ódio contra o adversário e os pobres/marginalizados, a extrema polarização política, o rancor, a vastidão da corrupção, que contamina todos os níveis da sociedade, e a hipocrisia de falsos moralistas, dos poderosos manipuladores de informações.

Aparentemente, hoje, o capitalismo, em sua versão neoliberal do mercado, parece ter se espalhado total e exponencialmente. Os fundos de investimentos e os grandes bancos privados estão impulsionando a destruição do que é público e transformando tudo em mercadoria. Por causa dessa lucratividade abusiva, aprofunda-se a pobreza para a maioria das pessoas. O relatório deste ano (2018), publicado pela Conferência das Nações Unidas sobre Comércio e Desenvolvimento (UNCTAD), denuncia, como responsáveis pela crise econômica atual, as políticas de ajuste, assim como a doutrina ultra neoliberal, e aponta a saída com políticas contrárias às atuais.

Embora esse neoliberalismo tenha levado a uma quantidade significativa de bens materiais, desenvolveu pela própria lógica enormes desigualdades. Não por acaso, “redescobre-se” a existência da escravidão, que envolve, no mundo, milhões de pessoas, mesmo que esse fenômeno nunca tivesse completamente

desaparecido e fosse, apenas hipocritamente, escondido. Espalha-se um sentimento de impotência, que acaba estruturando-se em um julgamento de fatal “naturalidade” da existência de exploração e opressão³. As condições de insegurança, de impotência, de depressão e de fatalismo – além de ser uma ferramenta de controle político – são condições de sofrimento psicológico, individual e coletivo.

Tentarei, agora, esclarecer alguns mecanismos de manipulação usados contra nós pelo sistema do mercado. Por isso, vou assumir a declaração de Amitav Ghosh sobre mudanças climáticas. Esse escritor indiano afirma: “Somos todos vítimas e culpados do que está acontecendo!” Para Ghosh, são desanimadores nossa acomodação emocional aos desastres naturais e o uso desproporcional da energia e do consumo, que todos nós, com nossos comportamentos diários, continuamos a efetivar. Como *consumidores*, somos o suporte do sistema atual! Seria, então, suficiente que nós quiséssemos, que a maioria das pessoas quisesse, e o capitalismo entraria em colapso em um instante. Isso deveria ser feito, não para diminuir o crescimento da economia, mas para alcançar um crescimento compatível com os recursos; um crescimento *qualitativo*, coerente com modelos de igualdade e respeito pelos seres humanos e pela natureza.

Nós nos adaptamos a esse sistema, subestimando o preço que nos é exigido para essa adesão. Esse sistema produz nossa *alienação* determinando uma nova antropologia dos seres humanos. Somos forjados em uma matriz competitiva e hiperegoica com tudo o que vem dela: depressão, ansiedade, erosão progressiva de laços de solidariedade, cinismo e novas segregações.

3 Veja, a esse respeito, Souza, J. *A ralé brasileira: quem é e como vive* / Jessé Souza; colaboradores André Grillo ... [et al.]. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2009.

Cada vez mais, diminui o pensamento crítico e, assim, diminui a nossa capacidade de lidar com as dificuldades da vida.

A sociedade neoliberal impregna o desejo dos indivíduos para torná-lo comercializável. As patologias comportamentais, nessa sociedade da *performance*, são *as patologias do desejo*. Desejar passou a significar nunca desperdiçar, nunca desistir ou errar nas ações orientadas para o sucesso e o prazer. Para entender essa distorção, parece-me particularmente emblemático examinar o universo da comunicação. Se nos referirmos, por exemplo, aos programas de televisão ou aos filmes, vemos a maioria deles requerer voyeurismo e impulsividade. Despojada de sua consciência, a psiquê dos seres humanos só tem um valor: o que pode ser negociado no mercado da audiência. Nossos sistemas nervosos e psíquicos estão se transformando em sistemas reflexos, pulsionais, disponíveis para as solicitações de marketing.

Outro exemplo perturbador é o fenômeno da internet chamado de *bolha de filtragem*. A publicidade quer nos forçar a comprar os produtos que nos oferece. Por essa razão, os sites, na rede de computadores, registram a história de nossos comportamentos e são capazes de usar as informações que eles têm sobre nós, para selecionar as respostas que procuramos, quando usamos, por exemplo, o Google. A bolha de filtragem isola o usuário das informações que estão em conflito com seu ponto de vista ou que ele não quer saber. Estamos afastados de novas ideias, tópicos e informações importantes e cria-se a impressão de que nossos interesses próximos sejam tudo o que existe. As bolhas de filtragem restringem nossa mente, enfraquecem o discurso cívico e nos tornam pessoas mais vulneráveis à manipulação e à propaganda.

Outro tipo de bolha em que estamos progressivamente bloqueados são *as redes sociais*. Nesse caso, somos nós que construímos diretamente nossa prisão! Explorando o desejo de nos mostrar como queremos que os outros nos vejam, o Facebook nos oferece uma ferramenta de gratificação narcisista. Na imensidão da informação e dos contatos, inevitavelmente acabamos nos referindo a quem pensa como nós e que nos recompensa com seu “like” ou “curtir”. Pode haver centenas, milhares de contatos, mas, no final, são sempre as mesmas pessoas – “os amigos” – que compartilham conosco uma única ideologia. Esses sites tornam-se nossos *guetos* dourados e levam a acreditar que aquilo que nós trocamos representa toda a realidade. A falta do contraditório reforça a concepção de um “nós” como sujeito cada vez mais incapaz de uma conversa dialética que nos forçaria a refletir.

No entanto, as mesmas redes podem ser positivas, se vivenciadas com algumas capacidades de proporcionar esperança, incentivo e suporte. Uma troca comunicativa será experiência positiva se for capaz de minimizar ou ressignificar uma relação ruim garantindo-lhe plasticidade. É o que acontece quando há trocas de conhecimentos, apoios, intercâmbios de experiências entre grupos ou várias associações (por exemplo: grupos de usuários, jovens, mulheres, membros minoritários, movimentos de luta). As redes sociais podem ser instrumentos de emancipação, como demonstraram com seu poder de mobilização e participação. Refiro-me ao papel do Facebook no surgimento das Primaveras Árabes e Occupy Wall Street, assim como o “Levante brasileiro de 2013” com sua multiplicidade de slogans. Sem dúvida, esse poder existe, mas a relação entre democracia e redes sociais contém sérios riscos, como demonstraram os resultados do *Brexit* e das últimas eleições americanas e brasileiras. Sabíamos que as redes sociais estavam condicionando nossa vida privada, mas descobrimos que elas também podem afetar a vida

pública. Como foi dito, “o Facebook e o Google são, em nosso mundo, as novas potências coloniais”.

Em essência, as pessoas desistem de relacionamentos reais que agem na profundidade da consciência para ir ao Facebook, que age na superficialidade do nosso narcisismo. Retorna à mente o que McLuhan⁴ esclareceu com um famoso aforismo: “Moldamos nossos instrumentos, mas esses, no final, nos moldam”.

Existe outro campo de manipulação sobre o qual quero chamar sua atenção: estou falando de dissidências e diversidades. O sistema neoliberal aparenta afirmar que o direito à expressão da diversidade é um dos objetivos prioritários de suas políticas. Porém, os dissensos, em nossas sociedades, só serão permitidos se permanecerem atomizados e autorreferenciados, desconectados de uma perspectiva de *grande dissidência* em relação à civilização do consumo⁵. A pluralidade dos protestos é frequentemente marcada por um politeísmo de valores, o que esconde a estrutura monoteísta do mercado, que encapsula e *metaboliza* tudo (loucos, LGBTQI, pobres, povos indígenas, negros, minorias étnicas, migrantes). Há só uma ilusão de pluralidade. Você pode discordar de tudo, desde que nunca se agregue a uma grande dissidência em relação à violência econômica e política. Apenas para aqueles que são irredutíveis à produtividade e à manipulação são desencadeados atos de forte repressão e violência.

Esse é o caso de Marielle, por exemplo. Marielle! PRESENTE!!!

4 Diz-se que, na verdade, quem falou essas palavras foi John Culkin, um estudante de McLuhan.

5 FUSARO, D. *Pensare altrimenti*. Torino: Einaudi, 2017.

Sem cair em catastrofismos, deveríamos reconhecer que estamos dentro de um sistema totalizante, semelhante ao livro ‘1984’ de George Orwell. *O Grande Irmão* é o mercado que tudo domina e condiciona. Felizmente, uma dominação absoluta não existe! Há sempre liberdade de pensamento, críticas, forças de oposição, movimentos, lutas por igualdade e justiça. Também é verdade que o poder desse domínio é mais sofisticado do que o mesmo Orwell poderia imaginar. O domínio do mercado afeta profundamente a consciência, mas é pouco perceptível, porque, oferecendo uma quantidade de bens materiais, levanta uma ambiguidade benevolente de parte do dominado que subestima o risco da escravidão.

Um exemplo é o comportamento de algumas empresas globais, que destinam uma percentagem do preço de seus produtos para uma reconhecida instituição de caridade mundial ou uma organização que trabalha para o desenvolvimento mundial. Com a pobreza e a ecologia já incluídas no preço do que compramos, nossa consciência é absolvida. Além do mais, fica fácil pensar que o capitalismo cuida das mazelas do mundo⁶.

Outro exemplo desse risco é o tratamento da crise psicológica, que representa, muitas vezes, a tentativa da pessoa de reagir à alienação. A resposta mais frequente consiste em *patologizar* os comportamentos (e nada é mais insano do que rotular um desconforto como uma doença mental!). Junto com a patologização, existe uma *medicalização* desproporcional do cotidiano⁷. Ansiedade, depressão leve e mal-estar geralmente têm uma resposta farmacológica imediata, que vem na forma de uma sedação. A propagação em massa de práticas psiquiá-

6 ZIZEK, S. *The sublime object of ideology*. New York: Verso, 1989.

7 FREITAS, F.; AMARANTE, P. *Medicalização em Psiquiatria*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015.

tricas é evidenciada pelo aumento exponencial das prescrições de medicamentos psicotrópicos em todos os países, o que afeta grupos populacionais, como as crianças e os adolescentes que, antes, não estavam envolvidos nessas ações, e se estende particularmente para o âmbito da geriatria, com efeitos sérios para um uso pouco cuidadoso das consequências nocivas colaterais. No entanto, já se sabe que o uso prolongado de psicofármacos causa cronicidade irreversível⁸ e que a intoxicação por causa de tranquilizantes traz muitas consequências para a saúde física das pessoas. A propagação de drogas corresponde mais às “necessidades” das empresas farmacêuticas do que às “necessidades” das pessoas.

No campo da defesa da vida e da promoção da saúde, uma lógica competitiva e seletiva, de fato, não é apenas eticamente reprovável: ela é ineficaz! Todas as pesquisas científicas mostram que os indicadores de saúde (e de saúde mental, em particular) são melhores se operados por sistemas públicos que enfrentam o problema das desigualdades sociais, em oposição aos que são operados por sistemas privados. Devem, naturalmente, ser colocados em jogo todos os indicadores, não apenas as recaídas da doença e a satisfação dos membros da família, mas também os custos sociais do assistencialismo, os dias médios de vida, a carga familiar etc.

Não devemos esquecer que o *Welfare State* – o conjunto de políticas públicas implementadas para garantir o bem-estar de todos os cidadãos, que regula a distribuição de renda – representou, no caminho da humanidade, uma espécie de “obra-prima”,

8 WHITAKER, *op.cit.*

un capolavoro, um dos pontos mais altos da história da humanidade, e alcançou os melhores resultados da civilização moderna para a saúde e a defesa dos direitos da pessoa. E o Brasil, através do SUS, avançou no cuidado voltado para as pessoas cujos problemas psíquicos causam sofrimento⁹. E esses avanços têm sido muitos. Do ponto de vista conceitual, aprofundou-se a compreensão sobre os determinantes dos problemas mentais e sua evolução, ampliaram-se as formas e a eficácia do cuidado, criaram-se novos tipos de serviços, encontraram-se alternativas para os modelos asilares arcaicos e precários tradicionalmente utilizados e foram introduzidas ações de promoção de saúde mental mais eficazes, mais humanizadas e mais econômicas, inclusive. Como todos os processos, houve limitações, erros, atrasos, mas tudo isso não contraria o objetivo. O Brasil tornou-se modelo internacional, mostrando um caminho possível e promissor, com base em abordagens territoriais, comunitárias e desinstitucionalizantes.

Mas, hoje, os sistemas políticos, inspirados pela lógica neoliberal, procuram golpear os sistemas de saúde públicos, equânimes, de acesso livre e com controle popular – são usadas informações técnicas parciais e falsas que constituem uma nova bolha midiática que nos aprisiona.

No caso da saúde mental, os manicômios, embora já amplamente condenados na civilização contemporânea, voltaram a ser motivo de preocupação devido ao aparecimento das comunidades terapêuticas para usuários de drogas consideradas ilícitas, além das milhares de pessoas banidas em prisões, asilos de idosos,

9 A esse respeito, Sérgio Arouca afirmou: “A Reforma Sanitária Brasileira é um projeto civilizatório”. Sérgio Arouca foi um dos principais teóricos e líderes do chamado “Movimento Sanitarista”, que mudou o tratamento da saúde pública no Brasil. Foi presidente da Fiocruz em 1985 e professor concursado da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/Fiocruz).

abrigo e reformatórios juvenis ou deixadas abandonadas nas ruas. Há uma dívida social e moral do país com esses milhares de aprisionados, para os quais já se apontam, há tempos, soluções mais efetivas, mais eficazes e mais eficientes que alguns governos locais ignoraram e que, agora, o governo federal se recusa a adotar. O manicômio não é apenas um lugar sinistro, onde a pessoa perde as oportunidades de resgatar sua vida social. Ele também representa uma mentalidade com base na segregação, na escravidão, na estigmatização e na opressão, que se manifestam sob o manto do cuidado, da ordem e da proteção¹⁰.

Falei de uma espécie de epidemia – o cólera – que invadiu nosso mundo globalizado, nossas mentes e corações. Essa epidemia vem da alienação e produz alienação. Com esse termo, não estou me referindo à obra ‘O Mal-estar na Civilização’, de Sigmund Freud, mas ao conceito original de Karl Marx, para o qual a alienação é o processo que distancia o ser humano daquilo que ele faz, até o ponto de não se reconhecer mais em

10 Mas, atenção! A ideia reducionista de que, exclusivamente, as instituições do Estado podem realizar sempre os interesses da população deve ser revista criticamente. É essencial uma participação flexível e efetiva dos cidadãos e da sociedade civil na gestão das questões públicas. A participação é necessária para combater a burocracia e a mercantilização que, dentro das instituições (públicas e privadas), tendem a se estruturar como conservadorismo e inércia, corrompendo o estado de bem-estar social. Quero dizer, em essência, que uma organização produz saúde mental para seu público e seus profissionais, se houver uma atitude de humildade, abertura à crítica, ouvindo, também, os que defendem escolhas diferentes daquelas em que a organização acredita. Ouvir as motivações dos oponentes, superar as contradições e procurar pontos de contato faz bem à saúde! Basaglia insistia: “Não devemos vencer, devemos convencer!” Precisamos pensar/repensar o território que não é só um espaço geográfico trivial, mas é um espaço político-social, dinâmico, onde aquilo que entendemos como a saúde e a doença é construído no dia a dia.

seus produtos objetivos (e subjetivos). Procurei destacar alguns mecanismos do neoliberalismo que manipulam a consciência dos sujeitos produzindo, através da alienação, sofrimento psíquico, ou, pelo menos, diminuindo sua resiliência – a capacidade de continuar a perseguir metas desafiantes, abordando efetivamente as dificuldades e outros eventos negativos.

Mas, então, o que podemos fazer para neutralizar essas estratégias, para produzir saúde mental?

Só me limitarei a indicar algumas hipóteses para construir alternativas para o cólera dominante. Acima de tudo, me parece que deveria ser revertida a miséria simbólica do presente¹¹, contrariando os processos que nos levaram a construir um Ego autocentrado, frágil e competitivo. Deveríamos ser capazes de ‘re-imaginar’ o sentimento de ‘nós mesmos’, repensando o cuidado de nós, entre nós e dos outros, como formas de resistir à invasão da lógica alienante do mercado.

Todas as práticas de reconstrução de relacionamento social, de ajuda mútua e de recuperação solidária representam momentos não institucionalizados, que resistem ao estilo de normalização e desempenho. A vontade de mudar nasce, de fato, com a separação crítica, prática e emocional dos vínculos com o existente, a fim de julgá-los objetivamente em sua essência: ou seja, para ver o ‘rei em sua nudez’. Para conseguir isso¹², é preciso *fomentar uma dissidência*, feita de realismo sóbrio, de paixão utópica e do gramsciano “pessimismo da razão e otimismo da vontade”.

Antes de mais nada, é necessário nos organizar sincronicamente. Talvez usando uma recusa amável e teimosa às regras do mercado em dizer coletivamente: *Acho melhor não...*, uma

11 STIEGLER, B. *Réenchanger le monde: la valeur esprit contre le populisme industriel*. Paris: Flammarion, 2006.

12 FUSARO, *op.cit.*

capacidade de ironia e de determinação obstinada, que nos ensina o personagem de Herman Melville: o escrivão Bartleby¹³. Além disso, nunca devemos esquecer que a dissidência se baseia na consciência de se resgatar apenas com outros. “Nenhum ou todos – ou tudo ou nada. Não podemos nos salvar sozinhos”, nos ensina Bertold Brecht. Finalmente é necessário *desfatalizar a ideia de um mundo que absolutiza as relações de força*, declarando-as imutáveis e produzindo um fatalismo esmagador – verdadeiro sofrimento mental. No entanto, devemos pensar no presente como história e como possibilidade, sempre embutida no ritmo do vir a ser.

A verdadeira arte da política, segundo Platão, consiste em tecer, tricotar um magnífico desenho coletivo, para que nele convivam diferentes dissidências, misturando entre elas as dissensões plurais junto com a grande dissidência para alcançar um horizonte (in)comum. Resumindo: “reimaginar” o sentimento de “si mesmo”, articular uma dissidência, “desfatalizar a ideia de um mundo que absolutiza as relações de força”.

Na primeira parte do meu discurso, tentei destacar a estratégia de alienação a que somos submetidos pelo sistema dominante neoliberal, que manipula nossos desejos e transforma tudo em mercadoria. Mostrei como essa mesma estratégia é implementada no tratamento das ‘doenças mentais’, através das políticas das multinacionais da droga, das exclusões nos manicômios (e outros dispositivos institucionais) e da imposição de uma ideologia pseudocientífica que quer nos tornar consumidores passivos de psicofármacos. No entanto, existem práticas alternativas e liberadoras: todas elas indicam o caminho do

13 MELVILLE, H. *Bartleby, o escrivão*: uma história de Wall Street. São Paulo: Ubu, 2017.

diálogo radical. É o diálogo que pode *transformar nossa consciência em uma ação articulada* para enfrentar os constantes ataques que sofremos nos contextos político, econômico e social. Nesse diálogo, precisamos (claro!) ter confiança em nós mesmos, mas também precisamos demonstrar autocrítica.

As tecnologias de comunicação denotam grandes oportunidades e riscos; a condição social e política, em seu drama, nos mostra que não é importante ganhar o poder, que não faz sentido *vencer* dentro de uma lógica destrutiva de ódio. O importante é *(con)vencer*, o importante é perceber a mensagem desesperada que o *planeta Gaia*, a Terra, que é um ser vivo, está nos enviando: não há mais possibilidade de a natureza se recuperar diante de nossa estúpida destrutividade, que se baseia na presunção de nosso poder absoluto – como homens – nos reinos vegetal, animal e mineral, sobre os outros seres humanos que não têm nossa própria ideologia. Devemos mudar, rápida e coletivamente, nosso estilo de vida.

Lembram-se que citei o “Paraíso do Tuiuti”? Ele nos revelou o risco de nos tornarmos PATOS, patologizados, *orgulhosos da classe dominante, reproduzindo o velho ciclo de exploradores e explorados*.

Nesses tempos de cólera, nós somos prejudicados pelo frenesi que progressivamente leva nossa liberdade e nossa vida. No entanto, é o olhar dos oprimidos, aqueles que marginalizamos, que, paradoxalmente, pode nos ajudar a entender o risco ao qual nós e nosso planeta estamos expostos.

Por esse motivo, decidi fechar esta minha conversa com as palavras de um índio – Davi Kopenawa – o xamã, o pajé do povo Yanomami, que, diante da degradação do mundo, exclama: *Não tô triste não, eu tô revoltado!*¹⁴.

14 Aliás, vale a pena mencionar que, hoje, o Brasil é o sétimo maior emissor de gases-estufa do mundo, com 2,2 bilhões de toneladas jogadas na atmosfera.

Naquele livro maravilhoso, intitulado 'A queda do céu', Davi Kopenawa fala para nós, os brancos – os Napë – os homens do mercado, os destruidores e para os patos:

Quando o céu ficar realmente muito doente, não se terá mais pajés para segurá-lo com os seus hekurabë. Os brancos não sabem segurar o céu no seu lugar... Quando não houver mais Yanomami, aí o céu vai cair de vez. Quando nós, os Yanomami, morrermos todos, os hekurabë cortarão os espíritos da noite, que cairão. O sol também acabará assim...

Os brancos nos tratam de ignorantes apenas porque somos gente diferente deles. Na verdade, é o pensamento deles que se mostra curto e obscuro. Não consegue se expandir e se elevar, porque eles querem ignorar a morte... Os brancos não sonham tão longe quanto nós. Dormem muito, mas só sonham consigo mesmos...

Como não tem outra Terra, nosso povo também é só um, nós e vocês. Então, precisa se sentar prá trocar ideias. Discutir junto sobre como usar nosso planeta e nosso país, que é tão rico, tão bonito e tem água limpa.

O napë (o homem branco) só pensa em dinheiro, em botar mais madeira ou o que for prá vender, negociar com outros países. Nós pensamos diferente. A beleza da terra é muito importante prá nós. Do jeito que a natureza criou, tem que ser preservado, tem que ser muito cuidado. A natureza traz alegria, a floresta prá nós, índios, é muito importante. A floresta é uma casa e é muito mais bonita que a cidade. A cidade é como papel, é como um carro: branco, parece um papel jogado no chão. A floresta não, a floresta é diferente. Verde, bonita, viva. Fico pensando... por que homem branco não aprende? Prá que vão prá escola? Prá aprender a ser destruidor? Nossa consciência é outra. A Terra é nossa vida, sustenta nossa barriga, nossa alegria, dá comida, é coisa boa de sentir, olhar... é bom ouvir as araras cantando, ver as árvores mexendo, a chuva.

A cidadania e sua afetação e implicação na clínica e na política¹

Deixe-me dizer que acho surreal estarmos conversando sobre a cidadania de uma forma acadêmica, enquanto fora daqui, no país, estão acontecendo eventos que arriscam destruir essa mesma cidadania que foi meticulosamente conquistada nos últimos anos... mas, vamos em frente e executemos a tarefa que nos foi designada.

Não há dúvida de que o exercício da cidadania ou sua limitação desenvolve ou afeta os sistemas de cuidado (e a clínica em particular), portanto, desenvolve ou afeta a saúde física e mental das pessoas.

Lembro que, junto com Ugo Guarino, um famoso artista italiano encantador, escrevi, em um dia de 1973, nas paredes do Manicômio em Trieste, a frase: “A liberdade é terapêutica”. Queríamos dizer que os direitos de cidadania não podiam ser suspensos devido à ‘doença’ ou que não podiam ser reconquistados só depois do tratamento. Os direitos de cidadania, ao

1 6º Congresso Brasileiro de Saúde Mental. Mesa Redonda: Cidadania e sua afetação e implicação na clínica e na política, Brasília, 02 de setembro de 2018.

contrário, devem ser a premissa para todas as formas de tratamento. Sem eles, a cura se torna um controle mistificador de comportamento.

Naqueles dias, Basaglia escrevia que a Psiquiatria não deveria deixar de colocar o *sujeito doente* entre parênteses para se ocupar da doença, ao contrário, deveria colocar a doença mental entre parênteses para se ocupar das pessoas que sofrem e que vivenciam uma experiência particular de sua vida. Essa atitude epistemológica fundada na *epoché* – suspensão de julgamento – concebida por Edmund Husserl, promove um deslocamento fundamental no campo das relações entre os profissionais e as pessoas que recebem um diagnóstico de sofrimento psíquico. Ela não só possibilita outro contato empírico com as experiências da ‘doença’, como também lidar com desejos, aspirações, projetos, expectativas das pessoas. Aquilo que a psicopatologia via como *sintoma* de doença passa a ser ressignificado como *singularidade* em uma pessoa com sofrimento psíquico.

Na prática da Reforma Psiquiátrica brasileira, a possibilidade de compreender e operar esse deslocamento tornou possível produzir um resultado inovador em muitas ocasiões: a Reforma deixou de ser reduzida à Reforma de serviços ou à transformação do modelo assistencial, para ser, além disso, um *processo social complexo*, cujo objetivo maior é de construir a cidadania.

De fato, “a cidadania” representa a progressiva incorporação de direitos civis, políticos e sociais para o indivíduo e para a comunidade. Efetivar a cidadania significa estender a medida de igualdade, por meio do pertencimento à comunidade: ela se estende a todos e se enriquece com a contribuição de todos. Os direitos sociais se exercem, fundamentalmente, por meio do sistema educacional, dos serviços sociais e da saúde. Esse é o chamado *Welfare State* – Estado de Bem-estar Social – que constitui

a referência básica para se pensar no Estado contemporâneo. Sua dimensão essencial é política: representa a constituição de uma esfera pública inclusiva.

A esse respeito, Sérgio Arouca afirmou: “A Reforma Sanitária Brasileira é um projeto civilizatório”. E o Brasil, através do SUS, avançou, em particular, no cuidado voltado para as pessoas cujos problemas psíquicos causam sofrimento. E os avanços foram muitos. Do ponto de vista conceitual, aprofundou-se a compreensão sobre os determinantes dos ‘problemas mentais’ e sua evolução, ampliaram-se as formas e a eficácia do cuidado, encontraram-se alternativas para os modelos asilares arcaicos e precários tradicionalmente utilizados e foram introduzidas ações de promoção de saúde mental mais eficazes, mais humanizadas e mais econômicas, inclusive.

Mas, sem desconformar esses resultados e reconhecendo o grande compromisso de muitas pessoas, devemos admitir que houve limitações, erros e atrasos. Reconhecendo a validade de algumas críticas, podemos aumentar o consenso e sempre desenvolver um pensamento crítico que siga a convicção e a determinação.

Certamente a democracia permite uma boa clínica, mas também uma boa clínica aumenta a democracia! Tenho medo, no entanto, de que isso não aconteça sempre.

Na maioria das práticas de saúde mental, por exemplo, a clínica praticada não difere muito entre os profissionais que se referem basicamente a parâmetros biológicos ou sociais. A prática clínica de rotina, em muitos CAPS, tende ao encontro individualizado, muito padronizada pelas classificações internacionais e pela obrigação de um diagnóstico (psiquiátrico ou psicanalítico) que a limita. Os ‘pacientes’ – como Manuel Desvial

aponta em seu livro ‘Coabitar a Diferença’² – mesmo quando estão sendo atendidos em serviços comunitários, em centros de saúde mental, em Centros-dia e em residências alternativas, são institucionalizados novamente, prisioneiros das necessidades defensivas de terapeutas. São escutados, sim, mas por meio do paternalismo daqueles que detêm a verdade sobre como agir, como se soubessem o que é melhor para a saúde, para a vida dos usuários. Fala-se de *recovery*, de empoderamento e de autonomia, mas esses são termos para adornar os programas. Às vezes (algumas ou muitas?), há apenas uma mescla de infantilização e adaptação. A consideração da pessoa em crise psíquica como cidadã é tão proclamada como raramente considerada.

Essa realidade é o resultado de alguns erros de estratégia na implantação da Reforma: foram criados muitos CAPS I – ambulatórios – apenas alguns CAPS III, onde a dura exigência de uma alternativa para a hospitalização poderia estabelecer uma nova maneira de lidar com a crise psiquiátrica. Em geral, pouco foi feito para ajudar a crescer uma nova clínica da Reforma. Por uma ideia errada de proteger a “fragilidade” dos ‘pacientes’, os CAPS parecem, muitas vezes, Fortes no Velho Oeste. Tudo acontece lá, numa espécie de atitude consoladora e autogratificante. A luta contra o estigma colocou em um primeiro estágio a necessidade de proclamar a boa índole do ‘usuário’, sua ingenuidade poética. Foi bem assim, sem dúvida. Mas essa escolha acabou colocando o aspecto perturbador e severo do sofrimento psíquico em segundo plano. A loucura exige, principalmente, uma mudança nos relacionamentos, nos hábitos, na escala de valores, e isso é um desafio que não é fácil. Na lógica da clínica tradicional, o ‘paciente’ é bom se é *paciente*, quer dizer complacente com as sugestões do

2 DESVIAT, M. *Coabitar a Diferença*: da Reforma Psiquiátrica à saúde mental coletiva. São Paulo: Zagodoni, 2018.

terapeuta. Mas a verdadeira autonomia – conforme aprendemos ao educar nossos filhos – é construída, também, a partir de uma oposição necessária. Infelizmente não há muitos terapeutas que aceitam o questionamento de suas gratificações narcisistas.

Os CAPS, como já disse várias vezes, deveriam derrubar o mandato de controle social e reafirmar a responsabilidade direta da comunidade em abordar e resolver a crise psíquica de uma pessoa em seus aspectos relacionais. Várias vezes, recordei o valor da visita à casa dos ‘pacientes’, não tanto para controlar suas condições psíquicas, mas para aproveitar esse momento e fazer um trabalho social com a família e os vizinhos: um trabalho de promoção da saúde. Esse é um exemplo de uma clínica orientada para a democracia!

Para corrigir a impressão de uma crítica excessiva aos serviços da Reforma, devo reconhecer que existem vários serviços que aplicam seus princípios. Por esse motivo, queria lembrar, mais uma vez, a força de uma clínica ampliada que muda sua ênfase da doença para o sujeito que sofre, levando em conta sua existência e seu ambiente social. Ela supõe a devolução da plena cidadania à pessoa em crise psíquica, não como simples restituição dos seus direitos formais, mas como construção dos seus direitos substanciais. É nessa construção que se encontra uma verdadeira resolução da crise, que é sempre um processo dialético com outro ou com outros, ou, pelo menos, em que se encontra a melhor recuperação possível: uma clínica de dignidade do sujeito em seu contexto. Em uma clínica ampliada, é necessário mudar os processos tradicionais de tratamento, envolvendo numa relação horizontal e dialógica os ‘pacientes’ e os terapeutas, mas incorporando também novos atores, saberes e práticas.

Basicamente, penso em uma clínica como prática social, situada no campo da atenção e do cuidado integral com as necessidades do sujeito e do seu contexto, em todo o processo

de ‘adoecimento’, sofrimento e busca pela preservação da vida. Nessa perspectiva, é fundamental valorizar os conteúdos cognitivos e simbólicos, os modos de agir e de comunicar, que estão presentes nas relações intersubjetivas do cotidiano e que acontecem nas práticas dos serviços de saúde. No entanto, a perspectiva dialógica entre o terapeuta e a pessoa em crise psíquica é, muitas vezes, obstaculizada pela posição de poder e de hegemonia ocupada por esse profissional. Assim, desconsidera-se ou ignora-se que a pessoa em crise psíquica e os familiares (e diria, também, os vizinhos, os cidadãos) têm uma sabedoria prática, uma compreensão e uma representação sobre o processo saúde-doença-cuidado, construída a partir de suas vivências. O conhecimento prático desses agentes é fundamental na nova clínica da Reforma. Portanto, é necessária uma capacidade de escuta, um silêncio receptivo capaz de traduzir e acolher essa narrativa sem preconceitos.

Como Cesar Augusto Favoreto³ diz, a narrativa, assim compreendida, vai se integrar na clínica como um elemento terapêutico e de resgate da autonomia do ‘paciente’ em relação ao seu ‘adoecer’. O mecanismo por meio do qual a narrativa pode contribuir nessa direção é aproximando o saber técnico do popular e de sua capacidade de dar um significado histórico à doença e ao sofrimento. Por sua vez, a narrativa pode possibilitar à pessoa em crise psíquica flexibilizar seu próprio processo de ‘adoecer’ e, conseqüentemente, reestruturar novas formas e normas de vida, saúde e prazer.

Para concluir, quero falar sobre uma experiência que aconteceu na Universidade Federal de Minas Gerais, onde participei

3 FAVORETO, C. A. O. A prática clínica e o desenvolvimento do cuidado integral à saúde no contexto da atenção primária. *Rev. APS*, v.11, n.1, p.100-108, 2008.

de um grupo de trabalho dirigido pela Professora Maria Stella Goulart, que colocou, em diferentes cenas, a *performance* do ‘Livro Vivo’ (Human Library) – uma metodologia internacional de intervenção contra o preconceito e o estigma, que oferece a possibilidade de colocar em contato direto os sujeitos de algumas formas de exclusão social com um público limitado e participante. Os sujeitos que falam sobre suas experiências são *os livros*, que, em uma biblioteca virtual itinerante, são disponibilizados, durante um período definido, para os leitores. Ao entrar nessa biblioteca humana, a pessoa poderá conferir um catálogo com os títulos dos livros ali disponíveis, que são chamativos, como, por exemplo, ‘A mulher com o véu’, ‘Expulso de casa por ser gay’, ‘Cegueira: a nossa’ e outros. Ao escolher um título, a pessoa se senta e ouve o relato desse livro, que irá contar sobre si, sua vida e o seu sofrimento com aquele estigma. A narração de uma história de discriminação e sofrimento que ocorre na intimidade de uma leitura privada e direta causa um impacto emocional muito forte nos leitores, como já esperávamos e documentamos. Mas o que nos surpreendeu também foi o impacto *nos livros*. Todas as pessoas que falaram sobre seu sofrimento relataram um efeito benéfico que isso trouxe para elas. E não foi fácil, a princípio, ficarem nuas na frente de estranhos. Mas essa narrativa possibilitou que eles entendessem melhor suas vidas e encontrassem um significado que não haviam conseguido antes... Agora, são *os livros* que nos propõem continuar nessa experiência.

Essa história nos mostra como podemos encontrar uma clínica de liberdade, também quando e onde menos esperávamos.

Normalidade e diversidade entre psicopatologia e diagnóstico¹

Introdução

Se refaço, em minha memória, os momentos em que me aproximei do mundo da loucura, através do estudo da psicopatologia, ainda me lembro do fascínio da descoberta daquele universo de profundidade desconcertante. No entanto, a experiência me mostrou, mais tarde, as armadilhas que tinha esse tipo de conhecimento quando era traduzido na prática. A transição da teoria para a aplicação de um diagnóstico e de um tratamento subsequente resultava, quase sempre, na clínica do manicômio, na violência das chamadas *instituições terapêuticas*, substancialmente responsáveis pelo controle social dos ‘doentes’. O resultado prático daquele conhecimento era a “reificação” passiva do ser humano – sua cronificação na doença.

Aquela riqueza de conhecimentos, sem uma tensão crítica, era frustrada na prática. Percebi que era necessário introduzir outro pensamento diferente do proposto pela Academia: que era

¹ Palestra proferida no Curso de Psicologia da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, em 1º de abril de 2019.

necessário colocar-me – minha mente, mas também meu corpo – nos lugares, nas relações, na vida concreta em que esse sofrimento era gerado e que se manifestava com aquela psicopatologia. Entendi que era necessário ouvir as pessoas, entender suas histórias, únicas e irrepetíveis, sem pensar ter resolvido a natureza trágica de suas vidas, colocando-as em rótulos abstratos.

Hoje, eu gostaria de trazer minha contribuição para o seu estudo – sem dúvida mais articulado do que na minha juventude – fecundando a dúvida e a crítica sem invalidar o valor do conhecimento, mas colocando-o nas contradições da concretude da vida cotidiana.

Vou falar, portanto, de forma curta e esquemática, sobre normalidade e diversidade, sobre diagnóstico psiquiátrico e psicológico, sobre nosografia e terapia. Estou interessado, apenas, em mostrar como a suposta objetividade do olhar “puro, rigoroso e distante” do alienista dos 800 ou do olhar dos cientistas da *neuroimaging*, da genética, mas também daqueles que sabem *interpretar a psiquê* de acordo com diferentes epistemes, depende, substancialmente, dos diferentes tipos de óculos que cada um está usando. Estou interessado em reiterar que não há neutralidade dos homens de ciência, que a ciência é governada pela lógica geral do tipo de sociedade em que o conhecimento é produzido e usado e que a honestidade intelectual depende, sobretudo, do posicionamento de cada um de nós contra os mecanismos de opressão de uns contra outros e contra a violência forjada na natureza.

A normalidade

Se examinarmos a palavra ‘Psicopatologia’, veremos que esse termo é composto de três radicais gregos: “psychê”; “pathos” e “logos”. Psicopatologia seria, então, um saber (logos) sobre o sofrimento (pathos) da mente (psiquê). Esse saber é compreendido a partir de diferentes teorias que são usadas (os óculos): por exemplo, a Teoria Cognitiva, o Comportamentalismo, a Psicanálise e a Fenomenologia. A Psicopatologia, em essência, é uma visão descritiva e interpretativa dos comportamentos que se desviam do habitual, isto é, do que é esperado pela racionalidade. Portanto uma das primeiras, talvez uma das mais importantes discussões sobre psicopatologia diz respeito à questão da normalidade.

A palavra ‘normalidade’ indica, em latim, o ‘esquadro’ (usado pelo carpinteiro) e, ainda hoje, é usada em geometria para indicar ângulos retos, perpendiculares. As direções enquadradas sugerem geralmente tudo o que é regular, padrão, médio, usual. Estatisticamente, o normal refere-se a uma distribuição que aponta uma tendência, que consiste em encontrar, em determinada amostra, a resposta “mais comum, a mais provável”. Em matemática, essa distribuição de probabilidade é representada pela “Curva de Gauss”, uma espécie de sino que nos diz como a vida funciona. As extensões na parte inferior, na direita e na esquerda, das linhas do sino, são definidas como “os desvios de padrão (o Desvio Standard)”, ou seja, a maneira como os resultados de uma medida se organizam regularmente e confiavelmente em torno da média.

Na evolução do pensamento ocidental, foi rápida a mudança para descrever como normal um “comportamento médio” da população, isto é, aqueles que não são considerados doentes física ou mentalmente. A saúde foi definida simplesmente como

ausência de doença. Paradoxalmente é a própria doença que acaba definindo a saúde. Mas normal e anormal são termos tautológicos. Nós sentimos o significado, mas é difícil defini-lo. Ao medir a realidade, de fato, nunca há uma resposta única e absolutamente certa.

A norma da saúde mental seria, então, um “comportamento médio” da população, cujos limites estão nomeados nos dois lados – os desvios standard – e são ampliados ou restritos de acordo com a variação histórica das culturas e dos valores sociais.

Essa ótica estatística, em essência, nos leva a considerar que o patológico seria apenas uma variação quantitativa do normal. A esse respeito, é interessante escutar as críticas que Georges Canguilhem² faz ao conceito de patológico como variação quantitativa do normal. A visão de Canguilhem, retomada por Rafaela Zorzaneli, Benilton Bezerra Jr. e Jurandir Freire Costa³, propõe que o estado patológico não seja a ausência de uma norma, pois não existe vida sem normas de vida, e o estado patológico também é uma forma de se viver. O patológico seria uma *norma que não tolera nenhum desvio das condições na qual é válida, pois é incapaz de se tornar outra norma*. Assim, o doente o é por ser incapaz de ser normativo. *Saúde* é, portanto, mais do que ser normal, é ser capaz de estar adaptado às exigências do meio, de criar e de seguir novas normas de vida, já que *o normal é viver num meio onde flutuações e novos acontecimentos são possíveis*.

Existem, finalmente, aqueles que acreditam que é melhor se ater a uma definição menos perfeita, mais prática, baseada na

-
- 2 CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.
 - 3 ZORZANELLI, R.; BEZERRA JR., B.; COSTA, J. F. (Orgs.). *A criação de diagnósticos na Psiquiatria contemporânea*. Rio de Janeiro: Garamond, 2014.

ausência de sintomas. No entanto, existem situações em medicina que demonstram como as escolhas são sempre arbitrárias e ditadas pelo contexto. Essa consideração nos leva a refletir sobre como o conceito de doença tem sido historicamente construído. Portanto, vou me referir, em um breve *excursus*, à análise que Ivan Illich⁴ faz sobre a invenção e a eliminação da doença.

A invenção da doença e a medicalização da vida

Com a revolução francesa, a doença tornou-se uma *questão pública*. Para que se tivesse direito ao tratamento com recursos públicos, seria necessário que o transtorno se tornasse *doença objetiva*: um status que existia separadamente do médico e do ‘paciente’. Antes disso, a doença era um evento individual, um sofrimento pessoal que encontrava sua correspondência apenas nos olhos do médico. Hipócrates, o mítico fundador da Medicina, dizia: “*Na arte médica, não há certeza, exceto no sentido do médico*”. Com o pensamento positivista, o interesse do médico mudou do sofrimento das pessoas para a doença, e o hospital tornou-se o local onde as doenças eram identificadas e inventariadas. Até a saúde adquiriu um estado sanitário, simplesmente por ser a “ausência” de sintomas clínicos.

Hoje, na sociedade industrial avançada – de acordo com a análise de Ivan Illich – todos os cidadãos podem se tornar ‘pacientes’. A sociedade torna os homens incapazes de controlar seu ambiente, e quando eles entram em colapso, se substituem as *relações quebradas* por uma “prótese” clínica. Assim, é

4 ILLICH, I. *Limits to medicine*. Medical nemesis: the expropriation of health. London: Marion Boyars Publishers, 1976.

implementada uma medicalização generalizada que atua no controle clínico da população.

O médico e o psicólogo podem estabelecer que a perturbação biológica e a psicológica sejam exclusivamente um defeito de um indivíduo: ele não saberia como se adaptar a um ambiente administrado por uma lógica de escravização destinada a produzir e a consumir.

Os danos crescentes e irreparáveis da medicalização se manifestam como danos iatrogênicos. A “iatrogenia” se manifesta como dano *clínico*, quando a dor, a doença e a morte individual são o resultado de tratamento médico; é, em vez disso, um dano *social*, quando as políticas de saúde fortalecem uma organização econômico-industrial que gera mal-estar. A Medicina, por exemplo, pode definir o handicap como uma deficiência e gerar sempre novas categorias de ‘pacientes’. Nessa situação, a autonomia dos profissionais de saúde se degenera em um “monopólio radical”. Diferentemente do monopólio comum, que agarra o mercado, o monopólio radical torna as pessoas incapazes de decidir e de realizar-se sozinhas (um exemplo é a agricultura intensiva que usa os transgênicos). Mesmo os efeitos da prevenção – que é, sem dúvida, um objetivo nobre – são frequentemente paradoxais: as análises podem ser mais perigosas do que a doença (uso excessivo de raios X); as triagens (os screening) podem resultar mais em mal do que em bem (exemplos disso são o rastreamento para o câncer de próstata e os procedimentos cirúrgicos preventivos). Os testes podem incorretamente rotular as pessoas que não deveriam ser identificadas.

Mas existe também uma “iatrogenia cultural e simbólica”, que acontece – segundo Illich – quando um comportamento ou uma série de ilusões, promovidas pela Medicina, restringem a autonomia vital dos indivíduos ao minar sua capacidade de crescer, de cuidar uns dos outros e de envelhecer, ou quando

a maciça e invasiva intervenção médica mutila as possibilidades pessoais para lidar com a dor, a incapacidade, a angústia e a morte. O indivíduo é alienado e privado da vontade de lutar por um mundo mais saudável.

Também podemos considerar como iatrogenia cultural o uso hegemônico e manipulador da linguagem médica e psicológica. Essa linguagem expressa a hegemonia do médico e do psicólogo: o ‘paciente’ permanece sem palavras significativas com as quais possa expressar sua angústia e elaborar o sentido do sofrimento. A crescente subordinação do discurso comum à linguagem especializada de uma profissão de elite faz do cuidado da doença um instrumento de dominação de classe.

O imperialismo da profissão médica

A burocracia médica divide os indivíduos em pessoas que podem dirigir o carro, que podem estar ausentes do trabalho, que devem ser isoladas, possuir uma arma, tornar-se soldados, sair das fronteiras de seu estado, ser cozinheiras, praticar prostituição, ser capazes de cometer um crime ou responsáveis por tê-lo cometido e ser oficialmente definidas como mortas.

Illich relata que o primeiro atestado médico foi autorizado pela Imperatriz Maria Thereza, em 1766, com um edital que exigia que o médico da Corte Real estabelecesse a aptidão de uma pessoa para sofrer tortura: as declarações dos torturados tinham que ser confiáveis.

Hoje, a assinatura dos inúmeros certificados confere ao titular um status especial não baseado nos princípios civis, mas fundamentado em uma avaliação médica e psicológica. Esse estado de medicalização e psicologização, usado fora do processo terapêutico, tem dois efeitos óbvios: isentar o proprietário do

trabalho, da prisão, do serviço militar e do casamento ou dar aos outros o direito de usurparem a liberdade do registrado, colocando-o em uma instituição, negando-lhe o trabalho⁵ etc.

O médico pode dispensar o ‘paciente’ de suas funções e permitir que ele utilize fundos de seguro ou da previdência (o médico desempenha a função de um advogado). Ele pode certificar que o ‘paciente’ é uma vítima inocente de um mecanismo biológico ou de uma luta social (o médico desempenha a função de um padre, que absolve de suas consequências a pessoa responsável por um ato). Além disso, a proliferação de atestados médicos e psicológicos pode conferir à escola, ao trabalho e à assistência social a possibilidade de novas funções de controle terapêutico e social. Com o desenvolvimento do setor econômico, que produz serviços terapêuticos e assistenciais, cresce a porcentagem de pessoas consideradas desviantes de alguma norma. Elas são vistas como “clientes”, “usuárias” e podem ser submetidas a uma terapia ou concentradas em ambientes especiais.

A “supervisão médica permanente” transforma toda a vida das pessoas em uma série de incidentes de risco, cada um requer proteção especial. São riscos, por exemplo, estar na barriga da mãe, ser recém-nascido, adolescente, na idade da puberdade, estar em menopausa e ser velho. A velhice, em particular, que, no passado, era considerada um privilégio ou uma inclusão lamentável, agora se tornou uma doença. Mas, à medida que os idosos adquirem o direito a uma assistência profissional, a

5 Em contraste com tudo isso, a lei da Reforma Psiquiátrica italiana estabelece que a hospitalização involuntária seja autorizada pelo prefeito, a pedido de um médico do serviço público de saúde. A privação da liberdade individual é um ato tão excepcional que não pode ser deixado, quando não há crime, para um técnico – um médico ou um juiz. O ato só pode ser feito pelo prefeito, que está diretamente sujeito ao controle popular, que o elege e pode dispensá-lo.

possibilidade de uma velhice independente vai sendo reduzida: aumenta o número de idosos que precisam de refúgio em alguma instituição. Quanto mais o produto bruto de uma sociedade aumenta, mais aumenta a medicalização no fim da vida. A vida é reduzida a um período de tempo, que deve ser planejado e modelado com ferramentas institucionais.

Como a lei e a religião, a Medicina define o que é normal, justo e desejável. Os médicos, os magistrados devem sua autonomia não à bondade de seus resultados, mas a um mandato social de controle. Só os médicos “sabem” qual é a doença. Paradoxalmente, a Medicina ocidental, que queria separar seu poder da religião e da lei, estendeu-o para além de qualquer precedente. Estamos diante do que Michel Foucault definiu como o poder da disciplina.

Transtorno mental e diagnóstico

Para passar de uma reflexão abstrata para uma representação concreta, peço ao ouvinte que imagine, agora, o sujeito definido como doente mental (um psicótico, por exemplo) e que tente seguir seu destino através das passagens teóricas dessa exposição.

Vamos dar um nome a essa pessoa: vamos chamá-la de Rinaldo.

Voltamos a falar, então, do transtorno mental e da normalidade. São conceitos multifacetados. Nós não somos capazes de traçar um limite claro entre um e outro. Um papel importante na definição de normalidade e doença é desempenhado, sem dúvida, não só pela cultura como também pelas condições socioeconômicas.

A fronteira entre um estado de doença não grave e um estado de saúde plausível é muito sutil e pode ser manipulada.

Se ampliarmos o uso de rótulos psiquiátricos, acabamos identificando, de maneira errada, os que não precisam de tratamento.

Lembramos, a esse respeito, não só o uso indevido/uso político do diagnóstico psiquiátrico nos Estados Unidos (a detenção preventiva de estupradores), na China (para os camponeses que reclamam da corrupção) e na União Soviética (para os dissidentes políticos) como também a delicada questão do louco criminoso. Para garantir seus direitos, nesse caso, os laudos médicos falam de uma incapacidade de entender e querer. É difícil, no entanto, imaginar uma incapacidade absoluta de querer. E sobre a incapacidade de compreender, nós nos encontramos no dilema entre patologia e normalidade. Há os que se entregam à patologia (na dúvida, parece preferível declarar louca uma pessoa saudável) e os que não se entregam. Nesse sentido, minha posição é a seguinte: tirar de uma pessoa o valor de seus gestos, dizendo “você é uma pessoa totalmente irresponsável”, impossibilita qualquer recuperação terapêutica. Eu posso imaginar só uma forte redução na capacidade de entender, mas acho muito difícil atestar uma incapacidade total apenas para evitar a solução – o hospital psiquiátrico judicial – que, aparentemente, seria uma garantia, mas que se mostrou, na prática, uma sentença de prisão perpétua. Por isso considero correto declarar a pessoa sempre imputável por seus atos. A pena – claro – será avaliada de forma diferente, tendo em conta os fatores atenuantes de um estado de sofrimento mental.

Se, por exemplo, nosso Rinaldo é reconhecido como doente mental, independentemente do crime realizado, no Brasil, ele arrisca expiar uma prisão perpétua no Hospital Psiquiátrico Judiciário. Em outros sistemas políticos, se falar contra a corrupção ou a repressão política, nosso Rinaldo arrisca ir a um hospital psiquiátrico por tempo indeterminado, mesmo que sua loucura seja muito leve ou ausente. Infelizmente, em muitos outros países, existe o risco de ser preso ou ficar em um asilo apenas por simples

diversidade de gênero, de religião, de opinião política. Nesse caso, “Game over”: o jogo da vida de Rinaldo já estaria acabado!

Mas quais condições deveriam ser consideradas como transtorno mental?

A instituição responsável por responder a essa pergunta é o “diagnóstico clínico”.

O diagnóstico deveria vir de uma pesquisa abrangente, conduzida por um especialista (médico ou psicólogo) adequadamente preparado, que levasse em consideração todos os elementos de relevância clínica e psicopatológica e se referisse a classificações de manuais as mais confiáveis possíveis. As classificações adotam critérios diagnósticos que apresentam um conjunto de sintomas necessários e suficientes para falar de algum tipo de transtorno mental.

Os psicoterapeutas clínicos referem-se, principalmente, a diagnósticos sintomáticos ou diagnósticos estruturais, que concernem aos transtornos de personalidade. Os psicólogos desenvolvem escalas de avaliação, utilizando métodos quantitativos e qualitativos.

Quanto à Psiquiatria, existem dois importantes sistemas de diagnóstico para transtornos psiquiátricos: o IC10, proposto pela OMS, e o DSM V.

A Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (IC-10) foi adotada em 1990 pela Assembleia Mundial da Saúde (AMS) e, desde 1996, foi atualizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Aproximadamente, foram classificadas mais de 2000 doenças. O Capítulo V do IC10 classifica os transtornos psicológicos e mentais.

Outro sistema é o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) – *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* – criado pela American Psychiatric Association

(APA) em 1952 e que é atualizado regularmente: o último manual é o DSM-5. Sua criação foi motivada para superar as diversidades de escolas, teorias, orientações e tendências e para evitar os possíveis problemas de incompreensão. *No DSM, cada um dos transtornos mentais é concebido como uma síndrome clinicamente significativa ou modalidade comportamental ou psicológica, que se manifesta em um indivíduo e é tipicamente associada a um mal-estar atual ou a um comprometimento.*

Desde o princípio, as classificações psiquiátricas foram criadas com a finalidade de obter dados estatísticos sobre a população e de buscar uma linguagem universal sobre as patologias mentais. Já para a prática clínica, há muitas controvérsias em relação às classificações psiquiátricas, pois a Psiquiatria das últimas décadas rompeu com as teorias de cunho crítico-filosófico que constituíam as características das psicopatologias mentais. A partir do DSM-III, a Psiquiatria deu uma grande virada e passou a se considerar como atórica, organizando-se exclusivamente com base em sintomas que deveriam ser quantificados em um período determinado de tempo, desestimulando qualquer referência à psicopatologia. A princípio, parecia haver progresso em comparação com a medicalização predominante do IC-10, mas, depois, evidenciou-se a incapacidade desse Manual de entender, por exemplo, que os sofrimentos causados por uma perda ou fracasso são próprios da condição humana e não podem ser simplesmente reduzidos a um diagnóstico que se limite a observar sintomas em um período de tempo pré-determinado. O último DSM – o DSM-5 – tem sido altamente criticado até mesmo por Allen Frances⁶. As críticas levantadas por esse psiquiatra dizem

6 Allen Frances foi o coordenador da força-tarefa do DSM-IV. Ele publicou, em 2013, o livro 'Saving normal: an insider's revolt against out-of-control psychiatric diagnosis, DSM-5, Big Pharma, and the medicalization of ordinary life'.

respeito à diminuição dos limiares diagnósticos e à adição de novos transtornos considerados por ele como especulativos e desnecessariamente medicalizantes. O que é altamente criticável é, de fato, o aumento do número de situações que são definidas como doenças. Em meados do Século XIX, só havia seis desordens mentais. Hoje existe cerca de 200 a 300.

Com o DSM, a Psiquiatria tornou-se uma disciplina baseada em listas de verificação que homogeneizam as diferenças individuais e as terapias personalizadas. A história das classificações em Psiquiatria nos mostra que houve uma fissura no modo de entender o sofrimento psíquico, e ali se esvaíram a subjetividade e a história de vida dos sujeitos. Passou-se a considerar os seres humanos simplesmente como corpos que manifestam comportamentos ditos desviantes e que precisam de intervenções medicamentosas.

Dessa maneira, o diagnóstico psiquiátrico inevitavelmente produziu um *estigma*: uma “marca” indelével nos indivíduos. As expectativas de outros, mas também do mesmo sujeito são reduzidas. Mesmo o zelo e a compaixão dos outros causam uma mudança na maneira como nos vemos nos outros, e isso resulta em perda de autoestima.

A perda de estima por causa de um diagnóstico psiquiátrico pode, certamente, afetar nosso Rinaldo e criar uma espiral social descendente na qual cada falha, que normalmente acontece na vida, assume, nesse caso, o valor de uma derrota progressiva e irreparável e está associada a agravamento do sintoma.

O que é muito sério é o uso – consciente ou inconsciente – do diagnóstico psiquiátrico para encobrir as contradições e as deficiências da sociedade. A “incapacidade de aprender”, a “hipercinesia” ou a “disfunção cerebral mínima” das crianças e dos adolescentes, por exemplo, explicam aos pais por que as crianças não aprendem, mas servem substancialmente como

um álibi para esconder a intolerância e a incompetência escolar. Quanto mais persuasivo o diagnóstico e mais valiosa a terapia parece, menos provável é que as pessoas tomem consciência dos problemas culturais e socioeconômicos que provocam ou favorecem o agravamento dos transtornos mentais.

Mas por que – eu me pergunto – o diagnóstico psiquiátrico deve ser *permanente*? Com que valor científico se pode falar hoje de uma doença crônica, irrecuperável e permanente? Todos os estudos, em longo prazo, de pessoas que apresentaram um distúrbio psíquico grave e que viveram fora dos circuitos psiquiátricos mostraram grande variabilidade de resultados: desde o desaparecimento completo dos distúrbios, seu aparecimento periódico até a evolução de outros distúrbios. E, de qualquer forma, o agravamento dos sintomas nunca excedeu um terço da amostra. Por que não impor administrativamente que o diagnóstico psiquiátrico não apareça nos registros de saúde por mais de três anos, por exemplo, e, depois desse período, seja completamente reaberto por um médico e por uma estrutura diferente daquela que fez o diagnóstico anterior? Por que não promover ações legais contra aqueles que usam o diagnóstico psiquiátrico fora do seu contexto de assistência médica? Por que a OMS, tão atenta às campanhas contra o estigma psiquiátrico, permite a permanência das condições burocráticas exigindo o diagnóstico? O diagnóstico é útil e importante? Certamente, mas vale a pena lembrar o que Hipócrates dizia: “Saber que tipo de pessoa tem determinada doença conta mais do que saber que tipo de doença ela tem”.

Agora Rinaldo está listado no Sistema Único de Saúde, é garantido por um sistema, público e eficiente, que acredita no diagnóstico da doença e na necessidade de um sistema de assistência social para cuidar dele, como se fosse um menor.

Ser diagnosticado com o IC10 ou com o DSM não muda muito para sua carreira como ‘paciente’. O diagnóstico psiquiátrico, diferentemente de qualquer outro diagnóstico físico, nunca ‘para’: Rinaldo será doente mental para sempre. O asilo, nesse caso, não será representado necessariamente por uma estrutura violenta; agora o asilo é o ‘diagnóstico’. O diagnóstico, que nasceu de uma leitura psicopatológica, agora se torna uma barreira psicológica e social, que vai ‘proteger’ Rinaldo virtualmente de si mesmo, sem possibilidade de evoluir, de crescer.

Pode acontecer, também, que Rinaldo se torne um ‘usuário’ de saúde mental, isto é, que assume um diagnóstico socio sanitário. Então, ele poderá passar a maior parte de sua vida social em um CAPS, em uma residência protegida ou em um Centro de Convivência. É um grande passo em frente, comparado com o manicômio. Rinaldo estará protegido, estará em uma zona de conforto, mas perderá a vontade de se confrontar com as dificuldades que estão fora daqueles lugares. A nova identidade lhe oferecerá vantagens secundárias: uma refeição, um subsídio, um cartão para ir de graça no ônibus e poderá aspirar a empregos de pouco valor. Claro que não serão os serviços de saúde mental que quererão mantê-lo nessa organização; será a injusta desigualdade social que não lhe permitirá o pleno cumprimento de seus direitos. Podemos, devemos estar satisfeitos com esse resultado? Quanto tempo Rinaldo vai depender do diagnóstico que lhe restringe todas as possibilidades da vida? Com qual idade ele e os outros usuários de saúde mental poderão se ‘aposentar’ e deixar de considerar-se ou ser considerados ‘usuários’?

A inflação diagnóstica

Ao transformar a saúde no bicho-papão da doença, a Psiquiatria inventou a *inflação diagnóstica*. É assim que são confundidas as perturbações normais, parte integrante da vida, com os verdadeiros distúrbios psiquiátricos que são relativamente raros. A inflação diagnóstica levou a um crescimento explosivo

no uso de drogas psicotrópicas, com a intervenção massiva das indústrias farmacêuticas. A esse respeito, é muito esclarecedor o livro de um jornalista dos Estados Unidos, Robert Whitaker⁷. Nós assistimos ao crescimento indiscriminado de um complexo industrial e médico muito poderoso: empresas farmacêuticas, seguradoras, laboratórios de análises, fabricantes de instrumentação e hospitais. Há um excesso de análises e de terapias inúteis (frequentemente para manter um mercado baseado na competição). Essa estratégia precisa de um fraco sistema de saúde pública e um grande desenvolvimento de organizações privadas que adquiram o apoio de financiamento público.

Esperaríamos uma atitude ética por parte daqueles que gerenciam a saúde, mas o negócio da indústria farmacêutica baseia-se precisamente na ampliação da esfera das doenças. De acordo com a lógica neoliberal, qualquer empresa é, acima de tudo, leal aos seus acionistas e à sua própria sobrevivência, não ao bem-estar público.

No entanto, podemos nos perguntar se é esse domínio do mercado ou um aumento no estresse da sociedade que nos deixa mais doentes. Podemos admitir um aumento do estresse, mesmo que não seja muito convincente. Nesse mundo de consumo – é verdade – somos, cada vez, menos capazes de suportar diferenças e excentricidades individuais e tendemos a transformá-las em doenças médicas. Mas a vida sempre foi e sempre será tremendamente estressante. A natureza humana é estável e resiliente. Nunca houve uma epidemia real de doença mental. Os indivíduos são sempre os mesmos; são as etiquetas de diagnóstico que mudam.

Quais são, então, as consequências da inflação? Elas são dramaticamente negativas. Allen Frances nos dá alguns dados:

7 WHITAKER, *op.cit.*

no início dos anos 80, um terço dos americanos tinha a probabilidade de ter um transtorno mental. Hoje eles são 50% (na Europa são 40%), e quatro grandes “epidemias” se espalharam no mundo – transtorno bipolar infantil, autismo (aumentado em 20 vezes), transtorno de déficit de atenção e hiperatividade e transtorno bipolar em adultos.

Vamos considerar brevemente as razões dessa inflação de diagnóstico. Eles se referem, principalmente, às decisões dos especialistas e à influência da mídia. Os especialistas que trabalham na classificação das doenças se encontram em uma situação de conflito de interesses intelectuais e econômicos e estão sujeitos a uma forte pressão para favorecer os interesses das multinacionais. A mídia e a internet contribuem para remover o estigma tradicional, mas também minam os fundamentos da normalidade. No começo, foi como um jogo: *estou estressado, sou bipolar, ele é um borderline...* Pouco a pouco, o jogo começou a ser creditado como real e, finalmente, parecem existir cada vez mais decisões administrativas e econômicas que necessitam de diagnósticos. É o caso dos *Diagnósticos melhorados*, usados para ajudar o ‘paciente’ a acessar algo desejável (benefício por invalidez, serviços escolares); o aumento do transtorno mental, quando o desemprego aumenta, e a obtenção do seguro de saúde. Existem também distorções burocráticas: em alguns países, por exemplo, o médico, para ser pago, deve fazer um diagnóstico oficialmente reconhecido.

O aumento do uso de drogas

Como resultado da inflação diagnóstica, houve um *aumento considerável* do uso de drogas; o volume de negócios de drogas psiquiátricas, no mundo, é de 700 bilhões por ano; dezessete anos de proteção de patente trazem lucros formidáveis para as

empresas; 7% dos americanos são dependentes de um medicamento psicotrópico legal, e o volume de negócios das drogas legais é maior do que o de drogas ilegais.

Mas, como aconteceu esse aumento no uso de drogas?

- Devido à massiva publicidade de empresas farmacêuticas⁸, as drogas, fáceis de prescrever ou mais fáceis de tomar, facilitam o abuso, especialmente, se houver muito interesse econômico por trás delas; entraram no mercado drogas “amigáveis”, mais leves, sem risco de overdose, que minimizam possíveis danos⁹, e foi utilizada uma paradoxal maneira de comercializar psicotrópicos: comercializando doenças psiquiátricas como estilo de vida.
- Foi ampliado o mercado para crianças e idosos¹⁰ – vale a pena lembrar – os sujeitos mais vulneráveis aos efeitos colaterais.
- A publicidade de drogas segura e fácil de usar, sem necessidade de um especialista, impulsionou muito a prescrição de drogas psicotrópicas por médicos gerais (eles prescrevem 90% de ansiolíticos, 89% de

8 Apenas observe uma sala de espera de um médico: os representantes farmacêuticos são, às vezes, mais numerosos do que os ‘pacientes’.

9 Foram introduzidos no mercado antipsicóticos atípicos, que não são mais eficazes, mas reduzem alguns desagradáveis efeitos colaterais de drogas psiquiátricas antigas (embora, em longo prazo, causem obesidade, diabetes, doenças cardíacas e redução da expectativa de vida). Além disso, em estudos de patente de um medicamento, os resultados negativos, frequentemente, foram ignorados e ocultados, e os efeitos colaterais e as complicações foram sumariamente minimizados.

10 Estudos preliminares para obter autorização de prescrição foram realizados em orfanatos e lares de idosos.

antidepressivos, 65% de estimulantes, 50% de antipsicóticos)¹¹. Nos Estados Unidos, anualmente, são prescritas 300 milhões de receitas para drogas psiquiátricas (antipsicóticos úteis apenas para sintomas mais incapacitantes da esquizofrenia e transtorno do adulto bipolar).

- Aumentaram as prescrições de medicamentos off-label (para sintomas não incluídos nos medicamentos permitidos pela acreditação oficial).
- A invasão farmacêutica, às vezes, pareceu uma declaração de liberdade: levou a pessoa a se automedicar como uma afirmação do domínio sobre seu corpo.
- Motivos econômicos têm levado as instituições públicas de saúde a reduzirem o subsídio às práticas de psicoterapia¹² em favor do uso de medicamentos, certamente mais baratos, aceitando a hipótese organicista de que a doença “é apenas um desequilíbrio químico”.
- Como consequência do efeito placebo.

Efeito placebo

Convém fazer uma pequena interrupção para descrever esse fenômeno, devido às suas importantes consequências.

O que é o efeito placebo? É a melhoria que ocorre quando as pessoas têm expectativas positivas, independentemente dos benefícios reais de determinada terapia. O placebo é *a droga de*

11 Para incentivar a venda, os representantes farmacêuticos deixam amostras grátis nos ambulatórios dos médicos.

12 A psicoterapia de apoio é mais demorada, mas, comparada com a influência passiva das drogas, pode tornar o ‘paciente’ responsável e gerar novas habilidades.

amplo espectro mais eficaz já inventada: econômica, sem efeitos colaterais, eficaz em doenças leves, mas absolutamente inútil para doenças graves. O efeito placebo explica por que os médicos geralmente depositam sua confiança em terapias inúteis ou muito ruins por dois motivos: o fator tempo e o poder da esperança.

O tempo não cura todas as feridas, mas é a melhor e mais segura maneira de lidar com os problemas físicos e psicológicos que a vida coloca diante de nós. O corpo e a mente, em essência, são programados para a resiliência, independentemente de nossos esforços. Pelo poder da esperança, os ‘pacientes’ melhoram quando acreditam no tratamento¹³. O poder do pensamento positivo faz parte de nossa psicologia – é um fator evolutivo.

Mas, como a resposta placebo aumenta a venda dos comprimidos?

Foi um truque brilhante de marketing convencer os médicos a tratarem ‘pacientes’ que não estavam realmente doentes e convencer as pessoas normais a se sentirem doentes: como na degustação de vinhos, um preço mais alto de uma droga pode automaticamente torná-la mais eficaz, independentemente de sua intrínseca inutilidade.

Quase três quartos dos 11% da população americana que toma antidepressivos não apresentam sintomas reais de depressão. Aqueles que querem ser tratados com *terapias alternativas* exaltam seus efeitos positivos, mas não sabem que estão

13 A *neuroimaging* confirma a sólida base psicológica e biológica do efeito placebo (quando se declara, por exemplo, que um vinho é caro ou que você receberá um analgésico, os centros de prazer no cérebro são imediatamente ativados). Alguns estudos confirmam que o placebo tem um efeito positivo no sistema imunológico.

simplesmente sob o efeito placebo. O pensamento mágico é muito necessário para a natureza humana – é uma parte essencial dela!

Bem, o que acontece com o nosso Rinaldo?

Não importa que navegue no seu delírio e seja identificado como um ‘paciente’ psiquiátrico, ou que saia e viva um momento de ‘saúde’: será submetido a uma medicalização, que não responde às suas necessidades, mas às das empresas farmacêuticas. As altas doses de drogas e o seu uso prolongado irão atuar em seu equilíbrio hormonal: ele se tornará gordo e sexualmente impotente. Seu sistema extrapiramidal será afetado, dando-lhe uma postura e um mimetismo rígidos. Seus rins e fígado estarão comprometidos, e sua expectativa de vida será reduzida.

Os tratamentos psicológicos e seus efeitos negativos

Estamos cada vez mais conscientes dos efeitos negativos das drogas, quando elas não são utilizadas na dose certa e dentro do prazo estritamente necessário ou quando são aproveitadas sem tentar, primeiro, outras possibilidades de tratamento menos invasivo. Mas devemos nos perguntar, também, se outros tratamentos, como as psicoterapias, são absolutamente desprovidos de efeitos negativos.

Vou tratar desta última parte do meu discurso referindo-me a um livro de Ortiz Lobo¹⁴.

Uma primeira reflexão nos leva a considerar que, ao contrário da farmacoterapia, não existe, em psicoterapia, uma instituição reguladora que aprove a inclusão de diferentes técnicas na atividade clínica e que monitore os efeitos positivos e negativos.

14 LOBO, O. A. *Hacia una psiquiatría crítica: excesos y alternativas en salud mental*. Madrid: Editorial Grupo 5, 2013.

Talvez porque se pense que a psicoterapia é apenas uma “conversa” ou que não pode causar danos significativos ao ‘paciente’. Mas os psicoterapeutas defendem, corretamente, a eficácia do tratamento. Portanto, se as psicoterapias são tão poderosas para induzir mudanças positivas, elas podem causar danos, independentemente de boas intenções.

Lilienfeld pergunta, em um de seus livros¹⁵, como não prejudicar ‘pacientes’ com nossas boas intenções e conhecer os mecanismos que determinam desenvolvimentos negativos. O dano de uma psicoterapia é psicológico, mas pode causar outras consequências físicas e no ambiente do ‘paciente’.

Roback¹⁶ fala de uma iatrogenia da psicoterapia por agravamento dos sintomas, aparecimento de novos sintomas, experiência negativa do ‘paciente’ que afeta a busca por outra ajuda no futuro, alterações nas funções da pessoa, autoagressão e dependência do tratamento, exagerando sua importância (efeito paradoxal).

Existem vários elementos da psicoterapia que podem causar danos. A psicoterapia realizada em situações sociais difíceis (precariedade econômica, física etc.) pode, por exemplo, transmitir a ideia de uma responsabilidade negativa do ‘paciente’ (incapaz, impotente). Por falta de introspecção, o terapeuta pode considerar como interpretação crítica o que é julgamento crítico do ‘paciente’ sobre a legitimidade da terapia. Existem dinâmicas relacionais que podem causar danos, como o paternalismo, a

15 LILIENFELD, S. O. Psychological treatments that cause harm. *Perspectives on Psychological Science*, v. 2, n. 1, p. 53-70, 2007.

16 ROBACK, H. B. Adverse outcomes in group psychotherapy: risk factors, prevention, and research directions. *J Psychother Pract Res*, v. 9, n. 3, p.113-122, 2000.

onipotência e a vaidade do terapeuta¹⁷. O paternalismo promove a dependência do ‘paciente’ e reduz sua capacidade de lidar com emoções e manter a iniciativa. No relacionamento gerado por um sentimento de onipotência do terapeuta, corre-se o risco de acreditar que podem ser impostos tratamentos inadequados para atingir objetivos irrealistas, causando frustração mútua. A vaidade do terapeuta pode desviar a atenção da tarefa. Ele pode ser muito sedutor, e o ‘paciente’ pode idealizá-lo, mas, ao mesmo tempo, sentir-se diminuído. Há, ainda, risco de encontrar um terapeuta inseguro, muito emocional ou com uma atitude autoritária, manipuladora. Embora as características da personalidade do terapeuta sejam sempre importantes, na psicoterapia, elas assumem maior relevância devido à especificidade da relação terapêutica nessa abordagem. Mas o principal problema, na psicoterapia individual, permanece sendo, essencialmente, a incapacidade de controlar e defender o ‘paciente’ em relação ao poder do terapeuta. Essa condição melhora, parcialmente, na terapia de grupo.

Os fatores comuns na psicoterapia aludem aos elementos compartilhados por diferentes escolas, além das distinções, que são positivas e efetivas. Jerome Frank¹⁸ os agrupa em: relação terapêutica, enquadramento diagnóstico, esquema racional que explica os sintomas, a solução e o processo para resolvê-los. Esses elementos podem ser uma fonte de ajuda e de danos. Em 1975, Lester Luborsky¹⁹ emitiu o “veredicto da ave Dodo”:

17 CROWN, S. Contraindications and dangers of psychotherapy. *British Journal of Psychiatry*, v. 143, n. 5, p.436-441, 1983.

18 FRANK, J. D. Therapeutic factors in psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, v. 25, n. 3, p. 350-361,1971.

19 LUBORSKY, L.; SINGER, B.; LUBORSKY, L. Comparative studies of psychotherapies: is it true that “everyone has won and all must have prizes”?. *Arch Gen Psychiatry*, v. 32, p. 995-1008, 1975.

“todas as psicoterapias ganharam, e cada uma merece seu prêmio”. Cada teoria oferece um esquema racional específico, que explica seu modo de entender os sintomas e o sofrimento mental, mas não tem nenhuma superior a outra. No entanto, existem intervenções específicas que produzem mais mal do que bem para a maioria dos ‘pacientes’²⁰.

A relação terapêutica

Uma atenção especial deveria ser dada à linguagem: a linguagem psicológica é a maneira como as características pessoais do ‘paciente’, seu mal-estar e sua história de vida são interpretados no enquadramento de um sistema de crenças orientado para a patologia. Na falta de ferramentas críticas, o ‘paciente’ pode introjetar ideias de patologização com repercussões negativas. Mesmo o conhecimento, que visa “fortalecer” o ‘paciente’ ou maximizar o que ele tem, configura sempre a necessidade de um especialista e a existência de uma pessoa deficitária, que não consegue melhorias por conta própria. Os rótulos que usamos influenciam a percepção de si mesmo do ‘paciente’: ela pode se tornar mais patológica e codificar a maioria de seus comportamentos.

Em nível global, estamos testemunhando também a psicologização da vida cotidiana, que também é uma forma de patologização que, mais insidiosamente do que a patologização médica, é realizada pelos persuasores ocultos da mídia que estão a serviço do *establishment*. Pensa-se que a psicoterapia proporciona um sistema de proteção, sem danos colaterais ou

20 Existe cerca de 500 tipos de psicoterapias, mas apenas um pequeno número passou por avaliações sérias. O estudo de Lilienfeld (2007, *op. cit.*) destacou dez psicoterapias prejudiciais.

contraindicações, confiando em respostas de natureza profissional sobre problemas cotidianos: dificuldades no relacionamento do casal, na família ou problemas sociais. Mas a psicoterapia torna-se *uma religião* que ajuda os cidadãos de uma sociedade individualista a encontrarem alívio do sofrimento inerente à própria vida: a felicidade terrena, sem efeitos secundários²¹. Às vezes, a psicologização parece usar óculos coloridos que pintam todos os aspectos da vida da mesma cor e escondem as contradições da realidade. A dependência da intervenção profissional empobrece os aspectos não relacionados ao mundo da saúde, que são igualmente saudáveis, e coloca o ‘paciente’ em um papel passivo. Até as vantagens secundárias da psicoterapia (sentir mais atenção, um especialista que ouve seu desconforto) reforçam dependência. Finalmente, o enquadramento em um diagnóstico psicológico, intenso e prolongado aumenta o perigo de reduzir a capacidade do ‘paciente’ de tomar decisões de forma independente. Ele pode se estabelecer em uma “zona de conforto”, distanciando-se do risco e da possibilidade de cometer erros, mas perde, no final, a capacidade de aprender com seus erros.

Poderia haver a ilusão de que pelo menos havia uma área – a Psicoterapia – que poderia cuidar do nosso Rinaldo sem incorrer em danos.

Vimos, para começar, que existem psicoterapias que, pelo contrário, causam danos sérios. E há, também, um pequeno, mas não indiferente, problema que enfraquece todos os pobres e aqueles que lutam pela sobrevivência: a necessidade de pagar um tratamento muito caro. Rinaldo deve agora aumentar as horas de trabalho para pagar sua psicoterapia privada. Para conseguir o quê?

21 RENDUELES, G. Psiquiatrización de la ética. Ética de la Psiquiatría: el idiota moral. In: SANTANDER, F. (Ed.). *Ética y Praxis Psiquiátrica*. Madrid: AEN, 2000. p. 375-433.

Quero esclarecer que acredito que, na maioria dos casos, a psicoterapia seja certamente útil e aconselhável. Mas, em alguns casos, pode criar dependência, colocar a pessoa em uma situação de passividade e incerteza, ficando o poder interpretativo totalmente nas mãos do terapeuta. O terapeuta pode ser considerado profissionalmente honesto e neutro, mas inevitavelmente afeta o ‘paciente’ com seus valores, seus princípios. Rinaldo aprendeu a não confiar em sua intuição e, agora, usa um par de óculos que esclarecem tudo. Pensa que essa tecnologia lhe oferece recursos, que não poderia ter encontrado na sua vida cotidiana. Ele acredita, em essência, que se tornou mais rico, mas, na verdade, ele se tornou existencialmente mais pobre.

Conclusões

Se um psicoterapeuta (psiquiatra, psicólogo ou psicanalista) não encontra nenhum problema ou dificuldade no cuidado que está prestando, ele deve se perguntar se não os reconhece ou se assumiu a inexistência deles.

Nós, como médicos, psicólogos e psicoterapeutas, estamos envolvidos em interações que respondem, muitas vezes, aos nossos desejos pessoais e passam a interferir, direta ou indiretamente, na terapia. É necessário e honesto ficar alerta. O monitoramento de nossas emoções e a supervisão do tratamento – farmacológico ou psicoterapêutico – são ferramentas fundamentais para proteger os ‘pacientes’ de nossas características pessoais e maximizar nossa capacidade terapêutica. A pior situação é – como sempre – a falta de uma capacidade autocrítica.

Mas as reflexões que surgem da análise do que expliquei vão além da subjetividade dos terapeutas e nos remetem ao problema do conhecimento.

Procurei mostrar como, a partir de uma reflexão teórica (a psicopatologia), a aplicação desse conhecimento sofre, histórica e socialmente, na concretude da vida, uma série importante de desvios e manipulações até obter resultados negativos (o estigma, a patologização, a medicalização) impensáveis em sua origem. Eu, naturalmente, enfatizei os aspectos negativos para dar substância aos meus argumentos. Felizmente, a realidade é menos maniqueísta.

Pode-se debater se a ciência é neutra em si mesma, pois as próprias motivações que norteiam a pesquisa científica já podem estar poluídas, desde o início, por uma visão particular do mundo do pesquisador ou pelos interesses daqueles que a favorecem. No entanto, é suficientemente claro que os homens da ciência, como qualquer outro sujeito, são fortemente condicionados por fatores históricos e ideológicos e que a capacidade manipuladora dos poderes econômicos e políticos é muito incisiva.

Portanto, poderia pensar que não há esperança. Mas, ao contrário, existe, felizmente, uma saída.

Ela é, simplesmente, a capacidade crítica de um pensamento livre. Seu poder é imenso... Basta aplicá-la. Precisa só de um pouco de coragem e o saudável *otimismo ingênuo* de um Cândido de “voltairiana memória”²².

22 Referência ao filósofo francês Voltaire.

A contribuição de Franca e Franco Basaglia para a crítica à patologização da vida¹

Com a *patologização da vida*, entendemos a tendência atual da Psiquiatria a determinar um excesso de diagnóstico de doença. É uma extensão invasiva dos transtornos mentais na “normalidade”, considerando como “distúrbios” comportamentais as situações que, até agora, foram entendidas como normais. O consequente e subseqüente desenvolvimento da patologização é uma medicalização da vida crescente e generalizada.

Para entender o fenômeno da patologização, devemos ir além do nível individual e prestar também atenção à situação sociopolítica em que o fenômeno ocorre, refletindo sobre o conceito de *normalidade* e os consequentes conceitos de *desvio*, *diversidade* e *anormalidade*.

Se nos referirmos à curva de probabilidade de Gauss, surgem algumas questões: O que determina a patologização? Quem move “a curva da normalidade”? Por quê? Como alguns indivíduos, grupos, classes são empurrados do interior para os

¹ Palestra realizada no 3º Seminário Internacional ‘A Epidemia das Drogas Psiquiátricas’, ENSP/Fiocruz, Rio de Janeiro, 30 de outubro de 2019.

extremos da curva? O que motiva esses movimentos? A produtividade? A aquiescência às regras do sistema?

Existe uma esfera social, além da saúde mental, que, por analogia, pode nos ajudar a entender a patologização como uma expressão de anormalidade. Quero falar sobre as *diversidades* e as *dissidências*. Nesses casos, a curva da norma de Gauss mudou muito nas últimas décadas. Apesar de, em alguns países, como o Brasil, tentar-se negar o direito de expressar as diversidades, em outros, esse direito é um dos objetivos prioritários das políticas governamentais. Porém, os dissensos, nessas sociedades, só são permitidos quando são atomizados e autorreferenciados, desconectados de uma perspectiva de “grande dissidência” em relação à sociedade do consumo².

A pluralidade dos protestos é frequentemente marcada por um politeísmo de valores que esconde a estrutura monoteísta do mercado e encapsula e *metaboliza* tudo (loucos, LGBTQI, pobres, povos indígenas, negros, minorias étnicas, migrantes). Nesse caso, só há uma ilusão de pluralidade³. A famosa frase cantada por Caetano Veloso – “De perto ninguém é normal” – tem um significado progressivo, se os *não normais* forem reconhecidos como atores de um papel democrático. Se não for assim, o aforismo assume um valor reacionário, pois banaliza as diversidades e tira as mensagens políticas de justa rebelião contra a norma.

De acordo com a lógica neoliberal, pode-se discordar de tudo, desde que nunca se agregue a uma *grande dissidência* contra o poder violento da economia e da política. A regra, nesse caso, é quantitativamente revertida: a norma consiste em aceitar que uma minoria tem a maioria do poder econômico e político. Normal seria ser homem, branco, machista, rico, vinculado aos

2 FUSARO, *op.cit.*

3 Questões já abordadas em palestra anterior.

interesses do capital globalizado. Esse sujeito, no entanto, pode ser violento e racista, progressista e liberal, mas, em qualquer caso, mantém sempre constante o privilégio da riqueza econômica comparada com a maioria da população.

Essas reflexões e contradições nos remetem ao pensamento de Franca e Franco Basaglia, que, desde os anos de 1960, conduziram suas críticas ao conceito de patologização dentro do tema mais complexo de norma social. Nas análises críticas dos Basaglias, o diagnóstico respondia a uma necessidade disciplinar, em uma sociedade que, paranoicamente, cultivava a miragem de uma distinção clara entre o normal e o patológico. A defesa da normalidade se dava, conseqüentemente, pelo aumento do limiar que separava o normal do mórbido.

Esses autores voltaram sua atenção, antes de tudo, para as instituições sociais e de saúde que criavam ou confirmavam a patologização. Eles fizeram isso destacando o vínculo entre as técnicas institucionais (as tradicionais e as *inovadoras*) e o sistema socioeconômico que as apoiava. Assim, é possível verificar os limites de cada ação técnica, quando ela permanece, passiva e servilmente, em uma estrutura sociopolítica específica. Os Basaglias falaram das *instituições de violência* – os asilos e as prisões – delegadas à exclusão de elementos de perturbação social, e das *instituições de tolerância* ao reajuste da faixa cada vez maior de marginais que o sistema socioeconômico continuava produzindo. Entre esse segundo tipo de instituição, eles sinalizam a *comunidade terapêutica*, os *centros comunitários de saúde* e a organização institucional da *prevenção*.

Para os Basaglias, se a Psiquiatria funciona como um sistema de descarga das pessoas, todas as técnicas comunitárias, mesmo que nascidas em resposta à realidade do hospital psiquiátrico, são pura mistificação: as ações permanecem apenas como técnicas específicas, sem aquela margem de liberdade, necessária

para afirmar um verdadeiro processo de mudança. A prevenção psiquiátrica, por exemplo, corre o risco de *recuperar* um tipo de marginalidade improdutiva, incorporando-a em uma nova instituição. Em essência, a prevenção pode servir para expandir o campo da doença mais do que para reduzi-lo.

Como essas reflexões, feitas cinquenta anos atrás, foram proféticas, isso é demonstrado pelo papel que hoje desempenham, seja a patologização, que teve um grande impulso com o uso do DSM-V, seja a medicalização farmacológica, operada, também, dentro dos sistemas de saúde da Reforma!

Na ‘**Carta de Nova York. O doente artificial**’, Franco Basaglia critica os Centros Comunitários de Saúde Mental (Community Mental Health Centers). Essas unidades, consideradas “estruturas-piloto”, assumem, na análise de Basaglia, um significado altamente regressivo, criando uma nova categoria de ‘pacientes’, restringindo o conceito de norma e incorporando, no terreno da patologia mental, os “desvios”, a “marginalidade” e os “desajustes”, que dependem explicitamente de fatores sociais.

É natural perguntar se os nossos CAPS são profundamente diferentes daquelas instituições dos anos 60? Eles não assumiram, também, todas as supostas *emergências patológicas* ao longo dos anos – ou seria melhor chamá-los de modismos psiquiátricos – produzidos pelas contradições do sistema social (quero dizer os Transtornos Borderline, os Distúrbios Alimentares, os Distúrbios de Aprendizagem, a Síndrome Bipolar etc.)? Temos certeza de que os CAPS não desempenham uma função fundamental de “entretenimento” – uma forma de automarginalização protetora dos ‘pacientes’ psiquiátricos diante das dificuldades da inclusão social? Não é verdade que os CAPS-AD são, na maioria

das vezes, incapazes de se avaliar em relação ao drama da dependência e de deixar seus muros institucionais, mudando-se para as casas dos ‘pacientes’ em seus locais de vida?

Paradoxalmente – nos dizem os Basaglias – a produção de novas diretrizes psicológicas antiautoritárias e antirrepressivas, assumidas como valores absolutos e não dialéticos, e a extinção da violência do manicômio arriscam criar, em alguns contextos, uma *rede de controle técnico-social* muito penetrante e sutil, em que a barreira entre norma e desvio se torna cada vez mais frágil e discriminadora. A instituição tolerante revela, na eficiência artificial da patologização, sua função de cobrir uma ineficiência substancial e intencional. Seus técnicos geralmente atuam como instrumentos de controle social, sob a mistificação de um controle técnico.

Franco e Franca Basaglia, nos anos 70, queriam denunciar a situação nos Estados Unidos que, com seu desenvolvimento tecnológico, impuseram soluções técnico-institucionais para os problemas sociais, para reduzir, gradualmente, toda a sociedade a uma enorme instituição tolerante e sutilmente controlada. Os Basaglias, com suas reflexões, nos advertiram contra qualquer solução parcial e antidialética que contribuísse para cobrir as contradições sociais sob uma nova ideologia.

Em seu livro – ‘**A maioria desviante**’ – os Basaglias mostraram como, em comparação com a *ideologia da diversidade* – entendida como exasperação das diferenças entre opostos (saúde e doença, norma e desvio) – estava substituindo-se uma nova ideologia: *a médico-judicial-sociológica*.

Isso aconteceu para promover e garantir a totalização do controle dos valores sociais da norma. Os parâmetros rígidos da

Ciência Médica ou do Direito tiveram que amolecer pela entrada no campo das chamadas Ciências Humanas (a Sociologia, a Psicologia e a Antropologia). No entanto, essa abertura não mudou a essência do fenômeno, mas a ampliou para uma totalização indiferenciada e falsa, que, aparentemente, parecia unir opostos sem realmente enfrentar o problema de suas diferenças e relacionamentos e, acima de tudo, sem eliminar as faixas de rebelião, que não podiam estar contidas nesse sistema e continuaram reprimidas nas prisões e nos asilos.

Hoje podemos ver como o fenômeno da patologização se enraizou e se desenvolveu, cada vez mais, nesse terreno. A patologização corresponde, por enquanto, apenas em parte, aos interesses corporativos dos médicos (e, nesse sentido, acho limitada a análise de Ivan Illich) ou aos interesses econômicos das multinacionais de medicamentos, porque ela é, primária e principalmente, uma expressão da alienação imperiosa que o sistema neocapitalista exige de seus subordinados.

Nesse sistema, não há respostas para as *necessidades*: o que será realizado é sempre e somente uma organização e racionalização delas. O indivíduo não pode chegar a *possuir a própria doença* (condição de sofrimento mental ou existencial com suas tentativas de dar respostas): ele vive apenas seu estar no mundo, como um indivíduo doente; ele vive o papel passivo que lhe é imposto (ou que ele impõe a si mesmo) e que confirma *a fratura entre ele mesmo e sua experiência*. A doença não é uma experiência existencial, torna-se um “comportamento” doentio, uma falsa descrição substitutiva de um relacionamento inexistente. Ela é a confirmação da dominação do sistema sociopolítico sobre a pessoa.

Em ‘Doença e seu duplo’, os Basaglias enfatizam que, com a patologização, o homem é forçado a se tornar o que não é, e que a ciência dá justificativas para a irrealidade do produto. Para combater essa condição, devemos entender o processo por meio do qual um problema (por exemplo, a rejeição de valores relativos, propostos e definidos como absolutos e imutáveis) é racionalizado e convertido em *desvio*, a fim de reduzir a ameaça que representa. Praticamente o que é proposto como um problema torna-se diferente do que é, devido à sua delimitação nos limites de uma ideologia.

Quando um serviço de saúde mental aceita que o ‘paciente’ seja absorvido como um novo objeto de tratamento, e não, como o sujeito – protagonista ativo de seu cuidado – o serviço assume a função de uma organização produtiva de diversidade. Um serviço, ao contrário, torna-se emancipatório quando possibilita conscientizar para um processo de mudança e se sua função ocorrer em uma estrutura social, cujo objetivo não é a produção e o consumo, mas de fazer com que o homem e suas condições de vida melhorem.

Os Basaglias dizem, em conclusão: “Cabe a todos nós descobrirmos, no campo prático, o processo de mistificação dos serviços, continuando a separar o *duplo* ideológico-real das verdadeiras contradições da realidade”.

Psicofármacos ou mentira

Quero fazer, agora, uma breve digressão em uma área que tem relevância com o cuidado, menor, talvez, com a patologização, mas apenas aparentemente. Quero falar sobre o tratamento da demência, que, devido ao envelhecimento progressivo

da população, está se tornando, cada vez mais, um grande problema em nossos países. Não há dúvida de que os idosos são uma categoria de pessoas particularmente expostas a abusos. Eles são abandonados nos hospitais, nos lares de repouso, muitas vezes contidos pela força, intoxicados por drogas psiquiátricas, vivendo em estruturas impessoais, frias e alienantes.

No entanto, vou falar sobre lugares privilegiados. Existem unidades para idosos chamadas de 'As casas da memória', cuja missão é de lidar com os problemas resultantes da perda de memória e da ansiedade que isso gera nos 'pacientes'. Esses ambientes são conscientemente baseados em ficção e em mentiras feitas para um bom propósito. A unidade da terapia da memória projeta, em seu interior, uma praça de alguma cidadezinha do passado. Isso ocorre porque o 'paciente' demente retorna geralmente ao seu passado e se tranquiliza quando revê os ambientes de sua adolescência. Além disso, 'pacientes' internados frequentemente querem voltar para casa. Para contornar esse problema, muitos asilos e hospitais dispõem de falsos pontos de ônibus. Se um 'paciente' teima em voltar para casa, um auxiliar de enfermagem o acompanha até esse ponto, e os dois se põem a esperar, sentados, por um ônibus que nunca chegará. Quando o 'paciente' se cansa ou esquece o que fazia ali, é convencido a retornar a seu dormitório.

Uma empresa de Boston começou a vender um produto que batizou de 'Terapia de Presença Simulada'. É uma fita de áudio que encena um dos lados de uma conversa telefônica. Parentes das pessoas próximas de um internado fazem um apanhado das lembranças mais preciosas dele, desde anedotas até assuntos de seu especial interesse. A partir desse levantamento, desenvolve-se um roteiro de diálogo e grava-se uma fita com as falas de apenas um dos interlocutores e com pausas que dão tempo para as respostas do 'paciente'. Quando a fita fica pronta, entregam-se

fonos de ouvido ao ‘paciente’ e se diz que ele está recebendo um telefonema da pessoa que gravou o áudio. Como tem memória curta, o ‘paciente’ pode ouvir a mesma fita inúmeras vezes e encontrar algum conforto a cada audição. Inventaram-se, também, ônibus de mentira: colocados no lugar das janelas, monitores de vídeo passam filmes que exibem paisagens e geram uma ilusão de movimento.

Nessas casas, era proibido usar amarras, como castigo, ou apenas por conveniência dos cuidadores, as drogas substituíram as amarras, e os ‘pacientes’ começaram a receber antipsicóticos poderosos, como o Haldol, por exemplo. Como muita gente achava terrível administrar esses medicamentos, iniciou-se a busca por alternativas não farmacológicas. Foi assim que os falsos pontos de ônibus e outros placebos psicológicos revelaram-se bastante eficazes. Os ‘pacientes’ que tomavam Haldol todas as noites para deixar de gritar se mostraram tão calmos com a ‘Terapia da Presença Simulada’ que passaram a prescindir de tranquilizantes.

Mas a Sociedade Britânica de Alzheimer emitiu uma nota em que critica essas escolhas terapêuticas: “Temos dificuldade de compreender como o ato de enganar um ‘paciente’ pode contribuir para uma relação genuína de confiança, em que a voz do doente seja lida e seus direitos defendidos”. Os humanos – como essa nota da Sociedade Britânica parece dizer – não vivem somente em função do prazer; eles desejam preservar também a dignidade e manter a coerência de suas trajetórias. As pessoas geralmente temem a dependência total na última fase da demência, não só pelos transtornos que causarão, mas também porque não querem distorcer suas biografias.

Em geral, os *partidários da mentira* pensam, acima de tudo ou exclusivamente, na felicidade do doente em curto prazo. Eles se perguntam: Uma farsa bem estruturada pode atenuar

sofrimentos imediatos? É essa farsa a atitude mais gentil a tomar? Então, por que recusar?

Mas a mentira bondosa corre o risco de se converter numa espécie de *paternalismo coercitivo* e gerar manipulação, como qualquer exercício irrestrito de poder.

Será que pequenas mentiras desse tipo diferem substancialmente das grandes mentiras de criminosos? Então, o que é mais importante: a falta de ansiedade ou a dignidade da pessoa?

O direito à saúde

Falei sobre esse tópico do Alzheimer para mostrar a complexidade dos problemas no encontro com *a natureza trágica da vida* e no tratamento consequente da doença e do sofrimento. Não existem fórmulas simples para lidar com esse assunto: drogas, sim ou não, psicoterapias, sim ou não, mentiras, não ou sim.

Para cada escolha, existem oportunidades e riscos. No entanto, podemos concordar que existem danos graves que prevalecem sobre todos os benefícios possíveis. Na Medicina e na Psicologia, esses danos se manifestam como iatrogenia, que restringe a autonomia vital dos indivíduos, mina sua capacidade de crescer, cuidar uns dos outros, enfrentar as adversidades da vida. A patologização – consciente ou inconscientemente – encobre, também, as contradições e as deficiências da sociedade. Infelizmente nos adaptamos ao sistema neoliberal do mercado, subestimando o preço que nos é exigido para essa adesão. Esse sistema produz *alienação* e determina uma nova antropologia dos seres humanos. Somos forjados em uma matriz competitiva e hiperegoica, que diminui o pensamento crítico e nossa capacidade de lidar com as dificuldades da vida.

O objetivo, em face desse problema, deveria ser de garantir às pessoas o direito de organizarem um modo de vida menos destrutivo e menos passivo, no qual elas sejam mestras de si mesmas e do seu ambiente. A saúde, de fato, designa um processo de adaptação. Não é o resultado do instinto, ela é fruto de uma reação autônoma, ainda moldada pela cultura. O sucesso é o resultado da autoconsciência, da autodisciplina e da autocapacitação com as quais a pessoa regula o próprio ritmo e suas ações. Exemplo disso é o fato de muitas pessoas doentes se recuperarem melhor se não forem tratadas com fármacos ou, pelo menos, em demasia. Hipócrates dizia: “Para os doentes, quanto menos, melhor”.

Mas a autonomia e a responsabilidade pessoal só podem ser plenamente realizadas em um contexto de responsabilidade e de autonomia político-social. No campo da Saúde, essa estabilidade assume a forma do *sistema de saúde público*, acessível, democrático, livre e em que a saúde seja um direito, e não, uma mercadoria.

Esse sistema é um ponto de partida e, ao mesmo tempo, um objetivo constante de uma luta democrática. Por esse motivo, precisamos nos livrar das incrustações institucionais que ainda oprimem nossa própria Reforma da Medicina e da saúde mental. Precisamos desenvolver mais *práticas desinstitucionalizantes, despatalogizantes e desmedicalizantes*, para que a atenção se volte para o sujeito, e não, para a doença. Temos que afirmar/defender o enorme valor do tratamento em liberdade, apostando na reinserção social, no resgate da cidadania dos sujeitos, na implementação de políticas públicas. A desinstitucionalização reside na desconstrução do paradigma problema/solução que, no âmbito da Psiquiatria, tornou-se uma forma de criticar o diagnóstico como processo de reificação do sujeito.

Corretamente Franco Basaglia propôs colocar a doença mental entre parênteses e olhar não tanto para ‘a doença’, mas

para a pessoa. Nosso conhecimento teórico e nossa prática não podem ser independentes da ética. A palavra grega para nomear o principal recurso da Medicina é *pharmakon* (uma única expressão, que tanto significa remédio quanto veneno – o poder de curar e o poder de matar). A resolução da contradição não está na especulação teórica, mas no compromisso da prática, agindo pela emancipação concreta das pessoas.

Isso é exatamente o que nos lembra ‘O alienista’, de Machado de Assis. Por intermédio de Simão Bacamarte, personagem principal do famoso conto, Machado questiona a ideia de ciência como produtora de verdade e sua pretensão de se apresentar como um saber neutro e desinteressado e denuncia a função da Psiquiatria de construir o ideal de normalidade e de sociedade, bem como a relação entre essa ciência e a ordem pública. Machado – negro, epilético, nascido pobre, com ancestrais escravos – nos mostra o absurdo de circunscrever a normalidade excluindo a diversidade.

O ato final do conto, em que o psiquiatra Bacamarte fica isolado no asilo e deixa todos os internados livres, antecipa, de alguma forma, o grito da desinstitucionalização: “A liberdade é terapêutica” – libertar-se da patologização, do estigma do diagnóstico, da reificação, da alienação executada pelas instituições do poder.

A cura não pode ser considerada como um ato técnico. Ela usa técnicas, mas o ato de curar é, essencialmente, um *ato ético e político!*

Saudades de Basaglia¹

Às vezes me pergunto o que Basaglia diria se ainda estivesse vivo e o que faria. Provavelmente ele não gostaria da celebração de hoje: os quarenta anos da segunda, e talvez mais importante, visita dele a Belo Horizonte. E isso porque existe, nessa circunstância, como em qualquer evento análogo, o risco da retórica e da mitização, refugiando-se na memória do passado. No entanto, esse seminário apresenta algumas peculiaridades que diminuem esse risco. Primeiro, esse encontro é voltado para o futuro: ele propõe um plano de atividades na Universidade, para o próximo ano, sobre o pensamento de Basaglia. Segundo, certamente, nós falaremos de Basaglia – essa pessoa extraordinária – mas também das pessoas que o convidaram e o acolheram (Gregorio Baremlitt, Antônio Soares Simone, Diva Moreira, Cezar Campos, Ronaldo Simões, Napoleão, entre outros), que mantiveram, mesmo durante os anos difíceis da ditadura, a vontade de lutar, acreditando na possibilidade de uma mudança. Algumas dessas pessoas estão presentes neste seminário de hoje.

Em terceiro lugar, a memória do passado aborda um momento particular de 1979: os dias do fim da ditadura militar e a retomada da liberdade. Hoje estamos, igualmente, em

1 Seminário na Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, em 11 de novembro de 2019.

um momento muito difícil e delicado para o Brasil: precisamos resistir intelectualmente à barbárie com a mesma determinação e manter a mesma esperança de derrubar a situação atual, como já aconteceu em 1979.

Para aqueles que me estão ouvindo – e que não são *obrigados* a conhecer a vida de Franco Basaglia – darei algumas informações sobre ele. Eu diria, sem exagero, que a história da Psiquiatria se divide em dois momentos: antes e depois dele. Franco Basaglia e sua esposa, Franca Ongaro Basaglia, foram estudiosos, intelectuais e ativistas que afetaram profundamente o pensamento moderno, não só no campo da Psiquiatria, mas também no das Ciências Humanas e do Direito.

Ambos eram venezianos. Franca estudou Sociologia, foi escritora e participou ativamente da prática da desinstitucionalização em Gorizia e Trieste. Junto com o marido, publicou artigos e livros de grande importância científica. Franco, durante a juventude, foi preso por causa de suas ideias antifascistas e só foi libertado no fim da guerra. Durante muitos anos, trabalhou como professor de Psiquiatria na Clínica Universitária de Pádua. Orientava-se pela Fenomenologia (de Binswanger, Jasper e Minkowski), pelo Existencialismo (tornara-se amigo de Jean Paul Sartre) e pelo Marxismo (em particular, referindo-se ao pensamento de Antonio Gramsci). A Academia, naquela época, era voltada, principalmente, para o biologismo e o positivismo, e Basaglia era marginalizado na Clínica. Ele acabou saindo da Universidade, deixou a possibilidade de seguir uma carreira universitária e se foi, como diretor, para dirigir um asilo em uma pequena cidade do norte da Itália – Gorizia. O primeiro impacto de Basaglia no manicômio foi traumático: ele reconheceu naquele lugar a mesma lógica da prisão que experimentou em sua pele.

Mas, em Gorizia, aconteceu o milagre. Basaglia não permitiu mais o eletrochoque e nenhuma forma de restrição, e todos os

departamentos do hospital foram abertos. Todas as redes e grades foram demolidas pelos ‘pacientes’, junto com os terapeutas. Começou uma gestão comunitária do hospital. Em particular, todos os dias, uma assembleia geral era dirigida pelos ‘pacientes’ e tratava sobre suas vidas no hospital e seus problemas na sociedade. O paradigma psiquiátrico, iniciado em 1793, com a libertação dos loucos das cadeias por Pinel e com a aceitação de que eram doentes e precisavam ser tratados no hospital psiquiátrico, acabou em 1965 em Gorizia. Começou, naquele ano, um novo paradigma – o do cuidado em liberdade – no qual os ‘pacientes’ recuperavam o direito à palavra e eram protagonistas da própria vida. O psiquiatra não representava mais uma autoridade absoluta – ele era só o especialista que disponibilizava para os usuários seu conhecimento. Essa experiência foi contada em um livro famoso – ‘A Instituição Negada’ – que foi publicado na Itália, em 1968, no momento mais quente das manifestações juvenis de protesto contra o autoritarismo repressivo da sociedade.

Naqueles anos, conheci Basaglia e decidi deixar a Universidade de Roma, onde eu estava ensinando, para ir a Gorizia e participar de uma nova aventura cheia de riscos. A resistência à mudança em Gorizia foi forte, e a luta foi particularmente dura. Onze anos depois, todos os sujeitos da instituição – ‘pacientes’, médicos e enfermeiros – se reabilitaram. O que restava fazer era sair do hospital e promover uma saúde mental comunitária com a abertura de centros territoriais. Tínhamos lutado não para *humanizar* o hospital, mas para construir uma rede de serviços de saúde para a comunidade. Porém o poder político se opôs, temendo que o território fosse contaminado com nossas ideias de liberdade. Por esse motivo, todos nós, médicos, apresentamos nossa renúncia e, ao mesmo tempo, ‘libertamos’ todos os ‘pacientes’. Foi um evento de grande impacto na mídia, que serviu para denunciar, mais uma vez, o absurdo do manicômio.

No entanto, nosso trabalho de desinstitucionalização continuou em outros lugares – em Arezzo, Ferrara, Pordenone e, principalmente, em Trieste, onde Basaglia obteve apoio político para realizar completamente nosso projeto. Os anos de Trieste foram muito intensos e criativos e despertaram grandes debates. A reabilitação de pessoas internadas possibilitou que todos os ‘pacientes’ saíssem do hospital com a abertura de Centros de Saúde Mental e residências. O processo foi acompanhado de uma intensa ação cultural para atrair a cidade para participar das *atividades* dentro do hospital e fazer com que os ‘pacientes’ fossem aceitos nas *atividades* da cidade. Em sete anos, conseguimos fechar completamente o asilo, sem ter uma lei a favor, só obtendo consenso e afirmando direitos dia após dia. Mostramos que não faz sentido falar sobre um hospital psiquiátrico humanizado – um hospital que desenvolve ações positivas. O aparato do hospital psiquiátrico é sempre violento e repressor. Ele é contra as necessidades profundas das pessoas e está sempre a serviço de um controle social da pobreza e do desvio. É ineficiente, no sentido de que custa muito e gasta mal os recursos pelos serviços que fornece; é inútil, porque um tratamento eficiente não precisa desse tipo de organização; e é ineficaz, pois torna a pessoa crônica e impede o desenvolvimento dos recursos presentes nela e nos relacionamentos sociais. Os miseráveis privilégios obtidos pelo usuário, com a aceitação do status de inválido psiquiátrico, não compensam os danos derivados do seu estigma: a perda de um papel ativo da cidadania, a ocultação de problemas sociais e políticos com um diagnóstico da doença e o enfraquecimento de qualquer vontade de rebelião contra as injustiças que a pessoa sofre.

Um ano depois do fechamento do hospital de Trieste, e justamente por esse resultado, alcançamos na Itália, em 1978, uma lei de Reforma em saúde mental *revolucionária*: duzentos anos da declaração dos direitos da revolução francesa e, trinta anos

depois da Declaração dos Direitos Humanos, que aconteceu em 1948, foi reconhecida, também para o cidadão louco, a plenitude de direitos. Embora essa lei não representasse o que Basaglia e todos nós queríamos, pois era, de fato, por demais medicalizante, esse foi um resultado importante. Em relação ao espírito da Reforma, quero lembrar o que Basaglia dizia: que uma Reforma só pode se dizer atualizada se todos os dispositivos do antigo paradigma estiverem desatualizados. Por esse motivo, enquanto houver um só hospital psiquiátrico, não poderemos afirmar que a Reforma foi implementada. Podemos dizer que estamos em uma fase de transição, em que existem magníficas experiências de liberdade, mas essa fase ainda é estruturalmente fraca e fortemente exposta aos riscos de involução.

Basaglia, naqueles anos, era infatigável, convincente em sua capacidade de ir além dos clichês e de ver possibilidades positivas a serem construídas – que outros não conseguiam imaginar. Seu pensamento era *contra a corrente*, um pensamento fortemente crítico.

Conto apenas dois episódios que testemunham a humanidade dele.

O primeiro conta a criação, no hospital de Trieste, de um lugar de convivência aberto a todos (especialistas, médicos, enfermeiros, artistas, cidadãos). Nesse local, os ‘pacientes’ quiseram construir um grande cavalo azul de papel machê – Marco Cavallo – porque o cavalo lembrava a vitória deles sobre a burocracia do manicômio. Para deixar sair o grande cavalo na cidade, foi necessário derrubar o muro de uma enfermaria e elevá-lo sobre uma rede. Basaglia estava presente e participou, com entusiasmo, daquele momento simbólico de ruptura com o passado. Junto com outros, ele carregou, espontânea e simplesmente, o cavalo no ombro. Assim, Marco Cavallo correu livre para a cidade de Trieste.

O segundo episódio refere-se ao famoso “voo dos tolos” acima de Trieste. Um dia, um ‘paciente’ manifestou a Basaglia seu desejo de voar em um avião. Basaglia não pensou duas vezes e telefonou imediatamente para a Alitalia pedindo o empréstimo, por um dia, de um avião. A companhia aérea aceitou, até porque ganhou uma grande publicidade inesperada. E, assim, foi: um dia, “os loucos” puderam sobrevoar Trieste, demonstrando seu direito para esse tipo de experiência, que nós consideramos *necessárias para nós, mas supérfluas para os pobres*. Basaglia estava animado, alegre, brincando com os usuários e com Cooper, que tinha ido a Trieste para participar daqueles momentos de liberdade. Em suma, os anos de Trieste foram uma revolução alegre, democrática, fundada na afirmação e no respeito à dignidade humana.

No verão de 1979, passei longas noites no apartamento de Basaglia no ex-hospital psiquiátrico de Trieste, em uma situação de grande amizade. Basaglia preparava espagete com alho, óleo e pimenta, e nós bebíamos um bom vinho friulano. Estávamos escrevendo um livro e “estudando”, juntos, a língua portuguesa: eu estava prestes a partir para Moçambique para construir um projeto de cooperação em saúde mental que Basaglia queria realizar. Ele estava prestes a retornar ao Brasil pela terceira vez. Nessas noites, falava comigo sobre o clima mágico do Brasil e o entusiasmo dos brasileiros pela possibilidade de construir uma democracia. Nós fazíamos planos para o futuro. Mas eu teria visto Basaglia novamente, só depois de alguns meses, em 1980, quando ele já estava hospitalizado na Itália e, enquanto eu estava visitando-o, soube que tinha um tumor no cérebro inoperável... A notícia de sua morte chegou até mim um dia, quando eu já estava na África.

Mas, agora, vamos falar sobre as vindas de Basaglia ao Brasil. A primeira aconteceu em 1978, no Rio de Janeiro, a convite de Gregorio Barembliitt. Ele participou de um simpósio organizado no Rio de Janeiro pelo Instituto Brasileiro de Grupos e Instituições Psicológicas e Psicanálticas (IBRAPSI).

Basaglia foi novamente convidado em junho de 1979. Fez conferências e seminários em São Paulo e no Rio de Janeiro. Veio a Minas Gerais em julho e realizou debates e seminários entre os dias 4 e 7. Sua estadia em Belo Horizonte foi impressionante, devido à denúncia das condições dos hospitais psiquiátricos e, especialmente, o de Barbacena. Basaglia denunciou essa situação na imprensa nacional e na internacional e propôs apresentar uma moção ao governador de Minas para fechar os asilos. Retornou a Belo Horizonte, juntamente com Robert Castel, em novembro de 1979, para participar dos trabalhos do III Congresso Mineiro de Psiquiatria. A maioria desses encontros foi gravada e constitui seu último livro – um livro póstumo – um dos mais importantes de sua produção: as ‘Conferências Brasileiras’. Em português, só há uma edição parcial que foi publicada em dezembro de 1979 com o título ‘A Psiquiatria alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática’. Stella Goulart e eu pretendemos publicar, em breve, o livro inteiro, que foi revisado por Franca Ongaro Basaglia.

Agora vou ler apenas algumas frases que Basaglia proferiu, durante os debates públicos, na Associação Médica de Minas Gerais, em novembro de 1979. Em certo sentido, elas são umas das suas últimas palavras públicas. Talvez essas mesmas palavras possam acompanhar o trabalho de nosso seminário.

17 de novembro de 1979

Eu nunca disse que a doença mental não existe. Eu critico o conceito de doença mental; não nego a loucura, a loucura é uma situação humana.

Na história da Psiquiatria, foi necessário objetivar a pessoa louca. A doença foi induzida a coincidir com a desordem comportamental. Corpo orgânico e corpo social foram homologados.

Os doentes mentais são produtos da organização social. Não quero dizer, no entanto, que a organização social seja causa de doença. Quero dizer que eles são um produto social histórico.

O manicômio não está tanto nas paredes, mas na própria vida que vivemos, porque somos medicalizados e psiquiatrizados toda vez que vamos ao médico.

O verdadeiro manicômio não é a Psiquiatria, mas a Medicina.

19 de novembro de 1979

Se olharmos Barbacena e nossa vida cotidiana, vemos que, paradoxalmente, os mecanismos usados são os mesmos: a diferença é que Barbacena é tortura, nossa vida cotidiana é manipulação. Vivemos constantemente na lógica da recompensa e do castigo.

Quando transformamos a realidade, tendo em vista a subjetividade de todos, entramos na utopia: a utopia se torna o verdadeiro real, a prefiguração da realidade.

Entre o psicanalista e o padre da igreja, prefiro o padre, porque, enquanto o padre confessa o mundo inteiro – burguês e proletário – o psicanalista confessa apenas o burguês.

21 de novembro de 1979

Estou muito animado depois de ter visto esse filme ('Em nome da razão'). É o testemunho do que poderíamos chamar de 'crime de paz'. Barbacena é política.

A doença dos pobres se torna crônica, a doença dos ricos tem uma evolução mais benigna. A miséria é o melhor controle social.

Essa conferência não é uma conferência da Psiquiatria, mas uma conferência em defesa dos direitos humanos.

Minha hipótese é uma solução socialista para a organização social: uma sociedade diferente, que continua a se criticar em uma situação de constante revolução cultural.

Não sei o que essa sociedade será e nem sei se ela chegará lá.

Não podemos esperar para ter leis socialistas. Teremos, no máximo, leis, mais ou menos reformistas, mas que, lentamente, tentarão mudar a lógica do Estado.

É preciso eliminar qualquer lei específica, especialmente as relativas à internação psiquiátrica.

Nós, médicos, fomos formados na universidade para tratar doenças: não sabemos o que é saúde. A universidade deve mudar

profundamente seus processos de formação. Os estudantes devem ser treinados no território, não nos hospitais.

Eu me critico por não ter dado, neste seminário, espaço suficiente a outras figuras profissionais (além do médico e do psicólogo). Devemos pensar em uma organização horizontal que mantenha os papéis diferenciados.

... Mas, agora, vamos voltar para a assembleia de **7 de julho de 1979**, sempre em Belo Horizonte, porque foi um momento muito intenso e importante.

A assembleia final concluiu sete dias de encontros. Estavam presentes Diva Moreira, Gregorio Baremlitt, Cezar Campos, Darcy Ribeiro, Antônio Soares Simone, Ronaldo Simões, Napoleão e Hiram Firmino. Naqueles dias, Basaglia visitou três hospitais psiquiátricos – o Galba Veloso, o Raul Soares e o de Barbacena.

No último dia, foi apresentado ao famoso documentário ‘Em nome da razão’, de Helvécio Ratton. Basaglia propôs apresentar, no final, uma moção ao governador do estado de Minas para encerrar definitivamente o asilo de Barbacena.

Aqui estão algumas frases proferidas por Franco Basaglia na ocasião:

A teoria sempre deve ser revertida na prática e, a partir da prática, podemos desenhar a teoria.

Eu acho que todos os internados em manicômios são dissidentes políticos.

Eu sou psiquiatra e, através desse papel, quero fazer minha batalha política.

Durante o debate, o psiquiatra Ulysses Vianna Filho se opõe, objetando: “Seria onipotência nossa achar que nossa posição é a de Reformar a sociedade... Se a sociedade está errada, esse é outro problema que talvez escape a nós”.

E Basaglia: Não é verdade que o psiquiatra tenha duas possibilidades – uma como cidadão e a outra como psiquiatra: há uma somente, como homem. E como homem, eu quero mudar a vida que levo, e para isso, tenho que mudar essa organização social, apenas exercendo minha profissão.

Se todos os profissionais exercessem sua profissão, isso seria a verdadeira revolução. Mudando o campo institucional no qual trabalho, mudo a sociedade.

E, se isso for onipotência, então viva à onipotência!

Sobre o autor



Ernesto Venturini é psiquiatra atuante no campo dos direitos humanos e da saúde mental. Foi assistente em Psiquiatria na Faculdade de Medicina da Universidade Católica de Roma. Curso Especialização em Neurologia e Psiquiatria na Universidade de Pavia; Mestrado em Administração e Gestão dos Serviços da Saúde, nas Universidades de Montreal (Canadá) e da Região Emilia Romagna; Especialização em Gestão de Serviços, na Universidade Bocconi de Milano; e Especialização dirigida aos Diretores do Departamento de Saúde Mental, na Região Emilia Romagna. Foi colaborador de Franco Basaglia no processo de desinstitucionalização na Itália – em Gorizia e em Trieste, onde assumiu o cargo de médico chefe – e contribuiu ativamente para o êxito da lei da reforma psiquiátrica italiana. Foi diretor do Departamento de Saúde Mental, em Imola, e desempenhou papéis de responsabilidade na Saúde Pública na Região Emilia Romagna; Cooperou com a Organização Mundial da Saúde (OMS) e com o Ministério dos Assuntos Estrangeiros da Itália em diversos países da África. Como assessor da Organização Pan-americana da Saúde (OPAS) para a

América Latina, acompanhou a reforma psiquiátrica brasileira desde 1992. Foi responsável científico pelo projeto de Cooperação Internacional em Madagascar, na área da Saúde Mental, promovido pela Comunidade Europeia e pelo Ministério dos Assuntos Estrangeiros da Itália. É colaborador de universidades italianas e internacionais e tem diversas publicações no campo da saúde mental e da reforma psiquiátrica.

E-mail: eventurini250@gmail.com

Sobre as organizadoras

Thelma Maria Grisi Veloso é psicóloga e mestra em Serviço Social pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB); doutora em Sociologia pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP, Campus de Araraquara/São Paulo) e professora do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Saúde e do Programa de Pós-graduação em Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). Tem pesquisas e publicações nas áreas de Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica. Supervisionou estágio e realizou trabalho de extensão no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS III) de Campina Grande (Paraíba).

E-mail: tgrisiveloso@gmail.com.

Maria do Carmo Eulálio é psicóloga; mestra em Psicologia pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB); doutora em Psicopatologia Clínica pela Université Paul Valéry, Montpellier III, França; professora permanente do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Saúde da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB); líder do Grupo de Estudos e Pesquisas em Envelhecimento e Saúde (GEPES-UEPB) e desenvolve pesquisas nas áreas de Envelhecimento e Saúde Mental.

E-mail: carmitaeulalio.uepb@gmail.com.

Sobre o livro

**Projeto Gráfico,
Editoração e Capa** Leonardo Araújo

Revisão Linguística Rejane Maria de Araújo Ferreira

Imagem da Capa Foto da praia de Rimini, Itália
(Venturini, E., 2020)

Formato 15 x 21 cm

Mancha Gráfica 11 x 16,8 cm

Tipologias utilizadas Iowan Old Style 11 pt

Este livro reúne onze palestras, em língua portuguesa, proferidas no Brasil por Ernesto Venturini, no período de 2010 a 2019, em que ele vai apresentando suas reflexões apoiadas em referenciais teóricos e em sua prática profissional. Essas palestras se interligam por meio de questões fundamentais que são retomadas e dão sustentação às ideias que o autor defende a partir do ‘saber dialogado com a prática’, o qual foi sendo construído durante sua trajetória profissional e pessoal. Como se trata de palestras, foi mantido, na medida do possível, o tom coloquial.